



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi



**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA GELİŞTİRİLEN EĞİTİM PROGRAMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİ ÖRNEKLEM ÇALIŞMASI**

Uzmanlık Tezi

Dt. Gökçe KURNAZ

Pedodonti Anabilim Dalı

İzmir
2023

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA GELİŞTİRİLEN EĞİTİM PROGRAMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİ ÖRNEKLEM ÇALIŞMASI**

Dt. Gökçe KURNAZ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nazan ERSİN

Pedodonti Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi

İZMİR
2023

UZMANLIK TEZİ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye (Danışman)	: Prof. Dr. Nazan ERSİN	
Üye	: Prof. Dr. Dilşah ÇOĞULU	
Üye	: Prof. Dr. Arzu AYKUT YETKİNER	
Yedek Üye	: Prof. Dr. R. Özant ÖNÇAĞ	
Yedek Üye	: Prof. Dr. Ali Rıza ALPÖZ	

Uzmanlık tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin her aşamasında büyük bir sabır ve titizlikle bana yardımcı olup değerli bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren; desteğini her zaman hissettiğim, öğrencisi olmaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nazan ERSİN'e,

Uzmanlık eğitimim süresince akademik ve klinik tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, her konuda ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma,

Tezimin hazırlanmasında çok büyük emeği geçen bana bilgi ve tecrübesiyle ışık olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Nilüfer DEMİRAL YILMAZ'a

Tez çalışma grubumun saygıdeğer hocaları birlikte çalışmaktan onur duyduğum Doç. Dr. Özlem Sürel KARABİLGİN ÖZTÜRKÇÜ, Prof. Dr. Feyza Umay KOÇ, Prof. Dr. Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR, Doç. Dr. Dilek ORBATU, Dr. Öğr. Üyesi Uzm. Dr. Merve TOSYALI, Dr. Öğr. Üyesi Uzm. Dyt. Selda SEÇKİNER, Uzm. Dr. Zeynep İzem PEKER BULĞAN, Dr. Bengü KAHRAMAN KARACA'ya

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım, destekleri ile her zaman yanımda olan tanımaktan dolayı büyük mutluluk duyduğum mezun olan ve eğitimi devam eden çok değerli asistan arkadaşlarıma ve yardımcı personellere,

Tüm hayatım boyunca sevgi ve destekleriyle bu günlere gelmemde büyük emekleri olan canım aileme,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

İzmir, 2023

Dt. Gökçe KURNAZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	X
TABLolar DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIV
RESİMLER DİZİNİ.....	XV
GRAFİKLER DİZİNİ	XVI
KISALTMALAR DİZİNİ	XVII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü (EÇÇ).....	3
2.2. Diş Çürüğüne Neden Olan Etiyolojik Faktörler.....	4
2.3. Diş Çürüğünün Görülme Sıklığı	6
2.4. Koruyucu Diş Hekimliği	7
2.4.1. Çocuklarda Muayene Periyodikliği.....	7
2.4.2. İleriye Yönelik Rehberlik ve Danışmanlık.....	8
2.5. Ağız ve Diş Sağlığı İçin Koruyucu Hizmetler	9
2.5.1. Ağız Hijyeni Danışmanlığı.....	9
2.5.2. Kontrol Muayeneleri	10
2.5.3. Florür Uygulamaları	10
2.5.4. Fissür Örtücü Uygulamaları	11
2.5.5. Kötü Oral Alışkanlıklar İçin Danışmanlık	11
2.5.6. Beslenme Alışkanlıkları İçin Danışmanlık	12
2.5.7. Travmatik Diş Yaralanmalarını Önleyici Yönde Danışmanlık.....	12
2.6. Özel Sağlık Bakımı Gereken Çocuklar	12
2.6.1. Özel Bakım Gereksinimleri Olan Hastalar İçin Davranış Rehberliği	13
2.6.2. Özel Bakım Gereksinimleri Olan Bireyler İçin Ağız ve Diş Sorunlarını Önleyici Stratejiler	13
2.7. Çocuklarda Çürük Riski Değerlendirmesi	14
2.8. Çocuklarda Çürük Risk Gruplarına Göre Çürük Yönetimi.....	17
2.9. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığında Ağız ve Diş Sağlığı.....	20
2.9.1. Erken Çocukluk Döneminde Ağız ve Diş Sağlığına Dikkatte Disiplinler Arası İletişim	20
2.9.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Sorumluluk ve Rollerini.....	22

2.9.3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Eğitimi.....	24
2.10.	Eğitim Programı Geliştirme	26
2.10.1.	ADDIE Modelini Diğer Modellerden Ayıran Özellikler	27
2.10.2.	ADDIE Modeli'nin Basamakları.....	28
2.10.2.1.	Analiz (Analysis).....	28
2.10.2.2.	Tasarım (Design).....	28
2.10.2.3.	Geliştirme (Development).....	28
2.10.2.4.	Uygulama (Implementation)	28
2.10.2.5.	Değerlendirme (Evaluation).....	29
2.11.	Eğitim Programı Değerlendirme	29
2.11.1.	Kirkpatrick Dört Düzey Değerlendirme Modeli	30
2.11.2.	Kirkpatrick Değerlendirme Modeli Basamakları	32
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	34
3.2.	Araştırmanın Hipotezi	34
3.3.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	34
3.5.	Araştırmada Yer Alan Bireylerin Dahil Edilme Kriterleri.....	35
3.6.	Etik Kurul Onayı	35
3.7.	Araştırma İzni ve Verilerin Toplanması.....	35
3.8.	Eğitim Programı Geliştirme Süreci	35
3.8.1.	Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Amacı	36
3.8.2.	Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Gündemi	36
3.8.3.	Eğitim Programını Geliştirme Sürecinde Kullanılan Yöntem	37
3.8.3.1.	Analiz Aşaması	38
3.8.3.1.1.	Gereksinim Belirleme Anket Formunun Oluşturulması ve Uygulanması	39
3.8.3.2.	Tasarım Aşaması	40
3.8.3.2.1.	Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Çıktıları	40
3.8.3.3.	Geliştirme Aşaması	41
3.8.3.4.	Uygulama Aşaması	42
3.8.3.4.1.	Çalışma Protokolü	42
3.8.3.4.2.	Geliştirilen Eğitim Programının Uygulanması.....	43
3.8.3.4.3.	Küçük Grup Olgu Çalışmaları.....	52
3.8.3.5.	Değerlendirme Aşaması	53
3.9.	İstatistiksel Analiz	54

4. BULGULAR	56
4.1. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinde Elde Edilen Bulgular	56
4.1.1. Analiz Aşamasında Elde Edilen Bulgular	56
4.1.2. Tasarım Aşamasında Elde Edilen Bulgular.....	59
4.1.3. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Örneklem Çalışmasına Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Demografik Bilgilerine Ait Bulgular	63
4.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Gerçekleştirilen Örneklem Çalışmasında Sunulan Bilgi Testi Maddelerine Ait Betimsel İstatistikler	64
4.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Gerçekleştirilen Örneklem Çalışmasında Sunulan Bilgi Testi Puanının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	69
4.2. Eğitim Programı Bulguları	71
4.2.1. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programına katılan uzmanlık öğrencilerinin demografik bilgilerine ait bulgular	71
4.2.2. Pre Test Bulguları.....	72
4.2.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Pre Test Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımı	72
4.2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Kuruma Göre Karşılaştırması	76
4.2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımının Mesleki Kıdeme Göre İncelenmesi .	79
4.2.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Mesleki Kıdeme Göre Karşılaştırması.....	82
4.2.3. Post Test Bulguları	85
4.2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımı	85
4.2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Kuruma Göre Karşılaştırması	89
4.2.3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımının Mesleki Kıdeme Göre İncelenmesi .	92
4.2.3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Mesleki Kıdeme Göre Karşılaştırması.....	95
4.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi ve Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Karşılaştırması	98
4.4. Eğitim Programı Değerlendirme Memnuniyet Formu	107
4.4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	107
4.4.2. Eğitim Programına İlişkin Görüşlere Ait Betimsel Bulgular	108
4.4.3. Eğitim Programının İçeriği ve Uygulanmasına İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	112

4.4.4.	Eğiticilere İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	114
4.4.5.	Eğitim Programının Mesleğe Katkısına İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	117
4.4.6.	Eğitim Programının Genel Değerlendirmesine İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	120
4.4.7.	Eğitim Programına İlişkin Görüşlerin Puan Ortalaması ve Alınan Eğitime Verilen Puanların Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	123
5.	TARTIŞMA	126
5.1.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Eğitimi.....	126
5.2.	Eğitime Katılan Katılımcıların Demografik Karakteristikleri ile Bilgi Skoru Arası İlişki	131
5.3.	Eğitime Katılan Katılımcıların Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Bilgisinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi	132
5.3.1.	Ağız ve Diş Anatomi Bilgisinin Değerlendirilmesi	132
5.3.2.	Diş Çürüğü Bilgisinin Değerlendirilmesi.....	135
5.3.3.	Ağız ve Diş Sağlığında İzlem ve İlk Diş Hekimi Ziyareti Bilgisinin Değerlendirilmesi	136
5.3.4.	Ağız ve Diş Sağlığında Çürük-Beslenme İlişkisi ve Koruyucu Hekimlik Bilgisinin Değerlendirilmesi	137
5.3.5.	Sistemik Hastalıklar ile Ağız ve Diş Sağlığı İlişkisi Bilgisinin Değerlendirilmesi	140
5.3.6.	Travmatik Diş Yaralanma Bilgisinin Değerlendirilmesi	142
5.4.	Araştırmanın Sınırlılıkları	144
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	145
7.	KAYNAKLAR.....	147
8.	EKLER	175
9.	ÖZGEÇMİŞ VE BİLİMSEL ESERLER	192

ÖZET

Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştirilen Eğitim Programının Değerlendirilmesi:

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Amaç: Bu çalışma çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik geliştirilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim programının etkililiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: 2023 yılında İzmir merkez ilinde üç köklü kurumda yapılan zayıf deneysel desen tipindeki çalışmaya 57 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi katılım sağlamıştır. Katılımcılara 4 saat süren çocuk ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim programı uygulanmıştır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine 6 bölümden ve toplam 30 sorudan oluşan pre ve post test uygulanmıştır. Katılımcılardan eğitim ile ilgili görüşlerinin alınması için memnuniyet anketi yapılmıştır. Çalışmada bilgi puanlarına ilişkin normallik testleri sonucunda iki gruplu karşılaştırmalarda Student t-testi ve/veya Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda Anova ve/veya Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Bulgular: Eğitime katılan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine, eğitim programını değerlendirmek amacıyla 6 bölümden oluşan 30 soruluk pre ve post test uygulaması yapılmıştır. Çalışmaya katılan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin pre test puan ortalaması $11,72 \pm 3,18$ ve genel olarak testin başarı yüzdesi %39,06 olarak gerçekleşmiştir. Pre testte kıdemler arasında bilgi düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya katılan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin post test puan ortalaması $22,91 \pm 4,06$ ve genel olarak testin başarı yüzdesi %76,36 olarak gerçekleşmiştir. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlere ait toplam puan $4,71 \pm 0,40$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi müfredatlarına çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili dersler dahil edilmeli, belirli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilerek bilgi düzeyi ve farkındalığın artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sağlığı ve hastalıkları, ağız ve diş sağlığı, çocuk, tıp fakültesi, eğitim.

ABSTRACT

Evaluation of the Education Program Developed on Oral and Dental Health: A Sample Study of Pediatric Health and Diseases Specialization Students

Objective: This study aims to evaluate the effectiveness of the pediatric oral and dental health education program developed for pediatric health and diseases residency students.

Materials and Methods: In 2023, 57 pediatric health and diseases residency students participated in a weak experimental design study conducted in three established institutions in the central province of Izmir. A 4-hour education program on pediatric oral and dental health was applied to the participants. A pre and post-test consisting of 6 sections and a total of 30 questions was administered to the pediatric specialty students. A satisfaction survey was conducted to acquire the opinions of the participants about the program. As a result of normality tests for knowledge scores, the Student t-test and/or Mann-Whitney U test were used for two-group comparisons, and ANOVA and/or Kruskal-Wallis H test were used for comparisons with 3 or more groups.

Results: A 30-question pre and post-test consisting of 6 sections was administered to the participating pediatric health and diseases residency students to evaluate the education program. The mean pre-test score of the pediatric health and diseases specialty students participating in the study was 11.72 ± 3.18 and the overall success rate of the test was 39.06%. There was no statistically significant difference between seniority levels in terms of knowledge levels in the pre-test. The mean post-test score of the pediatric health and diseases specialty students participating in the study was 22.91 ± 4.06 and the overall success rate of the test was 76.36%. The total score of the opinions regarding the content and implementation of the education program was 4.71 ± 0.40 and it was determined that the satisfaction of the participants considering the content and implementation of the education program was at a very high level according to the lowest (1) and highest (5) scores.

Conclusion: Courses on pediatric oral and dental health should be included in the curricula of pediatric health and diseases residency training, and knowledge and awareness should be increased by providing in-service training at regular intervals.

Keywords: Pediatrics, oral and dental health, child, medical faculty, education.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. AAPD 0-5 Yaş Çürük Riski Değerlendirme Formu	16
Tablo 2. AAPD ≥6 Yaş İçin Çürük Riski Değerlendirme Formu	17
Tablo 3. 0-5 Yaş Çürük Yönetim Yolları.....	18
Tablo 4. ≥6 Yaş İçin Çürük Yönetim Yolları.....	18
Tablo 5. AAPD Pediatrik Ağız Sağlığı Değerlendirmesi, Koruyucu Hizmetler İçin Tavsiye Edilen Diş Periyodisite Çizelgesi ve İleriye Yönelik Rehberlik/Danışmanlık Tablosu .	20
Tablo 6. Çalıştay gündemi	36
Tablo 7. Program akışı	41
Tablo 8. Güçlü ve zayıf yönler.....	57
Tablo 9. Fırsatlar ve tehditler	57
Tablo 10. Hekimlerin Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Analizi ..	58
Tablo 11. Hekimlerin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Görevlerinin Analizi	59
Tablo 12. Yeterliliğe göre hazırlanan müfredat ve plan.....	62
Tablo 13. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	63
Tablo 14. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan gereksinim analizi bilgi testi maddelerine ait betimsel istatistikler.....	65
Tablo 15. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının mezun olunan üniversiteye göre karşılaştırılması.....	69
Tablo 16. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin kaçınıcı yılında olduğuna göre karşılaştırılması	70
Tablo 17. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının medeni duruma göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 18. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması.....	71
Tablo 19. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	71
Tablo 20. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı	73
Tablo 21. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı pre test bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılması	77
Tablo 22. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı pre test formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılması	78
Tablo 23. Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı.....	80
Tablo 24. Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı.....	81
Tablo 25. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması	83
Tablo 26. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması	84
Tablo 27. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı	86
Tablo 28. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılması	91

Tablo 29. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılması	92
Tablo 30. Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı	93
Tablo 31. Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı	94
Tablo 32. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması	96
Tablo 33. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması	97
Tablo 34. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu cevaplarının karşılaştırması	99
Tablo 35. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının karşılaştırması	102
Tablo 36. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	107
Tablo 37. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler.....	108
Tablo 38. Eğiticilere ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler.....	109
Tablo 39. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler .	110
Tablo 40. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler.....	111
Tablo 41. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve aldığı eğitimi puanlama maddesine ait betimsel istatistikler	111
Tablo 42. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması	112
Tablo 43. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması	113
Tablo 44. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması	114
Tablo 45. Eğiticilere ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması	115
Tablo 46. Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması	116
Tablo 47. Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması	116
Tablo 48. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması	117
Tablo 49. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması.....	118
Tablo 50. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması	119
Tablo 51. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması	121
Tablo 52. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması	122
Tablo 53. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması	123
Tablo 54. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması.....	124

Tablo 55. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması	124
Tablo 56. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması	125



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çürük gelişiminde etkili olan faktörler	5
Şekil 2. Diş çürüklerinde patolojik ve koruyucu faktörlerin dengelenmesi	6
Şekil 3. ADDIE Modeli'nin Basamakları	27
Şekil 4. ADDIE Modeli Kavram Haritası	29
Şekil 5. Kirkpatrick'in Değerlendirme Hiyerarşisi	31
Şekil 6. Eğitim programını geliştirme aşamaları	38
Şekil 7. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en fazla doğru cevaplanan içerik teması ve madde sıralaması	65
Şekil 8. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en az doğru cevaplanan içerik teması ve madde sıralaması	67
Şekil 9. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması	73
Şekil 10. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla az yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması	75
Şekil 11. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması	87
Şekil 12. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en az doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması	88

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Çalıştay oturumu	37
Resim 2. Kurumlarda Program Eğitimi.....	42
Resim 3. Eğitim sonrası katılımcılara katılım belgelerinin verilmesi	43
Resim 4. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf	44
Resim 5. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf (2).....	44
Resim 6. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf (3).....	45
Resim 7. Olgu çalışmaları sırasında alınan bir fotoğraf.....	53
Resim 8. Olgu çalışmaları sırasında alınan bir fotoğraf (2)	53



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en fazla doğru cevaplanan madde sıralaması	66
Grafik 2. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en az doğru cevaplanan madde sıralaması	68
Grafik 3. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan gereksinim analizi bilgi testinin başarı yüzdesi	69
Grafik 4. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması.....	74
Grafik 5. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla az yanıtlanan madde sıralaması	75
Grafik 6. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre test bilgi testinin başarı yüzdesi	76
Grafik 7. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre testte kılme göre karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç veren maddenin başarı yüzdesi.....	84
Grafik 8. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması.....	87
Grafik 9. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en az doğru yanıtlanan madde sıralaması.....	89
Grafik 10. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında post test bilgi testinin başarı yüzdesi	89
Grafik 11. Oral anatomi bilgisi, ağız ve diş gelişimi teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri.....	103
Grafik 12. Diş çürüğü teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri	103
Grafik 13. Ağız ve diş sağlığında izlem teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri.....	104
Grafik 14. Ağız ve diş sağlığını koruma teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri.....	104
Grafik 15. Sistemik hastalıklarda ağız ve diş sağlığına yaklaşım teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri.....	105
Grafik 16. Ağız ve diş sağlığında acil yaklaşım teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri	105
Grafik 17. Pre testte en az doğru yanıtlanan soruların eğitim sonrası başarı yüzdelerindeki artış	106
Grafik 18. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Pre ve Post Test Başarı Yüzdelerinin Mesleki Kılme Göre Karşılaştırılması	106
Grafik 19. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre test ve son test bilgi testinin başarı yüzdesi	107

KISALTMALAR DİZİNİ

%: Yüzde işareti

=: Eşittir İşareti

>: Büyüktür İşareti

<: Küçüktür İşareti

±: Artı Eksi İşareti

AAPD: Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric Dentistry)

EAPD: Avrupa Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (European Academy of Paediatric Dentistry)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

ADA: Amerikan Diş Hekimliği Birliği (American Dental Association)

FDI: Uluslararası Diş Hekimliği Federasyonu (International Dental Federation)

AAP: Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DMFT: Çürük, Kayıp, Dolgulu Daimi Diş Sayısı

DMFS: Çürük, Kayıp, Dolgulu Daimi Diş Yüzeyi Sayısı

dmft: Çürük, Kayıp, Dolgulu Süt Diş Sayısı

dmfs: Çürük, Kayıp, Dolgulu Süt Dişı Yüzeyi Sayısı

EÇÇ: Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

OHRQoL: Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi

FDA: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi

AHA: Amerikan Kalp Derneğı

MS: Mutans Streptokok



1. GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Ağız ve diş hastalıkları dünyada en yaygın görülen sağlık sorunlarından biri olup, bu hastalıklar arasında en sık görüleni diş çürükleri ve periodontal hastalıklardır (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Çocuklarda da büyüme ve gelişimin normal seyrinde devam edebilmesi için ağız ve diş sağlığı oldukça önemli bir role sahiptir (Pinkham ve ark, 2009).

Diş çürükleri günümüzde büyük ölçüde önlenabilir bir sorun olmasına rağmen çocukluk çağında sık görülen bir kronik hastalıktır (Marthaler, 2003). Gelişmiş ülkelerde diş çürüğü görülme sıklığının azaldığı, az gelişmiş ülkelerde ise diş çürüğü görülme sıklığının arttığı gözlemlenmiştir (Akyıldız ve ark., 2015). Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaktadır (Tulunoğlu ve ark., 1999). Türkiye'deki okul öncesi çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, 3-6 yaş arasındaki çocukların %74,1'inde, 5- 9 yaş arasındaki çocukların %84,9'unda diş çürüğü bulunduğunu göstermiştir (Namal ve ark., 2005; Köksal ve ark., 2011). Ağız ve diş sağlığının iyileştirilebilmesi için diş çürüğü görülme sıklığının yüksek olduğu ülkelerde koruyucu diş hekimliği programlarına öncelik verilmelidir. (Tulunoğlu ve ark., 1999.). Bu programların erken yaşlarda uygulanmaya başlaması ile diş çürüğü görülme sıklığının azaltılabilmesi mümkün hale gelecektir (Fejerskov, 2004).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve birinci basamak sağlık hizmeti veren personeller doğumdan itibaren çocukları takip eden ve ilk gören sağlık çalışanlarıdır (Yelken ve ark, 2018). Bu nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tıbbi muayene sırasında çürük riski olan çocukları tespit ederek, diş çürüklerini teşhis ederek, koruyucu uygulamalar hakkında ailelere danışmanlık vererek diş çürüklerinin oluşmasının önüne geçebilir ve erken tespit ile tedavi sürecini kolaylaştırabilir. (Di Giuseppe ve ark., 2006). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) çocukların dişlerinin sürmesi ile en geç bir yaşına kadar diş hekimi ziyaretinde bulunmasını tavsiye etmektedir (American Academy of Pediatrics, 2008; Bader ve ark., 2004.). Ancak AAP, bebeklerin ve 1 yaşındaki çocukların %89'unun tıp hekimi ziyaretlerini yaparken yıllık diş hekimi ziyaretlerini yapanların oranının sadece %1,5 olduğunu bildirmiştir. Diş hekimlerine yapılan ziyaretler, tıp hekime

yapılan ziyaretlerin 50'de 1'i olduğu için çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının, ağız sağlığının korunması ve mevcut müdahaleler hakkında bilgi sahibi olmasının önemi vurgulanmaktadır (AAPD, 2008). Genellikle diş hekimleri, çocuğu en erken 1-2 yaş civarında dişler ortaya çıktığında ya da diş çürükleri oluştuktan sonra görürler. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları doğumla birlikte rutin izlemler sırasında çocukla çok daha erken dönemde karşılaşır (Yelken ve ark., 2018; Koşan ve ark., 2017). Bu nedenle ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıkları tespit etme ve aileleri yönlendirmede eşsiz bir konumdadırlar (Yelken ve ark., 2018).

Ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız hijyeni ve koruyucu tedaviler ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çocuk ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde etkin bir role sahip olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri örnekleminde ağız ve diş sağlığı konusunda geliştirilen eğitim programı ile bu konuya ilişkin farkındalıklarının arttırılması sağlanabilir.

Bu araştırmanın amacı:

- Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik geliştirilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim programının etkililiğini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü (EÇÇ)

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ), altı yaşın altındaki bir çocuğun herhangi bir süt dişinde bir veya daha fazla çürük (kavite olmayan veya kavitasyonlu lezyonlar), çürük nedeniyle eksik diş veya dişte dolgulu yüzeylerin varlığı olarak tanımlanır. (Drury ve ark., 1999.) EÇÇ, diğer çürük formları gibi, diş sert dokularının demineralizasyonu ve remineralizasyonu ile sonuçlanan, bakteriyel aracılı, şeker kaynaklı, çok faktörlü, dinamik bir hastalıktır. (Pitts ve ark., 2019.) EÇÇ için geleneksel mikrobiyal risk belirteçleri, asidojenik-asidürik bakteri türlerini, yani *Mutans streptokok* (MS) ve *Lactobacillus* türlerini içerir. (Kanası ve ark., 2010.) MS bakıcıdan çocuğa, maruz kalma sıklığı ve miktarına bağlı olarak tükürük teması yoluyla dikey olarak bulaşabilir. (Douglass ve ark., 2008.) Yatay bulaşma da (örneğin, bir ailenin diğer üyeleri veya kreşteki çocuklar arasında) meydana gelebilir. (Berkowitz, 2006.) Süt dişlerinde diş çürüğü kronik ağrıya, enfeksiyonlara ve diğer morbiditelere yol açar. EÇÇ, çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesi üzerinde büyük etkiye sahiptir ve toplum açısından gereksiz bir sağlık ve mali yük oluşturur. (Pitts ve ark., 2019.)

Süt dişlerindeki erken çocukluk çağı çürüklerinin (EÇÇ), ergenlik ve yetişkinlik döneminde daimi dişlenme sağlığı ve çürük riskinin en önemli belirteçlerinden biri olduğu gösterilmiştir. (Thomson ve ark., 2004; Alm ve ark., 2007; D'Mello, 2012.) EÇÇ'si olan ergenlerde periodontal sağlık, maloklüzyon ve diş hekimi kaygısı dahil olmak üzere ağız sağlığının daha kötü olduğu gösterilmiştir. (D'Mello, 2012; Finucaine, 2012; Thomson ve ark., 2009.) Gelişmekte olan yetişkin diş yapısı üzerindeki etkisi nedeniyle ağız ve diş bakımı, uygun dental profesyonel uygulamalar, etkili önleyici uygulamalar ve güvenilir sonuçları olan tedavileri içermelidir. (Drummond ve ark., 2013.)

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ), küçük çocukların ağız sağlığı ve esenliği üzerinde çok ciddi bir etkiye sahip olabilir. (Acs ve ark., 1999; Mouradian ve ark., 2000.) EÇÇ, ağrı, enfeksiyon, zor çiğneme, beslenme bozukluğu, gastrointestinal rahatsızlıklar, kendine saygıyı yitirme gibi durumlara yol açar. (Griffin ve ark., 2000.) EÇÇ okul günlerinde kayba ve günlük aktivitelerde kısıtlamaya neden olurken bir başka zararlı etkisi de yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkili olarak azalmış ağız sağlığıdır (Misra ve ark., 2007). EÇÇ'li çocuklarda

ağrılı dişler nedeniyle ortaya çıkan beslenme sorunları, ağrıya bağlı artan glukokortikoid üretimi, uyku bozukluklarına bağlı azalan büyüme hormonu sekresyonu ve enfeksiyon sırasında tüm metabolik hızın artması, bu çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin yavaşlamasına yol açar. EÇÇ'li çocukların aynı yaştaki sağlıklı çocuklara oranla, önemli ölçüde daha az ağırlığa ve uzunluğa sahip oldukları, birçok çalışmada gösterilmiştir (Acs ve ark., 1992).

Erken çocukluk çağı çürüklerini (EÇÇ) önleme bebeklik döneminde başlamalıdır. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, çocuğun yaşamının ilk yılında aile ile görüşme sıklığı nedeniyle ebeveyni/bakıcıyı eğitmek için diş hekimlerinden daha fazla fırsata sahip olabilir. (Chi ve ark., 2013.) Bu nedenle, çürük riskinin ve koruyucu faktörlerin farkında olmaları ve bu bilgileri içeren; yiyecek ve içeceklerde şeker alımının sınırlandırılması, gece biberonla süt veya şeker içeren içeceklerle beslemekten kaçınmak, 12 aydan sonra biberon kullanımından ve özellikle sık sık ve/veya gece emzirmekten kaçınılması ve çocuğun dişlerinin florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalanması gibi birinci basamak koruyucu mesajları ebeveynlere vermeleri gerekir. (Wright ve ark., 2014.) Ek olarak, diş çürüğü riski yüksek olan çocuklar için, profesyonelce uygulanan florür cilası ve diyet florür takviyeleri (florür olmayan bölgelerde yaşayan bebekler için) kişiselleştirilmiş bir önleyici planın parçası olabilir. (American Academy of Pediatric Dentistry (o), 2022.) Bununla birlikte, giderek artan sayıda ebeveyn/bakıcı, profesyonel olarak uygulanan topikal florürler konusunda tereddüt etmektedir. (Chi ve Basson, 2018.) Florür tereddüttü, pediatrik tıpta gözlemlenen aşılama tereddüttünü yansıtmaktadır. (Chi, 2014.) Çevrimiçi sosyal ağlarda bakıcılar arasında florür hakkında yanlış bilgiler paylaşılabılır. (Seymour ve ark., 2015.) Bunların önüne geçmek için toplumsal bilincin kazandırılması ve eğitimlerin verilmesi gerekir.

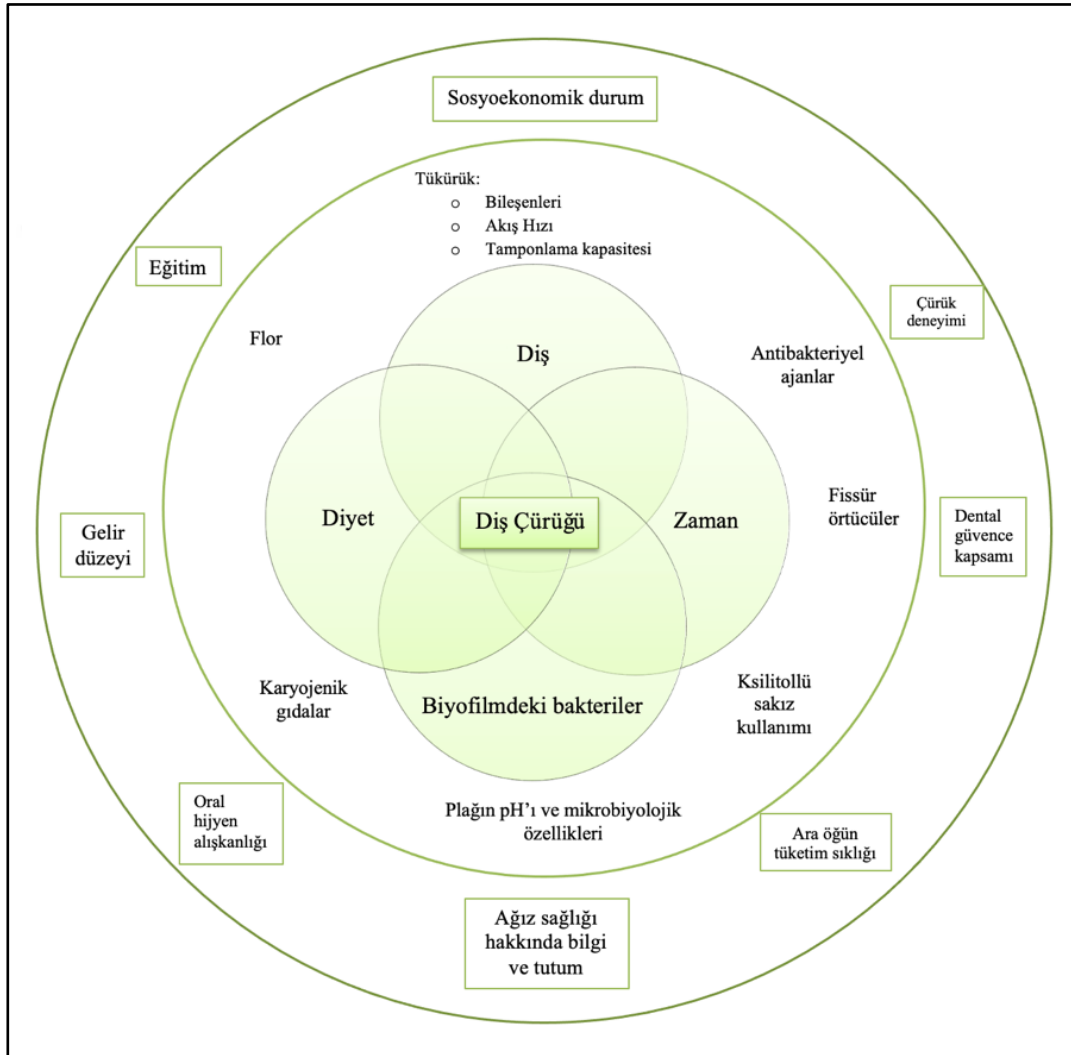
2.2. Diş Çürüğüne Neden Olan Etiyolojik Faktörler

Diş çürüğü, ağız içi hastalıkları içinde en sık görülen kronik hastalıklardan birisidir (McDonald ve ark., 2005.). Günümüzde yapılan birçok araştırmada diş çürüğünün oluşumunda başlıca üç faktörün rol oynadığı belirtilmiştir. Bunlar; karyojenik mikroflora, fermente olan karbonhidratlar ve dental plaktır. Ancak etiyolojik bakımdan çürüğe etken olan daha birçok faktör de saptanmıştır (McDonald ve ark., 2005; Ben-Aryeh ve ark., 1990.). Tüm bu bulgular, diş çürüğünün multifaktöriyel bir hastalık olduğunu göstermektedir (McDonald ve ark., 2005; Ben-Aryeh ve ark., 1990; Van Houte, 1994; Gopinath ve ark., 2006.). Bu nedenle diş çürüğünün oluşumunda, tükürük miktarı ve bileşimi, beslenme, ağız hijyeni, diş fırçalama alışkanlığı,

ailenin eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu gibi etkenler de çürük oluşumunda bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Çürük gelişiminde etkili olan bu faktörler aşağıdaki şemada gösterilmektedir (Şekil 1).

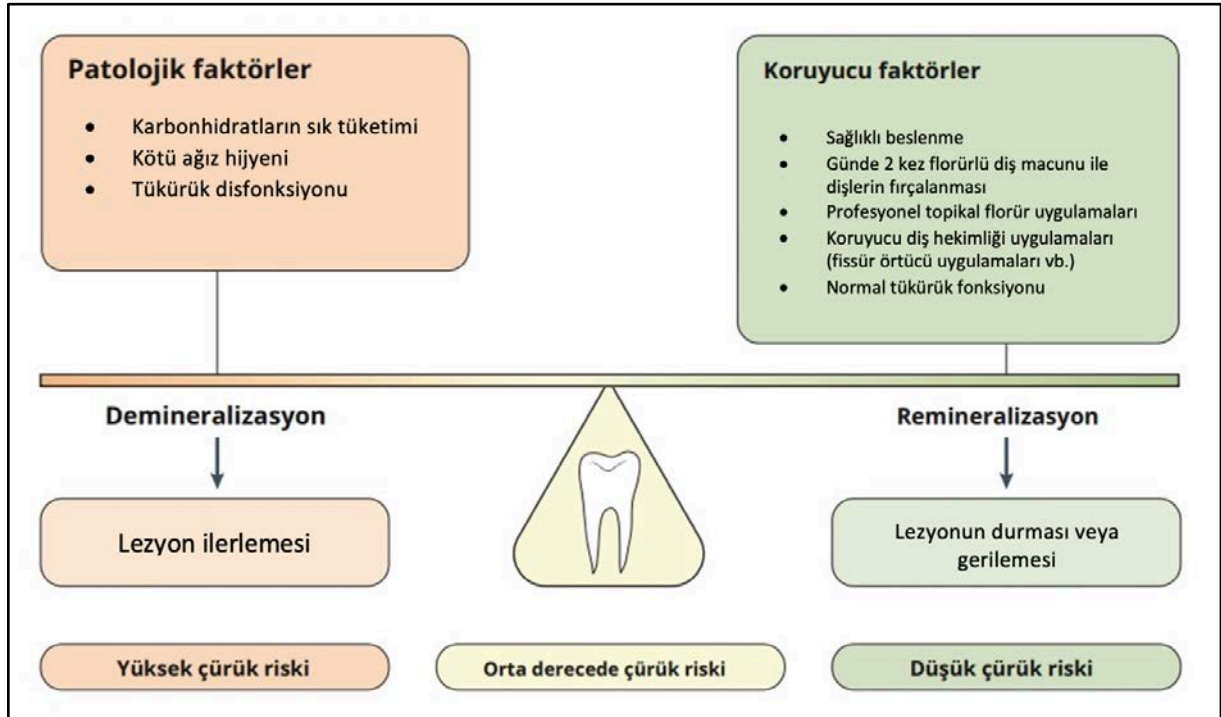
Şekil 1. Çürük gelişiminde etkili olan faktörler



Diş çürüğü, diş yüzeyinde oluşan mikrobiyal biyofilm ve şekerler ile tükürük ve genetik etkiler arasındaki etkileşimleri içerir (Pitts ve Zero, 2016). Dinamik çürük süreci, hızla değişen diş demineralizasyonu ve remineralizasyon periyotlarından oluşur. Yeterli süre içerisinde net demineralizasyon oluşması dişlerin çürüğe yatkınlık gösteren anatomik bölgelerinde çürük lezyonlarının başlamasıyla sonuçlanır. Diş çürüğünün başlamasını ve

ilerlemesini etkileyen patolojik ve koruyucu faktörlerin dengelenmesi önemlidir. Koruyucu faktörler remineralizasyonu ve lezyonun durdurulmasını desteklerken, patolojik faktörler dengeyi diş çürüğü ve hastalığın ilerlemesi yönünde değiştirir (Pitts ve Zero, 2016) (Şekil 2).

Şekil 2. Diş çürüklerinde patolojik ve koruyucu faktörlerin dengelenmesi



Koruyucu faktörlerin (sağlıklı dişleri destekleyenler) optimize edilmesine odaklanmak, remineralizasyonu teşvik edecek ve çürük sürecinin dinamik dengesini sağlık ve lezyonun durdurulması yönünde değiştirecektir. Patolojik faktörlerin etkilerinin azaltılmaması, demineralizasyonu teşvik edecek ve dinamik dengeyi hastalığın başlaması ve ilerlemesi yönünde değiştirecektir. (Pitts ve ark., 2017.)

2.3. Diş Çürüğünün Görülme Sıklığı

Dünya çapında beş ila altı yaşlarında okula başlayan çocukların yaklaşık yarısının çürükle ilgili deneyimleri vardır ve en son yapılan ağız sağlığı araştırmalarında diş çürüğünün hala çocuklar ve ergenler için önemli bir sorun olduğuna dair kanıtlar vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2020 yılı için çürük görülme sıklığına yönelik öngördüğü hedef 5-6 yaş

grubu çocuklarda %20 olması şeklindedir. (WHO, 2000.) EÇÇ görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde %1-%12 oranlarında olan çürük prevalansı, gelişmekte olan ülkelerde %70'e kadar çıkabilmektedir. (Hooley ve ark., 2012.) Türkiye'de ise, 3-5 yaş grubunda süt dentisyonda diş çürüğü prevalansı %40-69,8 arasındadır. (Doğan ve ark., 2013; Gökalp ve ark., 2010.) 2009'da Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada 5-11 yaş arası çocukların %49'unun süt dişlerinde görünür çürükler ve %22,5'inin daimi dişlerinde çürükler olduğu raporlanmıştır. (New Zealand Ministry of Health, 2010.) 2007'de Avustralya'da yapılan bir araştırmada okul diş hekimliği servisine giden altı yaşındaki çocukların %46'sında diş çürüğü ve çocukların %10'unda neredeyse on çürük, eksik diş veya dolgulu süt dişi (dmft) olan şiddetli EÇÇ bildirilmiştir. (Mejia ve ark., 2012.)

Literatürde ergenlik döneminde ortaya çıkan çürük artışından nadiren bahsedilse de endişe vericidir. 2007 Avustralya araştırmasında 12 yaş çocukların %39'u ve 15 yaş çocukların %60'ı diş çürüğü deneyimine sahip olarak bildirilmiştir. (Mejia ve ark., 2012.) 2008-2009'da İngiltere'deki devlet okullarına giden 12 yaşındaki çocuklarla yapılan bir Birleşik Krallık araştırmasında, %33,4'ünün kalıcı dişlerinde görünür diş çürüğü olduğu bildirilmiştir. (Rooney ve ark., 2010.) 2009'da Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada 11-17 yaş çocukların %45,3'ünün daimi dişlerinde çürük olduğu bildirilmiştir. (New Zealand Ministry of Health, 2010.)

2.4. Koruyucu Diş Hekimliği

2.4.1. Çocuklarda Muayene Periyodikliği

Ağız ve diş sağlığını korumak için profesyonel diş bakımı gereklidir. (U.S. Department of Health and Human Services., 2003.) AAPD, bebeklik döneminde profesyonel ağız ve diş sağlığı bakımına başlamanın ve ergenlik boyunca ve sonrasında devam etmenin önemini vurgular. (American Academy of Pediatric Dentistry (a), 2022.) Profesyonel ağız ve diş sağlığı bakımı ve hizmetlerinin periyodikliği, hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve risk göstergelerine bağlıdır. (Pienihakkinen ve ark., 2005; Fontana ve González-Cabezas, 2015; Fontana M., 2016; Beil ve Rozier, 2010; Patel ve ark., 2010; Pahel ve ark., 2011.)

İlk muayenenin ilk dişin sürmesi sırasında ve en geç 12 aylıkken yapılması önerilir. (AAPD (a), 2022, AAPD (b) 2022; Berg ve Stapleton, 2012; AAPD, 2014.) Gelişmekte olan dişlenme ve oklüzyon, düzenli klinik muayenelerle sürme boyunca izlenmelidir. (AAPD (c), 2022.) Kanıta dayalı koruma ve çürük/ağız rahatsızlıklarının erken tespiti ve yönetimi, çocuğun

ağız ve genel sağlığını, esenliğini ve okula hazır olma durumunu iyileştirebilir. (Fontana M., 2016; AAPD (d), 2022; AAPD (e), 2022; Clarke ve ark., 2006; Dye ve ark., 2017; Jackson ve ark., 2011) Yüksek çürük riskli çocuklar arasında diş prosedürlerinin sayısı ve maliyeti, erken yaşta görülenlerde daha geç görülenlere göre daha azdır; bu da çocuğun diş hekimi kontrolüne ne kadar erken götürülürse, gelecekte o kadar az tedavi ihtiyacı duyacağı gerçeğini doğrulamaktadır. (Nowak ve ark., 2014.) Öte yandan, diş problemlerinin geç teşhis edilmesi daha kapsamlı ve maliyetli bakıma yol açan sorunların şiddetlenmesine neden olabilir. (Pahel ve ark., 2011; AAPD (e), 2022; Davis ve ark., 2010; Kobayashi ve ark., 2005; Lee ve ark., 2006; AAPD, 2011.) Süt ve daimi dişlerin sürmesi ve gelişimi için rehberlik stabil, estetik ve fonksiyonel bir oklüzyona katkıda bulunur. (AAPD (f), 2022; AAPD (c), 2022.)

Muayene aralığı, çocuğun bireysel ihtiyaçlarına veya risk durumuna/hastalığa yatkınlığına göre belirlenmelidir; hastalar, klinik ve radyografik bulgulara bağlı olarak az ya da sık aralıklarla muayene ve koruyucu hizmetlere ihtiyaç duyabilir. (Beil ve Rozier 2010; Patel ve ark., 2010; Pahel ve ark., 2011; Bourguignon ve ark., 2020; Day ve ark., 2020; AAPD (g), 2022; AAPD (h), 2022; American Dental Association (ADA), U.S. Department of Health and Human Services, 2012; AAPD (i), 2022.) Çürük lezyonları kümülatif ve ilerleyicidir ve süt dişlenme dönemindeki çürükler daimi dişlenme döneminde meydana gelen çürüklerin yüksek oranda belirleyicisidir. (Fontana ve González-Cabezas, 2015; Tagliaferro ve ark., 2006.)

Koruyucu uygulamaların yeniden değerlendirilmesi ve pekiştirilmesi, ebeveynler için gelişmiş eğitime, hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesinin sürekliliğine ve potansiyel olarak endişeli çocuk veya ergen için kaygı ve korkunun hafifletilmesine katkıda bulunur. (AAPD (j), 2022.) Özel bakım ihtiyacı olan bireyler için, hastanın ihtiyaçlarını ve engellerini dikkate alan bireyselleştirilmiş önleme ve tedavi stratejileri gerekebilmektedir. (AAPD (k), 2022.)

2.4.2. İleriye Yönelik Rehberlik ve Danışmanlık

Erken dönemde yapılan diş hekimi ziyareti, ömür boyu sürecek bir koruyucu eğitim ve ağız sağlığı bakımının üzerine inşa edilebileceği bir temel sağlar. (AAPD (b), 2022.) İleriye yönelik rehberlik ve danışmanlık, diş hekimi ziyaretinin temel bileşenleridir. (AAPD (a), 2022; AAPD (f), 2022; AAPD (l), 2022; AAPD (b), 2022; Berg ve Stapleton, 2012; AAPD, 2014; AAPD (d), 2022; AAPD (m), 2022; AAPD (n), 2022; AAPD (c) 2022.)

Ağız ve diş hastalıklarını önlemek ve çocuklar arasında ağız ve genel sağlığı geliştirmek için tıp hekimleri ve diş hekimleri arasındaki işbirlikçi çabalar ve etkili iletişim esastır. Tıp uzmanları, birincil koruma ve koordineli bakım sağlayarak çocukların ağız sağlığında önemli bir rol oynayabilir. Aynı şekilde, diş hekimleri çocukların genel sağlığını yalnızca diş hastalıklarını tedavi ederek değil, aynı zamanda çocuk istismarını erken tanıyarak, ileriye yönelik rehberlik yoluyla travmatik yaralanmaları önleyerek, diyet danışmanlığı ile obeziteyi önleyerek ve kilo durumunu izleyerek de iyileştirebilir. (Tseng ve ark., 2010.) Ek olarak, diş hekimleri aşılama durumunu ve olası gecikmeler için gelişimsel dönüm noktalarını değerlendirmede ve ayrıca daha ileri nörogelişimsel değerlendirmeler ve terapötik hizmetler için uygun yönlendirmeler yapmada önemli bir role sahip olabilir. (Scharf ve ark., 2016.) Diş hekimlerinin genel sağlık sorunlarının ele alınmasına yardımcı olmak için sahip oldukları eşsiz fırsat, çocuklar büyüdükçe güçlenir, çünkü sağlıklı çocuklar için tıbbi ziyaretlerin sıklığı azalırken aynı zamanda diş kontrolü ziyaretlerinin sıklığı da artar. Araştırmalar, altı ila on iki yaş arası çocukların diş hekimine gitme olasılığının çocuk doktoruna göre ortalama dört kat daha fazla olduğunu göstermektedir. (Brown E, 2006; Selden, 2016.)

Sağlıklı bir ağza yönelik ileriye dönük rehberlik, bebek ağız sağlığı ziyaretleri sırasında başlamalı ve diş hekimi ziyaretleri boyunca devam etmelidir. Bu ziyaretler, ebeveynlerin büyüme gecikmeleri, travmatik yaralanmalar, zayıf ağız hijyeni veya çürük lezyonlarının varlığı gibi ağız içinde olabilecek herhangi bir değişikliği ölçmesine olanak tanır. Ebeveynleri diş gelişimi ve sürme kronolojisi konusunda eğitmek, gecikmiş veya hızlanmış diş sürmesinin sonuçlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir. Ebeveynlerin ayrıca, özellikle yeni sürmüş dişlerin minesinin olgunlaşma sürecinde çürük geliştirme riskinin daha yüksek olabileceği konusunda ve topikal florürlerin faydaları hakkında bilgilendirilmeleri gerekir. (Casamassimo ve Nowak, 2016.)

2.5. Ağız ve Diş Sağlığı İçin Koruyucu Hizmetler

2.5.1. Ağız Hijyeni Danışmanlığı

Ağız hijyeni danışmanlığı ebeveyn ve hastayı içerir. Ağız hijyenini sağlamak başlangıçta ebeveynin sorumluluğundadır. Çocuğun motor kabiliyetleri geliştikçe oral hijyenin sağlanması ebeveyn ve çocuk tarafından ortaklaşa yapılabilir. Çocuk kişisel hijyen tekniklerini anlama ve uygulama becerisi gösterebildiği yaşa geldiğinde sağlık profesyoneli çocuğa danışmanlık yapmalıdır. Evde sağlanan oral hijyenin etkinliği her ziyarette izlenmelidir.

(Pienihakkinen ve ark., 2005; Beil ve Rozier, 2010; AAPD (f), 2022; AAPD (m), 2022; AAPD (o), 2022; AAPD (p), 2022.) Çocuk ve ergen hastaların düzenli olarak florürlü diş macunu ile dişlerini fırçalamak ve diş ipi kullanımı için teşvik ve motivasyona ihtiyaçları vardır. Ağız hijyeninin sağlanması konusunda yapılan motivasyonlar florürün topikal etkisinin, diş yüzeylerinden plağın uzaklaştırılmasının yararını vurgulayabilir ayrıca ağız hijyeninin sağlanması ağız kokusunu azaltabilir ve estetiği iyileştirebilir. (Silk ve Kwok, 2017; Dean ve Hughes, 2016.)

2.5.2. Kontrol Muayeneleri

Çürük veya periodontal hastalık geliştirme riski daha yüksek olan çocuklar, rutin altı ayda bir kontrol yerine üç ayda bir gibi daha fazla sık aralıklarla kontrol randevularına çağırılmalıdır. (Pienihakkinen ve ark., 2005; Beil ve Rozier, 2010; Pahel ve ark., 2011; AAPD (l), 2022; Ramos-Gomez ve ark., 2010; AAPD (m), 2022; AAPD (i), 2022; Ramos-Gomez ve Ng, 2011.) Sık kontrol muayeneleri, artan profesyonel florür tedavisi uygulamasına, profesyonel ağız hijyeni değerlendirmesine ve uygun ağız hijyeni tekniklerini göstererek ağız sağlığının iyileştirilmesini teşvik etme fırsatına olanak tanımaktadır. (Pienihakkinen ve ark., 2005; AAPD (l), 2022; Ramos-Gomez ve Ng, 2011; Clerehugh, 2008; Anderson ve Shi, 2006; Featherstone, 2006; Clerehugh ve Tugnait 2001.) Bireyselleştirilmiş bir koruyucu plan, uygun ağız hijyeni yöntem ve tekniklerini göstererek plak, leke ve diş taşlarını temizleyerek iyi bir ağız sağlığı olasılığını arttırmaktadır. (Beil ve Rozier, 2010; Clerehugh ve Tugnait, 2001.)

2.5.3. Florür Uygulamaları

Florür, çürüklerin önlenmesine, durdurulmasına ve tersine çevrilmesine katkıda bulunur. (AAPD (o), 2022; Adair, 2006; Tinanoff, 2016.) Profesyonel topikal florür tedavileri, çürük riski değerlendirmesine dayanmalıdır. (AAPD (b), 2022; AAPD (m), 2022; Adair, 2006; Weyant ve ark., 2013.) Çürük riski yüksek olan çocuklar kapsamlı bir önleyici programın parçası olarak daha sık profesyonel topikal florür uygulamaları almalıdır. (AAPD (o), 2022; Weyant ve ark., 2013.) (Featherstone ve ark., 2003; Axelsson ve ark., 2004; Källestål, 2005.) Diş macunundaki florürün faydalı etkisini en üst düzeye çıkarmak için, gözetim altında diş fırçalama günde iki kez yapılmalı ve fırçalama sonrası durulama minimumda tutulmalı veya hiç yapılmamalıdır. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023) Profesyoneller

tarafından uygulanan florür tedavileri, diş hekimleri tarafından belirlenen şekilde, hastanın bireysel çürük riski değerlendirmesine göre yapılmalıdır (Weyant ve ark., 2013.).

2.5.4. Fissür Örtücü Uygulamaları

Fissür örtücü uygulaması, bireysel olarak düşünülmesi gereken etkili bir çürük önleyici tekniktir. Pit ve fissür çürüğü riski taşıdığına karar verilen süt veya daimi tüm dişler için fissür örtücüler önerilmiştir. (Yu ve ark, 2001; Majewski, 2001; Macek ve ark., 2003; AAPD, 2019; AAPD, 2020.) Hasta alışkanlıkları, oral mikroflora veya fiziksel durumdaki değişikliklere bağlı olarak çürük riski artabilir ve örtüleme yapılmamış dişler fissür örtücü uygulamalarından fayda görebilir. (AAPD, 2019.) 2016'da yapılan sistematik bir inceleme, fissür örtücülerin çocuklarda ve ergenlerde süt ve daimi azı dişlerinin pit ve fissür oklüzal çürük lezyonlarını önlemede ve durdurmada etkili olduğu ve kaviteye uğramamış oklüzal çürük lezyonlarının ilerlemesini en aza indirebileceği sonucuna varmıştır. (Wright ve ark., 2016, 2017.) Çürük riski bulunan pit ve fissürler mümkün olan en kısa sürede örtülenmesi önerilmektedir. Oral mikroflora, fiziksel durum, beslenme ve oral hijyen alışkanlıklarındaki değişikliklere bağlı olarak hastanın çürük riski artabileceğinden fissür örtücü uygulaması faydalı olabilir. (Sasa ve Donly, 2010.) Periyodik kontrol randevularında fissür örtücünün tekrar uygulanma ihtiyacı yeniden değerlendirilmeli, gerektiğinde onarılmalı veya değiştirilmelidir. (Sasa ve Donly, 2010; Ignelzi, 2010; AAPD (r), 2022.)

2.5.5. Kötü Oral Alışkanlıklar İçin Danışmanlık

Besleyici olmayan emme alışkanlığı, diş sıkma (bruksizm), dili iterek yutkunma, anormal dil pozisyonu gibi kötü oral alışkanlıklar dişlere ve dentoalveoler yapılara kuvvet uygulayabilir. Erken dönemde emzik kullanımı ve parmak emme normal kabul edilse de 18 aydan sonra emzik kullanımı gelişmekte olan orofasiyal yapıları etkileyebilir. (AAPD (s), 2022.) Artan ileri itim (overjet) ve sınıf II maloklüzyon, emzik alışkanlığına kıyasla parmak alışkanlığı ile daha güçlü bir şekilde ilişkilidir. (Bishara ve ark., 2006; Cenci ve ark., 2015.) Üç yaşından sonra besleyici olmayan bir emme alışkanlığına sahip olan çocuklarda maloklüzyon insidansı daha yüksektir. (AAPD (c), 2022; AAPD (s), 2022.) Erken diş hekimi ziyaretleri, ebeveynlere, maloklüzyon veya iskelet displazileri ortaya çıkmadan önce çocuklarının emme alışkanlıklarını bırakmalarına yardımcı olma konusunda danışmanlık yapma fırsatı sunar. (AAPD (c), 2022; AAPD (s), 2022.) Kötü oral alışkanlıkların okul çağındaki ve ergen hastalar

için, kraniyofasiyal yapılar ve dişlenme üzerindeki potansiyel ani ve uzun vadeli etkileri ilgili danışmanlık verilmesi gereklidir. (AAPD (c), 2022.) Kötü oral alışkanlığın yönetimi, hasta/ebeveyn danışmanlığını, davranış değiştirme tekniklerini, alışkanlık kırıcı aparey tedavisini veya ortodontistler, psikologlar veya kulak burun boğaz uzmanlarının da dahil olduğu multidisipliner yönlendirmeyi içermelidir. (AAPD (c), 2022.)

2.5.6. Beslenme Alışkanlıkları İçin Danışmanlık

Beslenme alışkanlıkları çocuğun ağız sağlığının yanı sıra genel sağlık ve esenliğini de etkileyebilir. (Kranz ve ark., 2006.) Erken dönemde diyet ve beslenme danışmanlığının yapılması ebeveynlerin daha sonra yerleşik sağlıksız alışkanlıkları değiştirmeye çalışmak yerine, çocuklarının hayatının erken dönemlerinde uygun ağız sağlığı alışkanlıkları geliştirmelerine yardımcı olur. Bebeklik döneminde danışmanlık, emzirme, biberon veya dökülmeyen bardak kullanımı, gece beslenmeleri, oğn aralarında şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketimi, ara oğnler ve özel diyetlere odaklanmalıdır. (AAPD (t), 2022; Lott ve ark., 2019.)

2.5.7. Travmatik Diş Yaralanmalarını nleyici Yönde Danışmanlık

Okul ncesi çocukların üçte birinde ve okul çağındaki çocukların dörtte birinde süt ve daimi dişlerin travmatik diş yaralanmaları sıklıkla görülmektedir. (Day ve ark., 2020; Glendor, 2008.) Kırıklara, dişlerde yer değişimlerine veya diş kaybına neden olabilen yüz travması, çocuklar üzerinde önemli olumsuz fonksiyonel, estetik ve psikolojik etkilere neden olabilmektedir. (Lee ve Divaris, 2009.) Orofasiyal travmaları önlemek için yaşa uygun tedbirler sağlamalıdır. Motor koordinasyon geliştikçe ve ocuk büyüdükçe, ebeveyne/hastaya koruyucu ekipman kullanımı da dahil olmak üzere ek güvenlik ve önleyici tedbirler konusunda danışmanlık yapılmalıdır. (AAPD (u), 2022; Sigurdsson, 2013.) Ebeveynler travmatik diş yaralanmaları için acil bakıma erişmenin yolları hakkında bilgilendirmelidir. (AAPD (v), 2022.) Tele diş hekimliği, zamana duyarlı yaralanmalarda veya beklenmedik koşullarda hizmet erişiminde zorluk yaşandığında yardımcı olarak hizmet edebilmektedir. (AAPD (y), 2022.)

2.6. Özel Sağlık Bakımı Gereken ocuklar

Özel sağlık bakımı gereken çocuklar, davranışsal, konjenital, gelişimsel, bilişsel bozukluğu olan, sistemik hastalıklara sahip olan çocukları içerebilir. (Estrella ve Boynton,

2010.) Bazı durumlarda öncelikle orofasiyal kompleksi etkilenebilmektedir. Özel bakım ihtiyacı olan kişilerin genel yaşam kaliteleri etkilenir ve profesyonel, çok disiplinli ağız ve diş sağlığı bakımı yapılması gerekebilir. Bu kişiler, yaşamları boyunca ağız ve diş hastalıkları için yüksek risk altında olabilir. (Estrella ve Boynton 2010; AAPD, 2007; U.S. Department of Health and Human Services., 2000; Anders ve Davis, 2010; Lewis, 2009; Norwood ve Slayton, 2013.)

Ağız sağlığı, genel sağlık ve esenliğin ayrılmaz bir parçasıdır. (U.S. Department of Health and Human Services., 2005.) Özellikle ağız sağlığı ile genel sağlık arasındaki ilişki tam olarak anlaşılmadığında, diğer sağlık durumları diş sağlığından daha önemli görünebilir. (Barnett, 2006.) Özel bakım ihtiyacı olan kişiler, diş bakımı konusunda engeli olmayan kişilere göre daha yüksek düzeyde kaygı sahibi olabilir bu da diş hekimi ziyaretlerinin sıklığını ve dolayısıyla ağız sağlığını olumsuz etkileyebilir. (Peltier, 2009.)

2.6.1. Özel Bakım Gereksinimleri Olan Hastalar İçin Davranış Rehberliği

Özel bakım gereksinimleri olan hastanın davranış rehberliği zor olabilir. Kaygı, zihinsel engellilik, işitme veya görme bozukluğu nedeniyle iletişim sınırlı olabilir. Farmakolojik olmayan davranış yönlendirme teknikleri etkisiz olduğunda diş hekimi kapsamlı tedavinin güvenli ve verimli bir şekilde tamamlanmasını sağlamak için sedasyon veya genel anestezi önerebilir. (AAPD, 2021; AAPD, 2021.)

2.6.2. Özel Bakım Gereksinimleri Olan Bireyler İçin Ağız ve Diş Sorunlarını Önleyici Stratejiler

Özel bakım gereksinimleri olan bireyler, ağız hastalıkları için yüksek risk altında olabilir; bu hastalıklar hastanın genel sağlığını daha da tehlikeye atar. (AAPD, 2007.) Ebeveynlerin/bakıcıların eğitimi, günlük ağız hijyeninin uygun ve düzenli olarak denetlenmesini sağlamak için kritik öneme sahiptir. Diş hekimleri kişiselleştirilmiş bir ağız hijyeni programı geliştirebilir. Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalamak çürük ve diş eti iltihabını önlemeye yardımcı olur. Diş fırçaları, fiziksel engelli bireylerin kendi dişlerini fırçalayabilecekleri şekilde değiştirilebilir. Elektrikli diş fırçaları ve diş ipi tutucular hasta uyumunu artırabilir.

Diş hekimi, diş hastalıklarının uzun süreli önlenmesi için karyojenik olmayan bir diyeti teşvik etmelidir. (AAPD, 2021.) Kullanılan ilaçlar ve oral yan etkileri (örneğin, kserostomi, diş eti büyümesi) gözden geçirilmelidir, bunlar çürük ve periodontal hastalık riskini arttırabilmektedir (Estrella ve Boynton 2010.).

Özel bakım gereksinimleri olan hastalar fissür örtücülerden fayda görebilir. Fissür örtücüler, süt ve daimi dişlerin pit ve fissürlerinde çürük riskini azaltır. (Wright ve ark., 2016.) Topikal florürler çürük riski arttığında kullanılabilir. (AAPD, 2021.)

Özel bakım gereksinimleri olan hastalar için önleyici stratejiler travmatik yaralanmaları da kapsamalıdır. Travma riski olan hastalarda (örneğin nöbet bozuklukları veya motor beceriler/koordinasyon eksiklikleri olan hastalar), dişlik üretimi ve dentoalveolar travma meydana gelirse ne yapılacağı hakkında ileriye yönelik rehberlik düzenlenmelidir.

2.7. Çocuklarda Çürük Riski Değerlendirmesi

Risk değerlendirme, çağdaş koruyucu bakımın önemli bir unsurudur. Çürük risk değerlendirme ilk süt dişi çıkar çıkmaz yapılmalı, diş hekimleri ve tıp hekimleri tarafından periyodik olarak yeniden değerlendirilmelidir. (Fontana ve González-Cabezas, 2015; AAPD (m), 2022.) Amaç çürük riski yüksek hastaları belirleyerek, bireyselleştirilmiş koruyucu önlemler ve çürük yönetimi geliştirerek ayrıca hizmetlerin uygun periyodunu belirleyerek hastalığı önlemektir. (AAPD (m), 2022; Crall ve ark., 2016; Fontana ve Zero, 2006.)

Çürük riski değerlendirme formları ve çürük yönetimi protokolleri, süreci basitleştirmeyi ve netleştirmeyi amaçlar. (Fontana ve González-Cabezas 2015; AAPD (m), 2022; Domejean ve ark. 2011; Ramos-Gomez ve Ng, 2011.) Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ) gelişimi için daha yüksek risk taşıyan belirli çocuk gruplarının bebek ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden fayda sağlayacağını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (Harris ve ark. 2004; Ramos-Gomez, 2014; Southward ve ark., 2008; Nunn ve ark. 2009; Weber-Gasparoni ve ark., 2010.) Çürük riski değerlendirme, bir yaş ziyaretinden başlayarak çocuğun yaşına dayalı kapsamlı bir tedavi planı yaklaşımının bir parçası olmalıdır. (Harrison-Barry ve ark., 2022.)

Bebekler ve küçük çocuklar, oral flora ve konak savunma sistemlerinin gelişimine devam etmesi, yeni çıkan dişlerin hassasiyeti ve beslenme alışkanlıklarının gelişimi gibi çürük risk faktörlerine sahiptir. EÇÇ etiyojisi çok faktörlü olduğundan ve önemli ölçüde sağlık

davranışlarından etkilendiğinden, (Jiang ve ark., 2020.) hamile ebeveynler ve küçük çocukların ebeveynleri için verilmesi gereken koruyucu mesajlar, çocukları çürük geliştirme konusunda daha yüksek risk altına soktuğu bilinen faktörleri (örneğin erken dönemde Mutans streptokok bulaşması, zayıf ağız hijyen alışkanlıkları, gece beslenmesi, yüksek şeker tüketim sıklığı vb.) hedeflemelidir. (AAPD (d), 2022; Clarke ve ark., 2006; Seow, 2012; Plutzer ve Keirse, 2011.)

Çalışmalar, süt dişlenme dönemindeki çürük deneyiminin gelecekteki çürüklerin bir göstergesi olduğunu bildirmiştir. (Mejare ve ark., 2014; Lin ve ark., 2021.) Erken okul çağındaki çocuklar, karışık dişlenme dönemine geçiş aşamasındadır. Bu çocuklar, okuldayken gözetimsiz diş fırçalama, karyojenik yiyecek ve içeceklerin artan tüketimi gibi zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum çürük geliştirme riskini arttırmaktadır. (AAPD (z), 2022; Marshall ve ark., 2003; Chankanka ve ark., 2011.) Bu nedenle, okul çağındaki çocuklara ağız hijyeni ve diyet uygulamaları konusunda özel dikkat gösterilmelidir. Cep telefonlarına indirilebilen uygulamalar gibi yeni teknolojilerin kullanımı, çocuklarda ve ergenlerde ağız hijyeni alışkanlığını artırmak için ek bir destek sağlayabilir. (Sharif ve ark., 2019.)

Tablo 1 ve 2’de AAPD rehberlerinde yer alan bebeklerde, çocuklarda ve ergenlerde çürük gelişimi için risk düzeylerini değerlendirmede diş hekimlerine, doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına yardımcı olmak için mevcut kanıtlar verilmiştir.

0-5 Yaş Çürük Riski Değerlendirme Formu			
Faktörler	Yüksek Seviye Risk	Orta Seviye Risk	Düşük Seviye Risk
<i>Risk Faktörleri, sosyal/davranışsal/tıbbi</i> - Anne/çocukla ilgilenen kişinin ağızında çürükler var. - Ebeveyn/çocukla ilgilenen kişinin sosyoekonomik düzeyi düşük. - Çocuk düzenli olarak (>3 kere/günde) öğünler arası şeker içerikli atıştırmalıklar veya içeceklere maruz kalıyor. - Çocuk, yemekler arasında ve/veya yatmadan önce sık sık, doğal veya ilave şeker içeren şişe veya biberon - Çocuk yakın zamanda ülkesinden göçmüştür. - Çocuğun özel bakım gerektiren sağlık durumu vardır.	Evet Evet Evet Evet	Evet Evet	
<i>Risk Faktörleri, klinik</i> - Çocuğun dişlerinde görünür plak var. - Çocuğun diş minesinde kusurlar var.	Evet Evet		

Koruyucu Faktörler - Çocuk florürlü su içiyor veya florür takviyeleri alıyor. - Çocuğun dişleri günlük olarak florürlü diş macunu ile fırçalanıyor. - Çocuğa diş hekimi tarafından topikal flor uygulanıyor. - Çocuğun düzenli olarak diş bakımı yapılıyor.			Evet Evet Evet Evet
Klinik Bulgular - Çocukta kavitasyon oluşturmamış çürük lezyonları (başlangıç/beyaz nokta) var. - Çocukta görünür çürük lezyonları var. - Çocuğun yeni restorasyonları veya çürük nedeniyle eksik dişleri var.	Evet Evet Evet		

Tablo 1. AAPD 0-5 Yaş Çürük Riski Değerlendirme Formu

≥6 Yaş İçin Çürük Riski Değerlendirme Formu			
Faktörler	Yüksek Seviye Risk	Orta Seviye Risk	Düşük Seviye Risk
Risk Faktörleri, sosyal/davranışsal/tıbbi - Ebeveyn/çocukla ilgilenen kişinin sosyoekonomik düzeyi düşük. - Çocuk düzenli olarak (>3 kere/günde) öğünler arası şeker içerikli atıştırmalıklar veya içeceklere maruz kalıyor. - Çocuk yakın zamanda ülkesinden göçmüştür. - Çocuk hiposalivatör ilaç(lar) kullanıyor. - Çocuğun özel bakım gerektiren sağlık durumu vardır.	Evet Evet	Evet Evet Evet	
Risk Faktörleri, klinik - Çocukta düşük tükürük akışı vardır. - Çocuğun dişlerinde görünür plak vardır. - Çocuğun diş minesinde kusurlar vardır. - Hasta ağız içi aparey kullanıyordur. - Hastada kusurlu restorasyonlar vardır.	Evet Evet Evet	Evet Evet	
Koruyucu Faktörler - Çocuk florürlü su içiyor veya florür takviyeleri alıyor. - Çocuğun dişleri günlük olarak florürlü diş macunu ile fırçalanıyor. - Çocuğa diş hekimi tarafından topikal flor uygulanıyor.			Evet Evet Evet Evet

Çocuğun düzenli olarak diş bakımı yapılıyor.			
Klinik Bulgular - Hastanın 1 veya 1'den fazla ara yüz çürüğü vardır. - Çocukta kaviteasyon oluşturmamış çürük lezyonları (başlangıç/beyaz nokta) vardır. - Hastada radyografik olarak dentinde yeni kaviteasyonlu çürük lezyonu/lezyonları vardır. - Hastanın son 3 yılda (yeni hasta) veya son 12 ayda (kayıtlı hasta) yapılmış restorasyonları vardır.	Evet Evet Evet Evet		

Tablo 2. AAPD ≥6 Yaş İçin Çürük Riski Değerlendirme Formu

2.8. Çocuklarda Çürük Risk Gruplarına Göre Çürük Yönetimi

Çocuklar için bakım yolları, hastanın risk seviyelerine, yaşına ve önleyici stratejilere uyumuna bağlı olarak bireyselleştirilmiş tedavi ile ilgili kararları daha da hassaslaştırır (**Tablo 3 ve 4**). (Rotter ve ark., 2012.)

Çürük riski hem bireysel düzeyde hem de diş düzeyinde değerlendirilir. (AAPD (a1), 2022; AAPD (b1), 2022.)

0-5 Yaş Çürük Yönetim Yolları					
Risk Kategorisi	Teşhis	Önleyici Müdahaleler			Restoratif Müdahaleler
		Florür	Diyet Önerileri	Fissür Örtücüler	
Düşük Risk	- Her 6 ila 12 ayda bir tekrar ziyareti - Her 12 ila 24 ayda bir radyografiler	- Optimum florürlü su için - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama	Evet	Evet	- Gözetim
Orta Risk	- Her 6 ayda bir tekrar ziyareti - Her 6 ila 12 ayda bir radyografiler	- Optimum düzeyde florlanmış su için (alternatif olarak, florür takviyeleri florürlü su kaynağı ile) - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama - Her 3 ayda bir profesyonel topikal tedavi	Evet	Evet	- Aktif gözetim kaviteasyonsuz (beyaz nokta) çürük lezyonlarında - Kaviteasyonlu veya geniş çürük lezyonlarında restorasyon yapın
Yüksek Risk	- Her 3 ayda bir tekrar ziyareti - 6 ayda bir radyografiler	- Optimum düzeyde florlanmış su için (alternatif olarak, florür takviyeleri)	Evet	Evet	- Aktif gözetim kaviteasyonsuz (beyaz nokta) çürük lezyonlarında - Kaviteasyonlu veya geniş çürük

		florürsüz su kaynağı ile) - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama - Her 3 ayda bir profesyonel topikal tedavi - Kaviteasyonlu lezyonlarda gümüş diamin florür			lezyonlarında restorasyon yapın - Kalıcı restorasyonlar yapılabilene kadar geçici terapötik restorasyonlar (ITR) yapılabilir
--	--	--	--	--	---

Tablo 3. 0-5 Yaş Çürük Yönetim Yolları

≥6 Yaş İçin Çürük Yönetim Yolları					
Risk Kategorisi	Teşhis	Önleyici Müdahaleler			Restoratif Müdahaleler
		Florür	Diyet Önerileri	Fissür Örtücüler	
Düşük Risk	- Her 6 ila 12 ayda bir tekrar ziyareti - Her 12 ila 24 ayda bir radyografiler	- Optimum florürlü su için - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama	Evet	Evet	- Gözetim
Orta Risk	- Her 6 ayda bir tekrar ziyareti - Her 6 ila 12 ayda bir radyografiler	- Optimum düzeyde florlanmış su için (alternatif olarak, florür takviyeleri florürsüz su kaynağı ile) - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama - Her 6 ayda bir profesyonel topikal tedavi	Evet	Evet	- Aktif gözetim kaviteasyonsuz (beyaz nokta) çürük lezyonlarında - Kaviteasyonlu veya geniş çürük lezyonlarında restorasyon yapın
Yüksek Risk	- Her 3 ayda bir tekrar ziyareti - 6 ayda bir radyografiler	- Optimum düzeyde florlanmış su için (alternatif olarak, florür takviyeleri florürsüz su kaynağı ile) - %0,5 florürlü jel/macun ile fırçalama - Florürlü diş macunu ile günde iki kez fırçalama - Her 3 ayda bir profesyonel topikal tedavi - Kaviteasyonlu lezyonlarda gümüş diamin florür	Evet	Evet	- Aktif gözetim kaviteasyonsuz (beyaz nokta) çürük lezyonlarında - Kaviteasyonlu veya geniş çürük lezyonlarında restorasyon yapın - Kalıcı restorasyonlar yapılabilene kadar geçici terapötik restorasyonlar (ITR) yapılabilir

Tablo 4. ≥6 Yaş İçin Çürük Yönetim Yolları

Tablo 5'te AAPD rehberlerinde yer alan pediatrik ağız sağlığı değerlendirmesi, koruyucu hizmetler için tavsiye edilen diş periyodisite çizelgesi ve ileriye yönelik rehberlik/danışmanlık verilmiştir.

	YAŞ				
	6- 12 ay	12- 24 ay	2- 6 yıl	6- 12 yıl	12 yıl ve üzeri
Klinik oral muayene	•	•	•	•	•
Oral büyüme ve gelişmeyi değerlendirme	•	•	•	•	•
Çürük riski değerlendirme	•	•	•	•	•
Radyografik değerlendirme	•	•	•	•	•
Profilaksi ve topikal florür	•	•	•	•	•
Florür takviyesi	•	•	•	•	•
İleriye yönelik rehberlik/danışmanlık	•	•	•	•	•
Ağız hijyeni danışmanlığı	Ebeveyn	Ebeveyn	Hasta/Ebeveyn	Hasta/Ebeveyn	Hasta
Diyet danışmanlığı	•	•	•	•	•
Beslenme dışı alışkanlıklar için danışmanlık	•	•	•	•	•
Travma önleme ve güvenlik danışmanlığı	•	•	•	•	•
Konuşma/ dil gelişimi değerlendirmesi	•	•	•		
Gelişen oklüzyonun değerlendirilmesi			•	•	•
Pit ve fissür örtücüler için değerlendirme			•	•	•
Periodontal risk değerlendirmesi			•	•	•
Tütün, sigara, kötü madde kullanımı hakkında danışmanlık				•	•
İnsan papilloma virüs/aşı hakkında danışmanlık				•	•
Ağız içi/ perioral piercing kullanımı hakkında danışmanlık				•	•
Üçüncü azı dişlerinin değerlendirilmesi					•
Yetişkin diş bakımına geçiş					•

Tablo 5. AAPD Pediatrik Ağız Sağlığı Değerlendirmesi, Koruyucu Hizmetler İçin Tavsiye Edilen Diş Periyodisite Çizelgesi ve İleriye Yönelik Rehberlik/Danışmanlık Tablosu

Drummond ve arkadaşları çocukların ağız ve diş sağlığı durumunun genel tıbbi kayıtlara kaydedilmesi, EÇÇ ve diğer ağız ve diş sağlığı sorunları olan tüm çocukları ağız sağlığının genel sağlıkları üzerindeki etkisi konusunda farkındalığı teşvik etmek için bu bilgilerin doktorlarına gönderilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Ayrıca, tıp müfredatında ve genel pratisyen hekim eğitiminde, özellikle şiddetli diş çürüğünün ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili olarak, ağız ve diş sağlığına daha fazla önem verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. (Drummond ve ark., 2013.)

2.9. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığında Ağız ve Diş Sağlığı

2.9.1. Erken Çocukluk Döneminde Ağız ve Diş Sağlığına Dikkatte Disiplinler Arası İletişim

Yaşamın ilk yıllarında ağız ve diş sağlığı bakımı temel bir öneme sahiptir. Ağız ve diş sağlığını sürdürmek invaziv tedavi ihtiyacı veya erken diş kayıplarını önleyebilir. (Paiva ve ark., 1992; Maltz ve Lacerda, 2001).

Çocukların ağız ve diş sağlığı bilgisi, diş gelişimi, diş travması ve çürüğün önlenmesi, teşhisi ve tedavisi bilgilerini içerir (Krol, 2003.) Diş çürüğü, karyojenik bakteri, diyet ve konak duyarlılığının bir kombinasyonundan kaynaklanan bulaşıcı bir hastalıktır (Krol, 2003; Selwitz ve ark., 2007; National Institutes of Health Consensus Development Conference statement, 2001.) Süt dişlerinin erken kaybı, çocuklarda olumsuz fonksiyonel sonuçlara neden olabilir. Bu durum yaşam kalitelerine yansıyabilmektedir. (Leal ve ark., 2012).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), süt dişlenme dönemindeki çürükler, iki ila sekiz yaş arasındaki çocukların yaklaşık %31 ila %53'ünde görülür (Dye ve ark., 2010.) ve 15 yaşına kadar çocukların %75'ini etkiler (Adams ve ark., 1996.) Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD), sağlık hizmeti veren kişileri erken çocukluk çağı çürüklerini önlemek için önerilen tüm önleyici stratejileri kullanmaya teşvik eder ve bu stratejilerin uygulanmasına çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının muayenehanesinde başlanmalıdır (Krol, 2004.).

Türk popülasyonunu içeren araştırmalar daha da yüksek çürük oranları ortaya koymaktadır; Türkiye'deki okul öncesi çocuklarla yapılan bir araştırmada, üç ila altı yaş arasındaki çocukların %74,1'i ve beş ila dokuz yaş arasındaki çocukların %84,9'u diş çürüğü yaşamıştır (Namal ve ark., 2005; Köksal ve ark., 2011.)

Erken çocukluk dönemindeki diş çürüğü ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilir ve risk faktörlerinin (bireysel, sosyal, ekonomik ve kültürel) bir kombinasyonunun sonucu meydana gelir ek olarak yerel, sistemik, psikolojik ve sosyal problemler genel sağlığı etkileyebilir. (Losso ve ark., 2009) Çalışmalar, erken çocukluk döneminde diş çürüğü olan üç ila beş yaş arasındaki çocukların, aynı yaş grubundaki çürüksüz çocuklara kıyasla, beslenme sırasında ağırlı semptomlarla ilişkili olarak hem boy hem de ağırlık olarak vücut büyümesinde problem yaşadıklarını göstermektedir. (Ayhan ve ark., 1996.)

Erken çocukluk çağı diş çürüğü, 71 aylıktan önce çürümüş (kaviteli veya kavitesiz), çekilmiş (çürük nedeniyle) veya restore edilmiş bir veya daha fazla süt dişinin varlığı olarak tanımlanır. Şiddetli erken çocukluk çağı diş çürüğü de üç yaş altı çocuklarda herhangi bir çürük yüzey belirtisi olması olarak tanımlanır. (Scalioni ve ark., 2012.) Bu bağlamda ağız ve genel sağlık arasındaki ilişkiden dolayı multidisipliner bir yaklaşımın önemli olduğu durumlarda, önleyici ve eğitici önlemlerin benimsenmesi konusunda çocuklara ve ebeveynlerine mümkün olduğunca erken odaklanılmalıdır.

Bilimsel kanıtlar, ebeveynlerin yaşamın ilk yıllarında sistematik olarak çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına başvurduğunu göstermektedir; ancak çocuk diş hekiminde durum böyle değildir (Pastor & Rocha, 2003; Brickhouse ve ark., 2008). 2008 Ulusal İkametgah Örnekleri Araştırması (The National Research of Domicile Samples), sıfır ila altı yaş arasındaki bireylerin %66,7'sinin hiç diş kontrolü için başvurmadığını göstermiştir (Peres ve ark., 2012). Bu yaş grubuyla ilgili mesleklerde disiplinler arası iletişim ihtiyacı literatürde sıklıkla bildirilmiştir. Camargo ve arkadaşlarına (2012) göre yaşamın ilk yılında çocukların ağız ve diş sağlığı bakımına yönelik eylemlerin gerçekleştirilmesinin sorumluluğu sadece diş hekimlerinin değil, çocukla temasta bulunan tüm sağlık profesyonellerin görevi olmalıdır. Sağlık ekibinin tüm üyeleri, yeterli niteliklere sahip olduklarında, ebeveynlere ve/veya çocuklardan sorumlu kişilere erken çocukluk döneminde ağız ve diş bakımı konusunda rehberlik edebilir (Reis ve ark., 2015). Bu nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, ağız ve diş sağlığının korunmasında önemli bir rol oynar ve bebek doğduktan hemen sonra ebeveyn/velilerle iletişim kurma olanağına sahip olduğu için sağlıklı bir yaşam için alışkanlıklar, tutumlar ve eylemler

konusunda yön verebilir. 0 ila 3 yaş arası bebekle sık temas kurarak çocuğun büyümesini ve gelişimini izleyebilir. (Balaban ve ark., 2012).

Ağız ve diş sağlığı, çocukların genel sağlığı ve toplumun ekonomik durumu üzerinde ciddi bir etkiye sahiptir (Krol, 2003; Sheiham, 2006.) Bebekler, diş hekimleri tarafından görülmeden çok önce çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından görüldükleri için, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığı uygulamalarının önemini vurgulamak için eşsiz bir fırsatı vardır (Krol, 2003; Schor, 2007; Douglass ve ark. 2009; Schafer ve Adair 2000.)

2.9.2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı

Konusundaki Sorumluluk ve Roller

Çocukların diş sağlığının korunması, çocukların genel sağlığının ve esenliğinin önemli bir parçasıdır. (Guarnizo-Herreño ve Wehby, 2012; Alrashdi ve ark., 2021.) Ağız ve diş sağlığının pediatrik tıbbın daha tutarlı bir parçası olması gerektiği ileri sürülmüştür (Krol, 2010.) Ağız ve diş sağlığının pediatrik uygulamalara entegre edilmemesi daha kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir. Süt dişlenme dönemindeki diş çürüğü, ağız fonksiyonlarının bozulması nedeniyle çocuğun büyümesi üzerinde önemli zarar verici etkilere sahip olabilir (Mouradian ve ark., 2000.) Özellikle dezavantajlı geçmişlere sahip çocuklar ağız ve diş sağlığı sorunlarına karşı genellikle en savunmasız olanlardır (Edelstein, 2002; Shariff ve Edelstein, 2016; Alrashdi ve ark., 2020.) Bir çocuğun tıbbi bir ortamla ilk karşılaşması genellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve pratisyen hekimler aracılığıyla gerçekleştiğinden, erken yaşta başlayan ağız ve diş hastalıklarının önlenmesinin farkında olmaları önemlidir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, ebeveynlerin ve diğer bakıcıların bebekler ve küçük çocuklarda ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi konusunda bilgi almalarını sağlamak için benzersiz bir konumdadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çocuk diş hekimleri birlikte çalışarak koruyucu ağız bakımı sağlamak için birbirlerinin çabalarını güçlendirebilirler (Lewis ve ark., 2009.) Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, çocuklar için birincil bakım sağlayıcıları olarak, ağız ve diş hastalıkları ve ağız ve diş sağlığı bilgilerini geliştirerek, ağız ve diş sağlığını sağlam çocuk bakımının günlük rutinine dahil ederek hastalarının genel sağlığına önemli bir katkı yapma fırsatına sahiptir (Ditto ve ark., 2010.) Diş hekimlerinden farklı olarak, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları çocukların büyük çoğunluğunu hayatlarının ilk yıllarında periyodik olarak görmekte ve ebeveynleri çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda duyarlı hale getirme

fırsatına sahip olmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları sağlıklı büyümede önemli bir rol oynarlar ve ağız hijyeni, diyet ve florür maruziyeti hakkında etkili rehberlik ve önleyici danışmanlık sağlayabilirler (Bader ve ark., 2004; Long ve ark., 2012; Ismail ve ark., 2003; Hinze ve ark., 2014.).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk diş hekimliği ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadığına dair kanıtlar vardır. Yapılan bir araştırma, birçok çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocukların ağız ve diş sağlığını geliştirmek için gerekli olan güncel bilimsel bilgiye sahip olmadığını göstermiştir. Katılımcıların %39,5'i diş çürüğünün bulaşma bilirliliğini bilmiş; %37,3'ü fissür örtücülerin genellikle süt dişlerine uygulanmadığını söylemiş; %60,8'i 4 aylık bebekler için doğru florür dozunu bilmiş ve %22'si florür cilalarından haberdar olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sadece %9'u dört bilgi sorusunu doğru yanıtlamıştır (Lewis ve ark., 2000.). Bazı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ağız ve diş sağlığı sorunlarını belirleyip çocuk hastaları yönlendirmeyebilir. Bu, çocuklar için diş bakımının önemli bir unsuru olan erken müdahaleyi önler (Long ve ark., 2012; Ismail ve ark., 2003.) Bu durum bazı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığına yeterince önem vermemelerinden kaynaklanabilir. (Hinze ve ark., 2014.) Bir başka çalışma, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının arasında orta düzeyde ağız ve diş sağlığı bilgisini belgelemiştir (Kumar ve ark., 2014.) Ek olarak, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile diş hekimleri arasındaki sevk zinciri genellikle iyi koordine edilemeyebilir. Yapılan bir çalışma, birçok çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının, diş sorunları tespit edilir edilmez bir diş hekimine sevkini gerekli olduğuna inanmadığını bulmuştur (Quinonez ve ark., 2014.). Çocuk sağlığındaki bakımın bir parçası olarak ağız ve diş sağlığının nasıl daha iyi entegre edilebileceğini inceleyen bir çalışma, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları arasında ağız ve diş sağlığı eğitiminin artırılmasının bu eksikliklerle yüzleşmek için etkili bir strateji olabileceğini öne sürmüştür (Lewis ve ark., 2013.). Bu nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının kendilerini çocuk sağlığına adanmış profesyoneller olarak rollerini yerine getirebilmeleri için ağız sağlığı ve hastalıkları konusunda yetkin olmaları gerekmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının, çocuklar ve ebeveynleri için sağlıkla ilgili eğitimin ana noktalarından biridir. Bu nedenle çocuk doktorları ağız ve diş sağlığı açısından önemli bir role sahiptir.

2.9.3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Eğitimi

Çocuk ağız ve diş sağlığında öncelikle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ve birinci basamak sağlık hizmeti veren personellerin bu alandaki eğitimlerinin artırılması gereklidir. Tıpta lisans ve uzmanlık eğitim müfredatının ağız ve diş sağlığıyla ilgili sınırlı bilgilendirmeyi içerdiği gösterilmiştir (Lewis ve ark., 2000; Caspary ve ark., 2008; Sabbagh ve ark., 2011; Kalkani ve Ashley, 2013; Quinonez ve ark., 2014).

Ağız ve diş hastalıklarının engellenmesi ve tedavisinin yalnızca diş hekimlerinin görevi olduğu inancı yüzünden geleneksel tıp müfredatında ağız ve diş sağlığı konusu yeterince önemsenmemektedir. Tıp hekimlerinin, kötü ağız sağlığının insan vücudundaki sistemik etkileri hakkında bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir (Ramirez ve ark., 2010.)

Ağız ve diş sağlığının genel sağlık için önemi, ABD'li baş cerrahın Amerika'da Ağız Sağlığı raporunun (U.S. Surgeon General's Report Oral Health in America, 2000) 2000 yılında yayınlanmasıyla birlikte dikkat çekmiştir. (U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.) 2001 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), çocukların ağız ve diş sağlığını desteklemek, ağız ve diş sağlığı farkındalığını geliştirmek ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri için eğitimi artırmak için bir “Ağız Sağlığı Girişimi” başlatmıştır. (Bernstein ve ark., 2013.) AAP, 2003 yılında bir ağız sağlığı politikası bildirisi yayınlayarak, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının sağlam çocuk ziyaretlerine ağız ve diş sağlığı risk değerlendirmeleri, eğitim ve ileriye dönük rehberliği entegre etmelerini tavsiye etmiştir. (American Academy of Pediatrics, 2003.)

Ağız ve diş sağlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu, son yirmi yılda önemli değişiklikler geçirmiştir. AAP, Ağız Sağlığı Girişiminin (AAP Oral Health Initiative) başlatılmasını takip eden ilk birkaç yılda, uzmanlık öncesi, uzmanlık sonrası ve devam eden eğitim seviyelerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları için verilen ağız ve diş sağlığı eğitimini çocuklara kaliteli koruyucu ağız ve diş sağlığı bakımı sağlamak için yetersiz görmüştür (Krol, 2004.). Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yapılan anketler, uzmanlık eğitimi sırasında ağız ve diş sağlığı eğitiminin yetersiz olduğunu göstermiştir. (Lewis ve ark., 2000; Sanchez ve ark., 1997; Wender ve ark., 1992.) Ek olarak, ihtisasını tamamlayan uzmanlık

öğrencileri ilgili 2006 AAP anketi, ABD'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin %35'inin uzmanlık eğitimi sırasında ağız ve diş sağlığı eğitimi almadığını ortaya çıkarmıştır. (Caspary ve ark., 2008.) Ağız ve diş sağlığı eğitimi alan uzmanlık öğrencilerinin %73'ü üç saatten az eğitim almış ve çoğu (%71) yetersiz ağız ve diş sağlığı eğitimi aldıklarını belirtmiştir. 2015 yılında yayınlanan bir araştırma, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin üçte birinin uzmanlık eğitimi sırasında herhangi bir ağız ve diş sağlığı eğitimi almadığını ve yaklaşık üçte ikisinin (%64) ağız ve diş sağlığı becerileri ve yetkinliğinin düşük olduğunu algıladığını ortaya koymuştur. (Gereige ve ark., 2015.)

Ülkemizde tıp fakültelerinde uygulanması amacıyla 2020 senesinde önerilen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda ağız ve diş sağlığı ile alakalı herhangi bir konu başlığının bulunmadığı görülmektedir (Yüksek Öğretim Kurumu. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çekirdek Eğitim Programları. 2020.) Türkiye Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun hazırladığı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda ağız ve diş sağlığı başlığı yer almaktadır ve sağlık hizmeti veren kişilerin ağız ve diş sağlığı için gerekli klinik yetkinlik düzeyi “Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme” ve “Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlama ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme” şeklinde tanımlanmıştır (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzm Kurulu. 27 Şubat 2023.). Bununla beraber Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun hazırladığı Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda ağız ve diş sağlığı başlığı bulunmamaktadır (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzm Kurulu. 27 Şubat 2023.)

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları okul öncesi çocuklarla diş hekimlerinden daha önce karşılaşmaktadır. Bu durum çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının aileyi ağız ve diş sağlığı açısından kontrole yönlendirmesi ve koruyucu, önleyici hizmetler sunulabilmesinde büyük bir fırsattır (Ramirez ve ark., 2010.) Bu nedenle ülke genelinde büyük bir sorun olan ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi sadece diş hekimlerinin sorumluluğuna bırakılmamalı, diğer sağlık çalışanları da ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi konusunda üzerine düşen görevleri yapabilmelidir. Çocuk hastaları rutin olarak gören çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim verilmesi, eğitimin standardize edilmesi ve pratiğe geçirilmesi için hekimlerin teşvik edilmesi, hekimlerinin bilgi düzeyinin

artırılması için ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim programının müfredata eklenmesi gerekmektedir.

2.10. Eğitim Programı Geliştirme

Eğitim-öğretim süreçlerinin doğru bir şekilde tasarlanması için öğretim tasarımı modelleri kullanılmaktadır. Şimşek (2014) öğretim tasarımı, belirli bir hedef kitlenin eğitim gereksinimlerini karşılamak üzere sistematik bir yaklaşımla işlevsel öğrenme sistemlerini geliştirme işi olarak tanımlar. Öğretim tasarımı yapılmadan yüksek kaliteli öğrenmeyi sağlamak ve amaçlanan hedeflere ulaşmak mümkün değildir (Siribaddana, 2010).

Öğretim tasarımı modelleri, eğitim-öğretim süreçlerinin planlanması, bu süreçte kullanılacak materyallerin tasarlanması, sürecin değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması süreçlerini içermektedir. Bu amaçla pek çok öğretim tasarımı modeli geliştirilmiştir. Bunlar öğretme-öğrenme konusundaki bakış açılarının farklılığından, sıkça kullanıldığı sektörlerden, gereksinimlerden, tasarım sürecinin işleyiş dinamiklerinden ya da üretilecek ürün türünden kaynaklanmaktadır (Şimşek, 2014). Başlıca öğretim tasarımı modellerine “Briggs Modeli”, “Dick ve Carey Modeli”, “Kemp, Morrison ve Ross Modeli”, “ASSURE Modeli”, “ADDIE Modeli” örnek verilebilir.

ADDIE modeli, öğretim tasarımı modelleri içerisinde en bilinen örneği oluşturmaktadır. ADDIE; Analysis (Analiz), Design (Tasarım), Development (Geliştirme), Implementation (Uygulama) ve Evaluation (Değerlendirme) kelimelerinin birleştirilmesinden oluşur ve sürecin hangi aşamalardan oluştuğunu açık bir şekilde gösterir. Her bir adımın çıktısı diğer adım için girdi oluşturur. Eğitimciler, öğrenciler için kişiselleştirilmiş ve anlamlı öğrenme/öğretme ortamları hazırlayabilmek için genelde oldukça popüler bir öğretim tasarımı modeli olan ADDIE’yi tercih etmektedir (Reiser ve Dempsey, 2007). ADDIE modeli, öğretim tasarımının farklı adımları ve ders tasarımı hakkında düşünme hususunda tasarımcılara yardımcı olur (Kuo, 2013). ADDIE modelinin basamakları takip edildiğinde ister çevrimiçi ister yüz yüze olsun ortamlarda rahatlıkla uygulanabilir (Aldoobie, 2015). ADDIE modeli bilgi, beceri ve tutumların öğretilmesi konusunda kolay bir şekilde uygulanabilir (Cheung, 2016). Ayrıca 2009-2015 arasında en fazla yayının ADDIE modeliyle ilgili olduğu (%34) tespit edilmiştir. Bu sebeplerle araştırmamızda öğretim tasarımı modellerinden ADDIE Modeli tercih edilmiştir.

ADDIE modeli, “Bireylerin neyi öğrenmeye ihtiyaçları var?” sorusu ile “Bireyler ihtiyaçları olan bilgiyi öğrendiler mi?” sorusu arasında geçen tüm süreçleri kapsar.

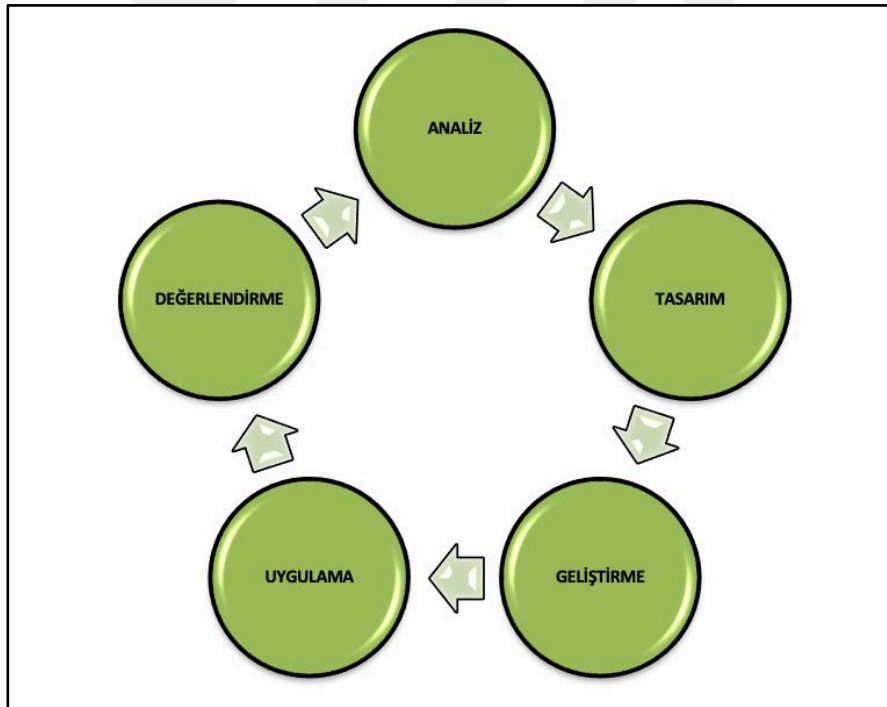
2.10.1. ADDIE Modelini Diğer Modellerden Ayıran Özellikler

ADDIE modeli diğer öğretim tasarımı modellerinin bileşimini barındırmaktadır. Diğer modellerdeki ayrıntılı işlemleri özetleyici nitelikte olan temel beş aşamada ifade edilmiştir.

ADDIE modelinde her aşamadan sonra süreç değerlendirmesi yapılır. Süreç değerlendirmesinin verdiği sonuçlara göre bir önceki aşamaya geri dönmek mümkündür.

Basit, çabuk anlaşılır ve uygulaması kolay bir modeldir.

ADDIE Modeli’nin Basamakları



Şekil 3. ADDIE Modeli’nin Basamakları

2.10.2. ADDIE Modeli'nin Basamakları

2.10.2.1. Analiz (Analysis)

Analiz aşamasında ihtiyaç analizi yapılarak, mevcut öğretim problemleri, öğrenenlerin beklentileri, ön bilgileri, mevcut beceri ve yeterlilikleri, öğrenme ortamı, öğretim amaçları ve hedefleri belirlenir. Ayrıca süreç için ayrılacak bütçe ve zaman belirlenir.

2.10.2.2. Tasarım (Design)

Bu basamakta eğitim tasarımcısı, öğretimin planını hazırlar. Süreçte kullanılacak eğitim için gerekli materyalleri, etkinlikleri, alıştırma ve dokümanları belirler. Bu aşamada hazırlanan tasarımlar ve tasarımda kullanılacak unsurlar, analiz aşamasında elde edilen ihtiyaç verilerini karşılayacak şekilde olmalıdır. Tasarım aşamasında önümüzde dört aşama vardır. Bunlar;

- Eğitim Stratejisinin Belirlenmesi
- Öğretim Yönteminin Belirlenmesi
- Gerekli Dokümanların ve İçeriklerin Belirlenmesi
- Dersin İçeriğine Uygun Ortam ya da Ortamların Belirlenmesi ve Tasarlanması

2.10.2.3. Geliştirme (Development)

Geliştirme aşamasında, bir önceki basamak olan tasarım basamağında planlanan unsurlar hayata geçirilir. Gereken ortam ya da ortamlar yaratılır. Öğrenenlerin tercihleri ile örtüşecek farklı çoklu ortam bileşenleri kullanılarak bilgiler sunulur. Öğrenenleri yaratıcı ve yenilikçi olmaya istekli kılacak uygun etkileşim yöntemleri belirlenir. Sosyal bir ortam sağlanarak öğrenenler arasındaki iş birliğinin artırılması hedeflenir.

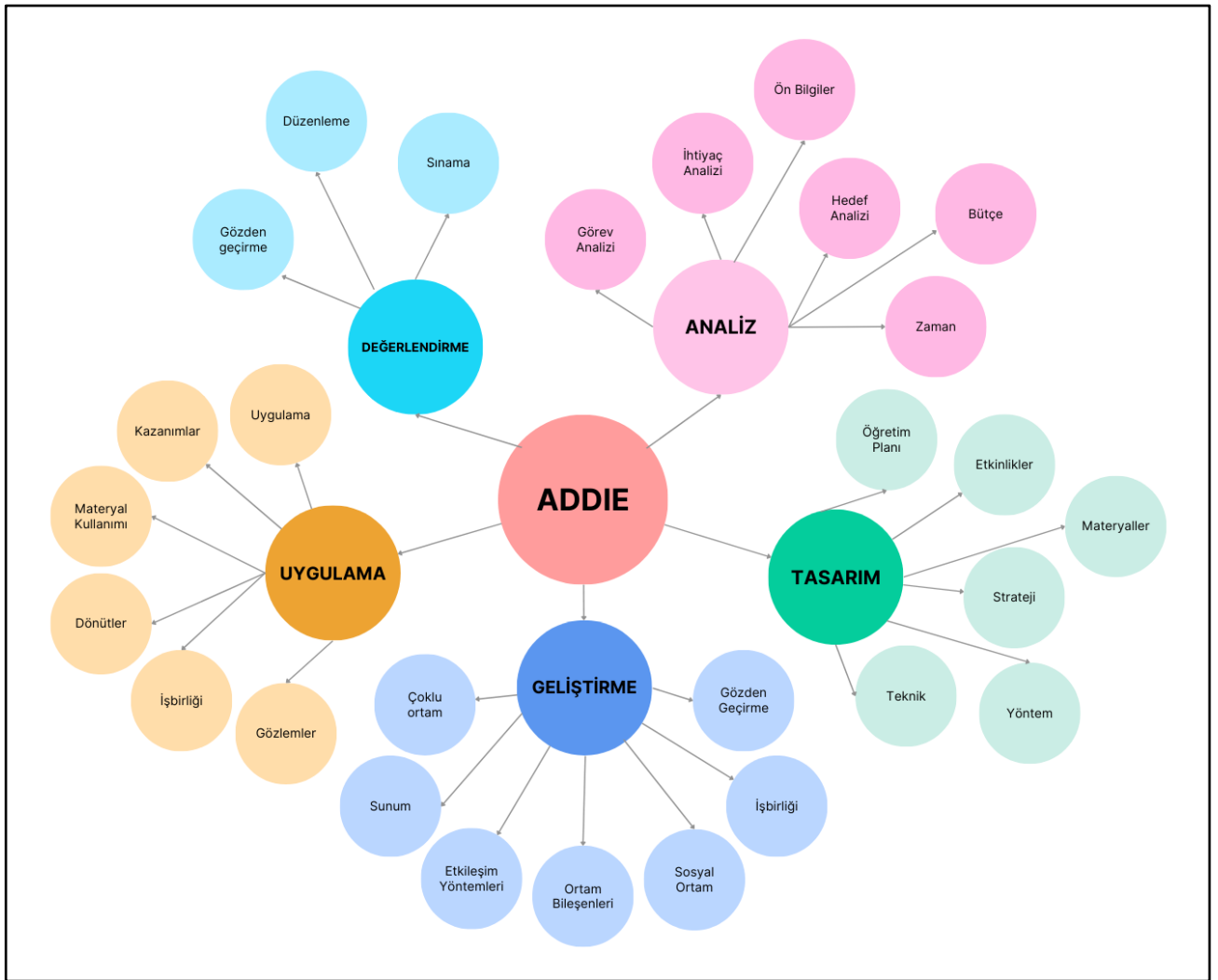
2.10.2.4. Uygulama (Implementation)

Geliştirme aşamasında tasarımı biten materyallerin uygulama süreci yapılır. Bu aşamada öğrenen kişi materyalleri kullanırken öğretim tasarımcısı da kendisini inceler ve materyalin kullanılabilirliği, içerikteki eksikleri ya da varsa fazlalıkları ve öğrencinin edinmiş olduğu kazanımları gözlemleyebilir. Bunlara ek olarak öğrenenlerden elde ettiği dönütleri not

alır. Gereken materyaller çoğaltılıp dağıtılır. Teknik aksaklıklardan kaynaklanabilecek problemlere karşı yedek plan hazırlanır.

2.10.2.5. Değerlendirme (Evaluation)

Uygulamaya konulan sürecin bütün yönleriyle bir sonraki uygulama için değerlendirilmesi gerçekleştirilir. Öğretimin etkisi belirlenir. Öğrenenler hedefler doğrultusunda sınanır. Süreç öğretimsel standartlara göre test edilir.



Şekil 4. ADDIE Modeli Kavram Haritası

2.11. Eğitim Programı Değerlendirme

Değerlendirme kelimesi çoğunlukla eğitim alan kişileri belgeleme ve derecelendirme olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda onay belgesi amaçlarına göre

değerlendirme, eğitim alan kişinin katıldığı program veya kurumsal öğrenme amaçlarından hangilerini edindiğini belirlemeye yönelik veri toplama olarak da adlandırılır. Bundan dolayı değerlendirme ders, sınıf, program, genel eğitim ve kurum gibi pek çok boyutta bulunur. Değerlendirme hakkında bazı araştırmacılar; değerlendirmenin öğrencinin öğrenmesini gözlemleyen ve arttıran devam eden bir süreç olduğunu, bazıları öğrencilerin akademik hayatlarının değişik aşamalarında ne bildiklerini ve ne yapabileceklerini belirlemeye yönelik geçerli ve doğru bilgi edinmeyi sağlayacak metotları içerdiğini ifade eder (Praslova, 2010).

Program değerlendirme ise program geliştirme sürecinin son boyutunu oluşturmaktadır. Amaçlanan davranışların gerçekleşme düzeylerini saptama ve uygulama sonucunda programın aksayan yönlerini belirleme ve gerekli düzeltmeleri yapma program değerlendirmenin içeriğini oluşturur (Yaşar, 1998).

Son zamanlarda değerlendirmede öğrenci öğrenmesiyle alakalı olarak eğitim programının kalitesi de önemli ölçüde dikkate alınır olmuştur (Praslova, 2010). Program değerlendirmede çeşitli modellerden faydalanılmaktadır. Organizasyonel düzeyde verilen eğitim programlarının değerlendirilmesinde Kirkpatrick değerlendirme modeli yaygın olarak kullanılmaktadır.

2.11.1. Kirkpatrick Dört Düzey Değerlendirme Modeli

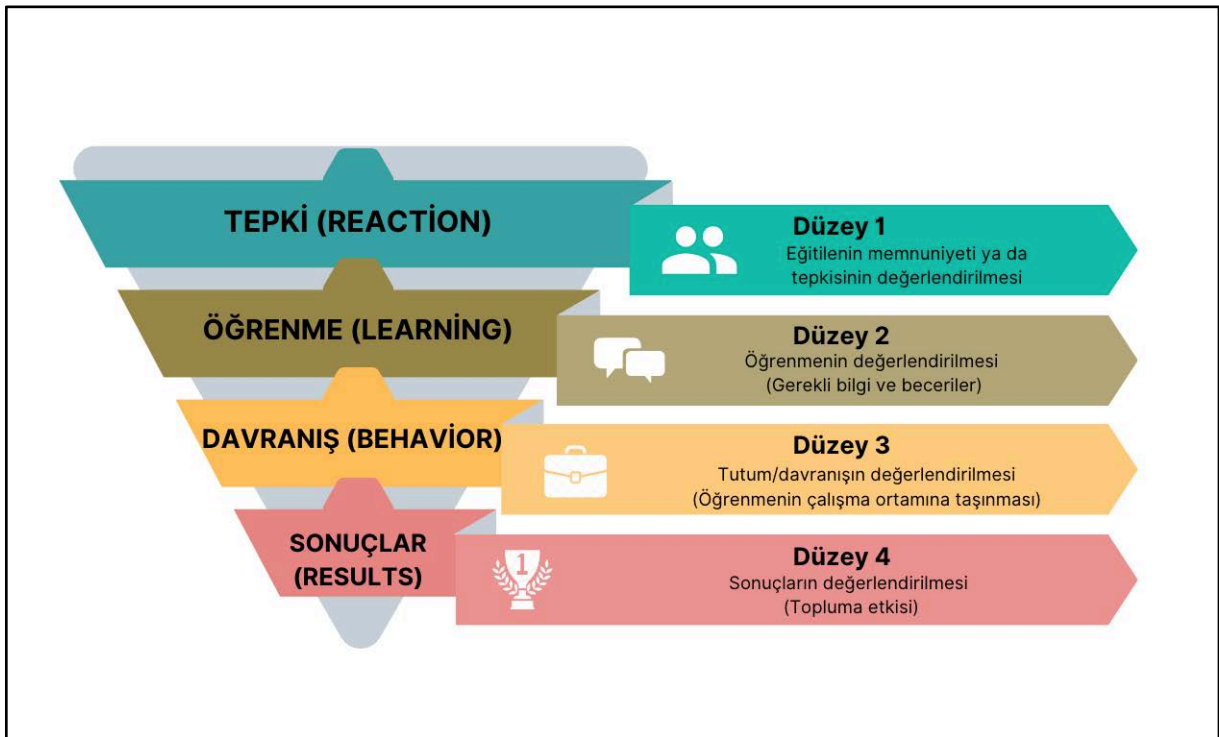
Kirkpatrick, dört düzey değerlendirme modelini 1954 yılında doktora tezi kapsamında geliştirmiştir. Kirkpatrick'ın, dört düzey modelini geliştirirken üzerinde çalıştığı orijinal çalışması yönetsel bir eğitim programını değerlendirme üzerinedir (Kirkpatrick, J. 2007). Kirkpatrick dört düzey modeli, bir değerlendirme mozağının parçaları olarak çeşitli gösterge ve enstrümanların rolünü anlamak için zengin içerik sağlar. Dört düzey modeli ayrıca kurumlara çok daha özel ve ayırt edici olacak eğitim programlarının etkililiğini gözden geçirmeleri için bir geri dönüt sağlar. Bu model organizasyonel değişim ve düzenlemeler için oldukça uygundur (Praslova, 2010).

Uzun süreden beri eğitim programları için önerilen benzer dört adım eğitim programı değerlendirme yaklaşımları olmasına rağmen, Kirkpatrick'ın modeli en çok bilinenidir (Kaufman & Keller, 1994; Praslova, 2010). Dört düzey modeli çok geniş kitlelere ulaşmış ve devam eden bir popüleriteye sahiptir (Alliger & Janak, 1989). Kirkpatrick, bu modelin günümüzde hala popüler olarak kullanılmasının formülünün çok basit olduğunu, bu

durumun modelin pratik ve basit olmasından kaynaklandığını ifade etmektedir (Hayes, 2008). Ayrıca bu model gücünü, değerlendirme konusunda kabataslak bir sınıflama yaparak eğitimin değerlendirilmesini kolaylaştırmasından alır (Alliger & Janak, 1989).

Kirkpatrick değerlendirme modelinde tepki, öğrenme, davranış ve sonuç olmak üzere dört düzey vardır (Rajeev, Madan & Jayarajan, 2009; Kirkpatrick, D. & Kirkpatrick, J. 2007; Kaufman & Keller,1994; Kirkpatrick,D., 1996). Bu dört alan, değerlendirilmesi oldukça önemli olan alanlardır. Fakat 3. ve 4. düzeyin değerlendirilmesi ilk iki basamağa göre zor olabilmektedir. 3. ve 4. düzeyin önemi ve niteliği ile ilgili literatürde oldukça fazla bilgi olmasına rağmen, uygulamada kullanım sıklığı daha azdır (Kaufman & Keller,1994).

Birinci düzey, program hakkındaki “hoşlanmalar” ve “duygular”ı içerir. Davranışlardan ziyade tutumları kapsar. İkinci aşama olan öğrenme aşaması eğitimi alanların anlamaları ve edinmeleri gereken “gerçekler, prensipler ve teknikler”i kapsar. Üçüncü düzey olan davranış, öğrenilenlerin kullanılmasını kapsar. Dördüncü düzey olan sonuç aşaması ise amaçları ve ulaşılmak istenen sonuçları, maliyetin düşürülmesini, devamsızlığın düşürülmesini, şikâyetlerin azaltılmasını, ürünün nitelik ve niceliğindeki artışı, moral artışını kapsar (Alliger & Janak, 1989)



Şekil 5. Kirkpatrick'in Değerlendirme Hiyerarşisi

2.11.2. Kirkpatrick Değerlendirme Modeli Basamakları

Düzey 1: Tepki (Reaction): Bu düzey, katılımcıların program hakkındaki tepkilerinin ölçüldüğü aşamadır (Uşun, 2012). Katılımcıların programı ne kadar beğendikleri, program hakkında ne hissettikleri, duyguları bu düzeyde ölçülür (Eroğlu, 2006). Program içeriği, eğitim etkinlikleri, yöntemleri, öğrenme ortamı, eğiticilerin performansı gibi tüm bileşenlerin değerlendirilmesi önemlidir (Özaydın ve ark., 2012). Tepkiler genellikle tutum ölçekleriyle ve program sonrasında ölçülür (Rajeev ve ark., 2009). Bunun yanında veri toplamak amacıyla likert tipi anketler, odak grup görüşmeleri ve tepki formları da kullanılabilir (Eroğlu, 2006).

Düzey 2: Öğrenme (Learning): Bu aşamada öğrenme hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı tespit edilmeye çalışılır (Rajeev ve ark., 2009). Değerlendirmenin eğitimlerin bitiminden hemen sonra veya kısa bir süre sonra yapılması önerilir (Altıntaş, L. & Alimoğlu, M. K. (2013). Bu düzeyde değerlendirme yapılırken genelde “Hangi bilgiler öğrenilmiştir?”, “Hangi becerilerin gelişmesi sağlanmıştır?” ve “Hangi tutumlar değişmiştir?” sorularına cevap aranır (Eroğlu, 2006). Ölçümler genellikle uygun bir test veya sınavla yapılır (Rajeev ve ark., 2009). Bununla birlikte yazılı testler, performans testleri ve anket gibi araçlar da kullanılmaktadır (Eroğlu, 2006). Eğitim boyunca ne öğrenildiğinin tam olarak tespit edilebilmesi için ön test ve son test yapılması tercih edilir (Rajeev ve ark., 2009).

Düzey 3: Davranış (Behavior): Bu aşamada amaç, eğitimin iş performansını değiştirip değiştirmediğini öğrenmektir. Bu aşama, katılımcıların sınıfta öğrendikleri becerileri işte uygulamalarını içerir. Dolayısıyla katılımcıların becerilerinin sınıf ortamında değil iş ortamında araştırılmasını gerektirir. Sonuçlarının doğruluğu açısından değerlendirmenin eğitim programının hemen sonrasında yapılmaması, davranış değişikliğinin gelişmesi için bir süre beklenmesi önerilir (Altıntaş, L. & Alimoğlu, M. K. 2013). Bu nedenle ölçümlerin yapılabilmesi için eğitim verildikten sonra en az üç hafta geçmesini beklemek gerekir (Eroğlu, 2006). Bu düzey, testler yoluyla veya gözlem ve yargılar yoluyla değerlendirebilir (Rajeev ve ark., 2009). Ayrıca görüşme, soru formları, anket, odak grup çalışması, katılımcılara ödev verilmesi, hareket planları, kontrol listeleri, performans sözleşmeleri ve performans değerlendirme formları da davranış değişikliklerini tespit etmede kullanılabilecek araçlardır (Eroğlu, 2006).

Düzey 4: Sonuçlar (Results): Bu aşama, programın maliyeti ve yararları, maliyeti düşürmenin kuruma etkisi, işteki niteliksel ve niceliksel artış (Rajeev ve ark., 2009), işgücü değişim oranı, iş kazaları oranı, hata oranları, satışlar, müşteri tatminini ve çalışan tatminini yükseltmek gibi konular hakkında değerlendirmenin yapıldığı bir aşamadır (Eroğlu, 2006).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri örnekleminde çocuk ağız ve diş sağlığına yönelik geliştirilen eğitim programını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma zayıf deneysel desen tipinde bir araştırmadır. Araştırmanın gereksinim belirleme çalışması niceliksel olarak tanımlayıcı desenedir.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

H1: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin ağız ve diş sağlığı konusunda geliştirilen eğitim programına gereksinim vardır.

H2: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik ağız ve diş sağlığı konusunda ADDIE modeli kullanılarak bir eğitim programı geliştirilebilir.

H3: Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik ağız ve diş sağlığı konusunda geliştirilen bu eğitim programı etkilidir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir merkezinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İzmir S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B.Ü. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat 2023 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Bu araştırma, İzmir merkez ilinde bulunan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren üç köklü kurumda gerçekleşmiştir. Araştırmanın evreni, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (N=116), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (N=75) ve S.B.Ü. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda (N=120) uzmanlık eğitimi alan toplam 311 öğrenciden oluşmaktadır.

Eğitim gereksinimi analizinde örneklem büyüklüğü hesaplanırken G-Power analizi yapılmış, %95 güven aralığında %5 hata payı ile 311 öğrenci üzerinden 173 uzmanlık öğrencisi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örneklem seçilirken uygun örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme (convenience sampling); araştırma amaçları doğrultusunda elverişlilik açısından uygun ve gönüllü küme, grup ya da bireylerin seçilmesi ve araştırmaya dahil edilmesi olarak açıklanmaktadır (Onwuegbuzie ve Collins, 2007). 57 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisine eğitim programı uygulanmıştır.

3.5. Araştırmada Yer Alan Bireylerin Dahil Edilme Kriterleri

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, S.B.Ü. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden gönüllü olan toplam 199 uzmanlık öğrencisi gereksinim belirleme anketine katılım sağlamıştır, 57 uzmanlık öğrencisi çocuk ağız ve diş sağlığı eğitimi almak üzere araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Etik Kurul Onayı

Çalışmamızı yapabilmek için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul'undan 13.07.2023 tarihli 23-7T/62 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.7. Araştırma İzni ve Verilerin Toplanması

Araştırma için ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmada veriler toplanırken program değerlendirme yaklaşımı olan Kirkpatrick modeline göre 1. ve 2. basamağı karşılamak amacıyla veri toplama araçları (memnuniyet anketi, pre ve post test) araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

3.8. Eğitim Programı Geliştirme Süreci

Çalışmanın başlangıcında hekimlere yönelik ağız ve diş sağlığı konusunda eksikliklerin belirlenmesi ve konudaki bilgi düzeyini arttırabilmek amacıyla bir eğitim müfredatının geliştirilmesine karar verilmiştir. Bu amaçla detaylı eylem planı ve yol haritasının oluşturulması için Hekimlere Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Eğitim Programı

Geliştirme Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. Çalıştayıdaki çalışma gruplarından biri problemi tanımlama, genel ve hedeflenen öğrenen gereksinimlerinin analiz edilmesine ayrılmıştır. Bu hedef doğrultusunda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndan destek alınmıştır.

Katılımcılar

Çalıştaya Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi öğretim üyeleri katılım sağlamıştır.

3.8.1. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Amacı

Eğitim programını geliştirme süreci, hekimlere yönelik çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda yeterlilik temelli bir müfredat geliştirmeyi amaçlamıştır.

3.8.2. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Gündemi

6 / 14 Nisan 2023 tarihlerinde hekimlere yönelik ağız ve diş sağlığı eğitim müfredatının geliştirilmesine yönelik bir çalıştay düzenlenmiştir. Çalıştayı gündemi Tablo 6'da sunulmaktadır.

ANALİZ: 6 NİSAN 2023
Çalıştay hedefleri ve metodolojisine giriş
Sunum: Hekimler için ağız diş sağlığı eğitimi neden gereklidir?
Sunum: Bir eğitim programı nasıl tasarlanır?
Küçük grup çalışması: Problemi tanımlama, genel ve hedeflenen öğrenen gereksinimlerinin analiz edilmesi
Sunum: Hekimler ağız diş sağlığı konusunda neler biliyor?
Küçük grup çalışması: Hekimlerin ağız diş sağlığı konusundaki görevlerinin analizi
TASARIM: 14 NİSAN 2023
Sunum: Öğretim tasarımı aşamaları
Küçük grup çalışması: Öğrenme stratejileri, yöntemi, etkinlik ve program değerlendirilmesinin tasarlanması
Eylem planı

Tablo 6. Çalıştay gündemi

Eğitim programını geliştirme sürecinde kısa sunumların ardından küçük grup etkinlikleri ve bu grupların ürettikleri materyallerin tartışıldığı oturumlar yapılmıştır. Küçük grup çalışmaları, tıp eğitimi konusunda uzman olan Doç. Dr. Nilüfer YILMAZ DEMİRAL'ın moderatörlüğünde üç grup halinde gerçekleştirilmiştir. Küçük gruplara Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi öğretim üyeleri katılım sağlamıştır. Oturumlar Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde gerçekleşmiştir.

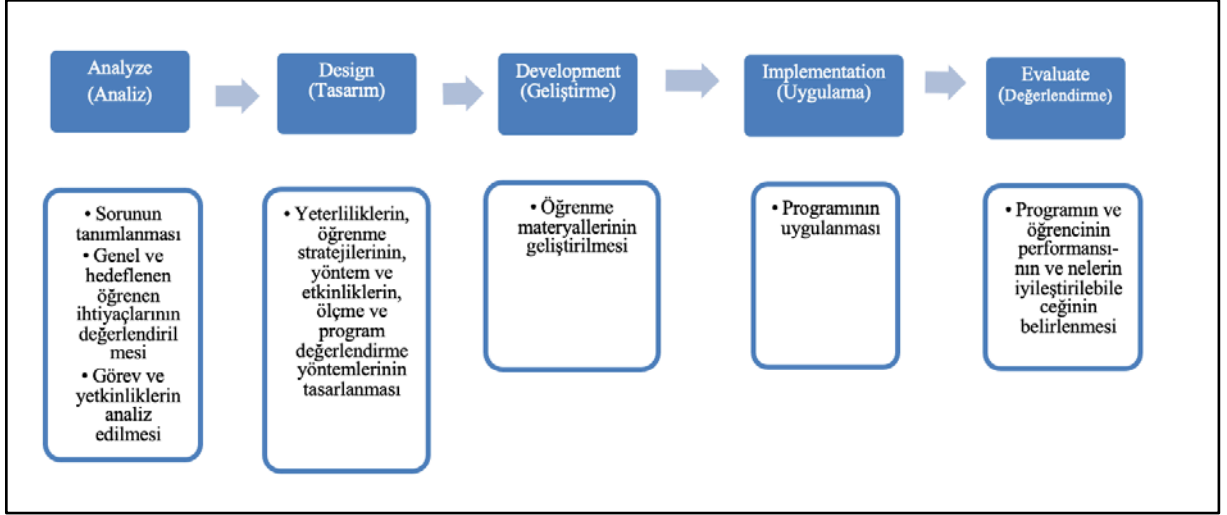
Katılımcıların tamamı (%100) kadındır. Katılımcıların beşi (%46) Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nı temsil etmiştir. Katılımcıların ikisi (%18) Çocuk Diş Hekimliği (Pedodonti) Anabilim Dalı üyesidir. Dört (%36) katılımcı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesidir.



Resim 1. Çalıştay oturumu

3.8.3. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinde Kullanılan Yöntem

Bu araştırmada eğitim programı ADDIE tasarımı ile geliştirilmiştir. Eğitim programını geliştirme aşamaları aşağıda verilmiştir.



Şekil 6. Eğitim programını geliştirme aşamaları

Çalıştay, ADDIE modelinin ilk iki aşamasına odaklanmıştır. Çalıştayın ilk gününde yapılan analiz aşamasında problem tanımlanmıştır, ihtiyaçlar belirlenmiştir ve hekimlerin çocuk ağız ve diş sağlığı konusundaki görevleri gözden geçirilmiştir.

Çalıştayda tasarım temelli bir yaklaşım benimsenmiş ve ADDIE eğitici tasarım metodolojisi, eğitim müfredatı içeriğinin üretimini düzenlemeye ve kolaylaştırmaya yardımcı olmak için kullanılmıştır. ADDIE'nin beş aşaması analiz, tasarım, geliştirme, uygulama ve değerlendirmedir.

3.8.3.1. Analiz Aşaması

İlk aşamada katılımcılar, ağız ve diş sağlığı eğitimi konusunda sorunlarını tanımlarken genel ve hedeflenen öğrenen ihtiyaçlarını değerlendirmişlerdir. İlk aşama, hekimlerin görevlerinin ve temel yeterliliklerinin bir analizini kapsamaktadır.

Hekimlere yönelik çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim müfredatı, çalıştayın ilk günü küçük grup çalışması sırasında bir SWOT analizine (Problemin Tanımlanması) tabi tutulmuştur. Böylece İzmir pilot bölgesinde çocuk ağız ve diş sağlığı alanında sağlık sistemi ve kurumsal sorunlar tespit edilmiştir. Daha sonra, hekimlerin çocuk ağız ve diş sağlığı konusundaki eğitimde neye ihtiyaç duydukları gözden geçirilmiştir.

Hekimlerin çocuk ağız ve diş sağlığı konusundaki görevleri acil servis, birinci basamak sağlık kuruluşu, poliklinik ve yataklı servisi bulunan hastaneler diğer özel muayenehane gibi kurumlar için ayrılarak ikinci küçük grup çalışmasında analiz edilmiştir.

3.8.3.1.1. Gereksinim Belirleme Anket Formunun Oluşturulması ve Uygulanması

Anket, ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim ihtiyacını belirlemek amacıyla çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine internet tabanlı çevrimiçi anket (Google Forms) yöntemiyle uygulanmıştır. Anketin önsözünde verilerin gizli tutulacağı konusunda açıklama yapılmış ve anketin gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir.

Anket sorularının hazırlanmasında,

- AAP Policy Statement: Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home,
- AAP, Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians,
- AAP, Bright Futures: Guidelines For Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,
- AAP Policy Statement: Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children,
- AAP Management of Dental Trauma in a Primary Care Setting,
- AAPD Policy on the Dental Home,
- AAPD Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents,
- AAPD Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children, and Adolescents,
- AAPD Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents,
- AAPD Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care,
- AAPD Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies,
- AAPD Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents,
- AAPD Endorsement: Dental Growth and Development,
- AAPD Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: Avulsion of Permanent Teeth,

- AAPD Guideline on Dental Management of Pediatric Patients Receiving
- Chemotherapy, Hematopoietic Cell Transplantation, and/or Radiation Therapy rehberlerinden ve meta analiz çalışmalarından yararlanılmıştır.

Ankette demografik bilgiler, ağız ve diş gelişimi, koruyucu hekimlik, travmatik diş yaralanmaları, sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ilişkisi, yaklaşım ve davranışlarının incelendiği toplam 50 soru yer almıştır.

Anketteki sorular, kapalı uçlu olarak çoktan seçmeli, birden çok seçmeli ve 3-puanlı Likert ölçeği (Doğru/Yanlış/Bilmiyorum) tarzında oluşturulmuştur.

3.8.3.2. Tasarım Aşaması

Yeterlilikler, öğrenme stratejileri, yöntemler ve etkinlikler, uzmanlık öğrencilerini değerlendirme ve program değerlendirme yöntemleri ikinci aşamada tartışılmıştır ve tasarlanmıştır. Öğrenme materyallerinin geliştirilmesi, programın uygulanması ve değerlendirilmesi için bir yol haritası yapılmıştır.

- Çalıştayda hekimlere yönelik ağız ve diş sağlığı eğitim müfredatının hedef ve yöntemleri, bundan sonraki adımlar ve çalışma planı yazılmıştır.

14 Nisan 2023 günü yetkinlik, yeterlilikler, içerik, ortam, öğrenme stratejileri ve yöntemleri, hedeflenen öğrencilerin değerlendirilmesi ve program değerlendirilmesi ikinci aşamada tartışılmış ve taslak haline getirilmiştir. Her bir yeterliliğe göre hazırlanan müfredat ve plan detaylandırılmıştır.

3.8.3.2.1. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinin Çıktıları

- Hekimlere yönelik çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda alınması gereken eğitimdeki gereksinimlerine ilişkin bir analiz raporu hazırlanmıştır.
- Hekimlere yönelik çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim müfredatı için taslak bir eğitim planı (öğrenme stratejileri, yöntemler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi alan öğrencilerin değerlendirmesi ve program değerlendirmesi) hazırlanmıştır.
- Pilot uygulama için bir plan hazırlanmıştır.

3.8.3.3. Geliştirme Aşaması

18 Mayıs 2023 tarihinde düzenlenen online toplantıda katılımcılara eğitim verecekleri konu dağılımları yapılmıştır. 18 Mayıs- 6 Haziran 2023 tarihleri arasında eğitim materyali geliştirmiştir. 6 Haziran 2023 tarihinde düzenlenen oturumda eğitim programının provası yüz yüze yapılmıştır. 15 Haziran 2023 tarihinde bir online oturum daha düzenlenmiş bu oturumda ise program akışı belirlenmiştir. Konu akışı Oral Anatomi, Çürük Nedir?, Ağız ve Diş Sağlığında İzlem: İlk Diş Hekimi Ziyareti, Ağız ve Diş Sağlığı Koruyucu Uygulamaları, Sistemik Hastalıklarda Ağız ve Diş Sağlığına Yaklaşım ve Ağız ve Diş Sağlığında Acil Yaklaşımlar olarak sıralanmıştır ve program akışı aşağıdaki tabloda verilmiştir. İçerik geçerliliği için uzman görüşü alınmıştır.

Saat	Konu	Konuşmacı
08.30- 09:00	Açılış, Tanışma, Pre Test	
09:00- 09:30	Oral Anatomi	Prof. Dr. Nazan ERSİN Dt. Gökçe KURNAZ
09:30-10:00	Çürük Nedir?	Prof. Dr. Nazan ERSİN Dt. Gökçe KURNAZ Öğr. Üyesi Dyt. Selda Seçkiner
10.00- 10:30	Ağız ve Diş Sağlığında İzlem: İlk Diş Hekimi Ziyareti	Doç. Dr. Feyza Umay Koç Dr. Öğr. Üyesi Uzm. Dr. Merve Tosyalı
10:30-10:40	Kahve Molası	
10:40-11:20	Ağız ve Diş Sağlığı Koruyucu Uygulamaları	Prof. Dr. Nazan ERSİN Dt. Gökçe KURNAZ Öğr. Üyesi Dyt. Selda Seçkiner
11:20-12:00	Sistemik Hastalıklarda Ağız ve Diş Sağlığına Yaklaşım	Prof. Dr. Seçil Çamlar Doç. Dr. Dilek Orbatu Uzm. Dr. Zeynep İzem Peker Bulğan Prof. Dr. Nazan ERSİN Dt. Gökçe KURNAZ Öğr. Üyesi Dyt. Selda Seçkiner
12:00- 12:20	Ağız ve Diş Sağlığında Acil Yaklaşımlar	Prof. Dr. Nazan ERSİN Dt. Gökçe KURNAZ
12.20- 12:50	Post Test, Geribildirim, Kapanış	

Tablo 7. Program akışı

3.8.3.4. Uygulama Aşaması

3.8.3.4.1. Çalışma Protokolü

Çalışma için her kıdemi kapsayan uzmanlık eğitimi alan asistanların listesi ve bulundukları birimlerin çizelgesi eğitim verilen kurumların anabilim dalı sekreterliklerinden temin edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm asistanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Tüm onaylar alındıktan sonra Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve çalışmaya katılan eğitim araştırma hastanelerinin başhekimlikleri tarafından uzmanlık öğrencilerine çalışmanın yapılacağı duyurulmuştur. Uzmanlık öğrencileri gönüllülük esasına dayanarak araştırmaya davet edilmiştir.

Çalışmada, eğitimden önce uygulanan pre-test, geliştirilen eğitim programının katılımcılara uygulanması, küçük grup çalışmaları, eğitimden hemen sonra uygulanan post-test ile geri bildirim formlarının dağıtılması ve toplanması Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve çalışmaya katılan eğitim araştırma hastanelerinin başhekimlikleri tarafından belirlenen zaman aralığında ve mekanda gerçekleştirilmiştir.



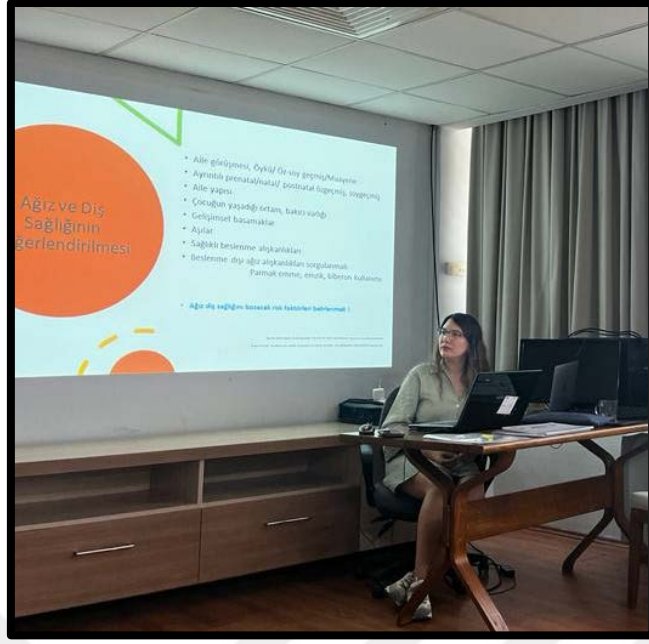
Resim 2. Kurumlarda Program Eğitimi



Resim 3. Eğitim sonrası katılımcılara katılım belgelerinin verilmesi

3.8.3.4.2. Geliştirilen Eğitim Programının Uygulanması

Eğitim programı geliştirme sürecinde belirlenen içeriklerle ilgili görsel ve işitsel öğeleri içeren eğitim hazırlanmıştır. Microsoft 365 PowerPoint programı kullanılarak hazırlanan eğitim sunumu İzmir SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 19 Haziran 2023 tarihinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesinde 22 Haziran 2023 tarihinde, İzmir SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 11 Temmuz 2023 tarihlerinde seminer salonlarında yapılmıştır. Eğitim sunumuna toplam 57 uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların isimleri kaydedilmiştir.



Resim 4. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf



Resim 5. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf (2)



Resim 6. Eğitim sırasında alınan bir fotoğraf (3)

Sunumda; oral anatomide yer alan yapılar ile bazı hastalık ve semptomların görülmesi nedeniyle muayenedeki önemi açıklanmıştır. Diş anatomik yapısı görseller ile anlatılmıştır. Süt ve daimi dentisyonda bulunan dişlerin sayısı, sürme zamanları, diş sürmesi sırasında ortaya çıkabilecek durumlar, komplikasyonlar ve çözüm yolları, natal ve neonatal dişlerin tanımı, bu dişlerden doğabilecek sorunlar ve tedavisi, ilk süren daimi dişin sürme zamanı, fonksiyonları ve öneminden bahsedilmiştir. Diş patolojilerinden; sayı, boyut, şekil ve doku anomalileri görsel örnekler verilerek anlatılmıştır. Florozis, tetrasiklin renklenmeleri, molar-insizör hipomineralizasyonu, dış kaynaklı diş renklenmeleri, travma sonrası görülebilen dişte renk değişiklikleri, mekanik aşınma türlerinden atrizyon ve abrazyon, kimyasal aşınma türlerinden erozyon yine görsel vakalar üzerinden anlatılmıştır.

Süt dişlerinin önemi ve fonksiyonlarından, büyüme gelişime etkisinden, konuşma gelişimine katkısından, daimi dişler için yer tutucu görevi görmesinden, süt dişlerinde oluşan enfeksiyonların genel sağlık ve daimi dişler üzerindeki zararlı etkisinden ve sağlıklı dişlerin estetik fonksiyonuyla çocukların sosyal ve psikolojik gelişimine etkisinden bahsedilmiştir.

Maloklüzyon tanımı yapılmış karşılaşılabilecek vakalara görsel örnekler verilmiştir. Kötü alışkanlıkların türleri alışkanlıkların devam etmesi halinde oluşabilecek dental ve iskeletsel problemlerden bahsedilmiştir. Dudak ve damak yarıklarının türleri, çene ve yüz gelişimine etkileri ve tedavi yöntemlerinden bahsedilmiştir.

Diş çürüğünü oluşturan bileşenler belirtilmiştir ve çürüğün bulaşıcı ve enfeksiyöz karakteri açıklanmıştır. Yeni sürmüş olan dişlerin çürüğe karşı daha hassas olduğu anlatılmıştır. Diş çürüğünün oluşumu animasyonlu video gösterimiyle katılımcılara gösterilmiştir. Diş çürüğünün klinik özellikleri ve komplikasyonları anlatılmıştır. Erken çocukluk çağı çürüğü tanımlanarak etiyolojisi, bulaş yolları ve sebep olduğu problemler anlatılmıştır. Küçük yaş grubunda yüksek çürük oranlarının görülmesinin nedenleri ve koruyucu yaklaşımlardan bahsedilmiştir. Başlangıç çürüklerinden ilerlemiş lezyonlara kadar çürüğün klinik görüntüleri vaka örnek fotoğraflarıyla gösterilmiştir. Erken çocukluk çağı çürüklerinden korunma yolları, bebeğin gece beslenme alışkanlıklarından vazgeçilmesi, biberondaki süte şeker ihtiva eden içeriklerin koyulmaması, annenin bilinçlendirilmesi, bebeğin ağız temizliğinin her beslenmeden sonra yapılması, bebeği ağızdan öpmek, emziği anne veya bakıcının kendi ağzında temizlemesi, aynı kaşığı kullanmak gibi tükürük bulaştırıcı eylemlerden kaçınılması gerektiği anlatılmıştır.

Süt dişi tedavileri ihmal edilirse oluşabilecek sorunlar, dental abseler, diş kaybı ve sonucunda ortaya çıkabilecek problemler, akılcı antibiyotik kullanımı, çürük dişe dental tedavi yaklaşımları anlatılmıştır. Çürük oluşumuna sebep olan beslenme alışkanlıkları ile çürük yapıcı besinler hakkında bilgi verilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolü (2019/12)'nde yer alan diş sağlığı izlemleri hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi, aile görüşmesi, öykü/ öz-soy geçmiş/muayene, ayrıntılı prenatal/natal/ postnatal özgeçmiş, soy geçmişi, aile yapısı, çocuğun yaşadığı ortam, bakıcı varlığı, gelişimsel basamaklar, aşı takvimi gibi ağız ve diş sağlığı için de kontrol takvimlerinin oluşturulması gerekliliğinden, bebek ve çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları, beslenme dışı ağız alışkanlıkları sorgulanması, parmak emme, emzik, biberon kullanımı gibi kötü alışkanlıklarının sorgulanması, ağız diş sağlığını bozacak risk faktörleri belirlenmesi konusunda bilgi verilmiştir. İlk diş hekimi ziyareti, bebeklerde ve çocuklarda çürük riskini arttıran durumlar ve erken çocukluk çağı çürüğünün oluşturduğu sorunlar anlatılmıştır.

Bebekler, çocuklar ve ergenler için çürük riski değerlendirmesi ve yönetimi rehberinden (AAPD 2022) 0-5 yaş ve 6 ve üstü yaş çocuklar için çürük riski değerlendirme tabloları hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Ağız ve diş muayenesinin önemi, başlangıç çürüklerinin klinik görünümü ve tespiti, 3-4-6 ay izlemlerinde çocukta görülen fizyolojik

değişiklikler, dikkat edilmesi gereken konular ve oral hijyen önerileri anlatılmıştır. 6-9-12 ay izlemlerinde ilk diş hekimi ziyareti, dişlerin sürme döneminde beklenen lokal ve sistemik durumlar, oral hijyen önerileri, ilk dişlerin sürmesi ile birlikte uygun miktarda florürlü diş macunu kullanımının önemi, 6. ayla beraber bebeklerin bardak ve kaşık kullanımına geçmesi gerektiği, 1 yaşından önce parmak emme, biberon ve yalancı emzik kullanımının bırakılması gerektiği anlatılmıştır. Bebeklik döneminde kullanılan demir preparatlarının özellikle asidite oranı yüksek içeceklerle verilmesi durumunda diş renklenmelerini arttırdığı bilgisi paylaşılmıştır. Dişlerin erken veya geç sürmesi durumlarının takip edilmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir.

Çocuklarda ilk diş hekimi deneyiminin olumlu geçmesi için problemler başlamadan önlem alınması gerektiği bu nedenle ilk dişin sürmesi ile beraber ilk diş hekimi randevusunun alınması gerektiği anlatılmıştır. Çocuk diş hekimlerinin asıl görevinin çürük oluşmadan çocukları diş çürüğünden korumak olduğu ve diş hekimi kaygısı oluşmadan çocuğa klinik ortamı tanıtmak olduğu anlatılmıştır. 13-36 ay izlemlerinde çocukların diş fırçalama eylemini ebeveynle birlikte yapması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Yine bu dönemde de gece beslenmesinin çürüğün başlıca nedenleri arasında yer aldığı, yaşa uygun miktar ve içerikte florürlü diş macunu kullanımının öneminden bahsedilmiştir.

4-6 yaş izlemlerinde kapsamlı bir diş hekimi muayenesinin gerekliliği, ilk süren daimi dişin bu döneme denk gelmesi, süt dişleriyle karıştırılmaması, koruyucu uygulamalar için diş hekimine yönlendirilmesinin sağlanması, florürlü diş macunu ile dişlerin fırçalanması gerektiği (8- 10 yaşına kadar anne-baba kontrolünde), emzik, parmak emme gibi kötü alışkanlıkların giderilmesi, bu dönemde çocukların daha sık dental travmalara maruz kalması hakkında bilgi verilmiştir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin bu dönemlerde ailelere danışmalık yapması, diş sağlığının önemi, diş çürüklerinin önlenmesi için çocuğa sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, ağız ve diş temizliği, anne ya da bakıcının ağız sağlığı, çocuk diş hekimi/ diş hekimi muayene zamanlaması hakkında bilgilendirme yapmasının önemi anlatılmıştır. Ayrıca diş hekimi kaygısını gidermede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının rolünden bahsedilmiştir. Ağız ve diş sağlığı önemi hakkında ailelere ayrıntılı bilgi vermek, video, broşür, çizgi film vb. görseller paylaşmak, ailelerin bu konuda kötü yaşam deneyimlerinin çocuğu ile paylaşmamasını önermek gibi tavsiyelerde bulunulabileceğinden bahsedilmiştir. İlk çocuk diş hekimi ziyaretinde çocuk diş hekiminin

çocuğun tüm dişlerine bakarak var olan sorunları ve tedavi alternatiflerini ailesiyle paylaştığı, beslenme ve koruyucu uygulamalar hakkında ebeveynleri bilgilendirdiği, çocuğa ortamı ve kullanılan aletleri tanıttığı, pedodontistlerin bu yaklaşımla çocukta diş hekimi fobisini kırmaya çalıştığı katılımcılarla paylaşılmıştır.

Çocukların bebeklik döneminden itibaren düzenli olarak çocuk diş hekimini ziyaret etmelerini, çene ve diş gelişimlerinin takibini, oluşabilecek erken çocukluk dönem çürüklerinin teşhisini, oral hijyen eğitimleri vermeyi, koruyucu-önleyici tedavi ve uygulamalarının yapılmasını hedefleyen fakültemiz bünyesinde bulunan sağlıklı dişler çocuk kliniği hakkında bilgi verilmiş, kliniğimizde, çocuklarımıza ağız hijyeni ve fırçalama eğitimleri verilerek doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılıp, uzun dönemde sağlıklı diş ve dişetlerine sahip olmalarının amaçlandığı anlatılmıştır.

Sunumumuzda ağız ve diş sağlığı koruyucu uygulamalarına da geniş yer verilmiştir. Çocuklarda uygun diş fırçası seçimi, diş macunu, diş ipi ve dil temizleyicisi kullanımı görsel öğelerle desteklenerek anlatılmıştır. Diş fırçalama tekniğine animasyonlu video gösterimiyle yer verilmiştir. Diş macunlarının içeriği ve yüzdeleri, çocuklarda yaş gruplarına göre diş macunlarındaki florür konsantrasyonları ve günlük kullanım miktarları, florürsüz diş macunları-organik diş macunları hakkında aydınlatıcı bilgiler, florürün diş üzerindeki etkileri, yerel flor uygulamalarının ne olduğu, amacı, endikasyonları ve etkileri, kazein fosfopeptit amorf kalsiyum fosfat (CPP-ACP) ajanının diş üzerindeki etkileri, fissür örtücü uygulamaları gibi koruyucu uygulamaların amaçları anlatılmıştır. Diş dostu olarak kabul edebileceğimiz anti-karyojenik gıda maddeleri ve diyet önerilerinden bahsedilmiştir.

Eğitim sunumunun seçilen sistemik hastalıklarda ağız ve diş sağlığına yaklaşım kısmında astım ve alerjisi olan çocuk hastalarda görülen tükürük akışının azalması ve yavaşlaması, kronik ağız solunumunun çene yüz gelişimi üzerine olumsuz etkileri, gingivitis ve çürük görülme oranında artmalar, mukozal değişiklikler, diş ve çene yapısında bozukluklar, kubbe damak; inhaler ilaçların kullanımına bağlı ağız kuruluğu, kötü oral hijyen sonucu artan çürük oranları, oral kandidiazis, inhale kortikosteroidlerin tükürük Ig A'sında düşüklüğe sebep olması, oral kortikosteroidlerin tükürükte glikoz oranını artırabilmesi, diş yapısında erozyon, salbutamol gibi ajanların tükürük akış hızını düşürüp gastroözefagal reflüye neden olduğu anlatılmıştır. Astım hastası çocuklarda ebeveynlerin tedavide kullanılan ilaçlarının diş çürüğü riski konusunda bilgilendirilmeleri, ağız kuruluğunu önlemek için sık sık su tüketiminin önerilmesi, tükürük miktar ve akış hızını uyarmak amacıyla yaşı uygun olan çocuklara şekersiz

veya ksilitollü sakız çiğnenmesinin önerilmesi, inhale kortikosteroid kullanan hastalarda kandida sıklığını azaltmak için maskeli inhalatörler kullanmak, her ilaç kullanımından sonra ağız çalkalamak gibi önerilerde bulunulmuştur.

Tip 1 diyabet hastalığının ağız içi bulgu ve belirtileri anlatılmıştır. Enfeksiyona yatkınlık, periferik nöropati, vasküler ve immünolojik yetersizlik sonucunda gelişen oral komplikasyonlar açıklanmış temel komplikasyonları arasında dişeti hastalığının da yer aldığı ve kontrol altına alınmış hastalarda bile bu bulgunun görüldüğü anlatılmıştır. Hastalarda görülen diğer önemli bulgu olan ağız kuruluğunun çürük riskini arttırdığı ancak tanı konulmuş hastaların diyetlerinin düzenlenmesi ve şekerli besinlerin kısıtlanması sayesinde bu riskin azaldığı açıklanmıştır. Hastalarda tipik nefeste aseton kokusundan, tekrarlayıcı periodontal abselerden, oral kandidiyazis riskinden bahsedilmiş ve her muayenede ağız sağlığı, diş ve oral kavitenin değerlendirilmesi gerektiği, diyabetin ağızda neden olduğu komplikasyonlar açısından uyanık olunması ve saptandığında çocuk diş hekimine yönlendirilmesi gerektiği anlatılmıştır.

Çocukluk çağı kanserine sahip hastalarda uygulanan terapilere bağlı ağızda ortaya çıkan komplikasyonlardan ve yönetiminden, bunların önlenmesine yönelik uygulamalardan, ağız diş sağlığının bu hasta grubunda özellikle önemli olduğundan, genel sağlığa etkisinden, diş tedavi uygulamaları için uygun şartlardan bahsedilmiştir. Çocuklarda; kanserin oral belirtilerinin yanı sıra kanser tedavisi sırasında kullanılan kemoterapi (KT) ve/veya radyoterapi (RT)'nin kalıcı diş gelişimi üzerine geç yan etkileri ve dental anomalilere sebep olabilmesi, kanser tedavisi almadan önce tedavi edilmemiş diş çürüklerinin meydana getirebileceği sorunlar, çene ve yüzde gelişim eksikliği ve vertikal yüz uzunluğunda azalmalar gibi problemlere yol açabileceği anlatılmıştır. Kanser tedavisine bağlı erken oral komplikasyonlar: mukozit, oral kandidiyazis, ağız kuruluğu (kserostomi), tat bozukluğu (disguzi); geç komplikasyonlar: radyasyon çürükleri, trismus, osteoradyonekroz, orofasyal/ dental komplikasyonlar anlatılmıştır. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda trismus gelişebileceği göz önünde bulundurularak radyoterapi öncesinde çiğneme kasları için germe egzersizleri şeklinde fizik tedavi başlatılmasının önemi, oral hijyenin sağlanabilmesi için diş ipi ve yumuşak fırça kullanımı sonrasında ağzın nemlendirilmesi için ilaçsız ağız gargarası kullanımı ve tarifi verilmiştir, dudak bakımında çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede lanolin bazlı kremler ve merhemler önerilmiştir. İdeal olarak tüm diş tedavilerinin kanser tedavisinden önce tamamlanması, dental cerrahi prosedürlerin 2 hafta önce

(en az 10 gün) yapılması ve osteoradyonekroz riski nedeniyle radyoterapi planlanan hastalarda dental cerrahi işlemlerin terapi öncesinde tamamlanmasının öneminden bahsedilmiştir.

Transplantasyon hastası çocuklarda immünsüpresif tedavi nedeniyle bağışıklığın düşmesi, immünsüpresif tedavilerin yan etkileri, antikoagülan kullanımına bağlı gelişebilecek problemlerden bahsedilmiştir. Potansiyel alıcıların nakil öncesi dental tedavilerinin tamamlanması önerilmiştir. Kronik böbrek hastalığı olan çocuklarda, nakil öncesi dönemde diyaliz hastalarında stres, yorgunluk ve depresyona bağlı olarak ve/veya kadavradan nakil planlanması durumunda uzun bekleme süresi nedeni ile dental muayenelerini erteleyebilme problemlerinden bahsedilmiştir. Hemodiyalize giren hastalarda HIV, HBV, HCV ve mycobacterium tuberculosis enfeksiyonu riski olduğu, gingivitis ve periodontitis görülme sıklığının arttığı, bu hastalarda non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, opioid analjezikler ve kullanılan antibiyotiklerde mutlaka renal dozun ayarlanması gerektiği anlatılmıştır. İmmünsüpresif tedavilerin diş sağlığına etkisinden bahsedilmiş kalsinörin inhibitörlerinden siklosporin A (CSA)'nin gingival hiperplaziye neden olduğu bu durumda alternatif ilaç takrolimus (TAC) kullanımı, (mTOR) inhibitörlerinden sirolimus, stomatitlere; sirolimus (SRO) ve TAC'ın ağız içerisinde ülserasyona neden olduğu bilgisi paylaşılmıştır. Nakil sonrasında diş ve dişeti bakımının önemi, ağız ve diş bakımı, diş ipi ve yumuşak fırça kullanımı sonrasında ilaçsız ağız gargarası kullanımı ve nakil öncesi tüm diş tedavileri tamamlanmış olmasının gerektiği anlatılmıştır.

Hemofili hastalığına sahip çocuk hastalarda ağız bulguları, tedavi öncesi faktör replasmanları, ağız mukozasında görülebilen peteşi, ekimozlar, spontan diş eti kanamaları, diş yüzeyinde kahverengi lekeler vaka resimleri örnekleri ile anlatılmıştır. Hemofilide ağız içi kanama nedenleri, hemofili hastalarında diş hekimliği açısından minör ve majör cerrahilerin neler olduğu, uygulama öncesi ve sonrası öneriler, diş çekimi sonrası öneriler anlatılmıştır.

Kardiyovasküler sistem hastalıklarında diş sorunlar, mavi mukoza, siyanoz, sürekli dişlerin sürmesinde gecikmeler, süt dişlerinde hipoplaziler, fallot tetralojisinde ağız bulguları, konjenital kalp hastalığında dental tedavi önerileri, konjenital kalp hastalığı bulunan çocuklarda gelişebilecek en ciddi komplikasyonun enfektif endokardit olduğu, riskli hasta grubunda daha az invaziv işlem ve bakteriyemiye karşı antibiyotik profilaksisi gerekliliği anlatılmıştır. Ağız içi işlemler öncesinde uygulanacak profilaksi protokolü, antibiyotik profilaksisi verilmesi önerilen hastalar açıklanmıştır. Kronik ilaç kullanımlarının diş çürüğü riskini arttırdığı

belirtilmiştir. Ağız mukozasında stomatit, glossit ile siyanotik dişeti görünümü bulguları anlatılmıştır.

Gastrointestinal sistem hastalıklarında ve gastroösefageal reflü hastalarında diş sorunları, reflüsü olan çocuklarda diş bulguları: mide içeriğinin devamlı ağza gelmesi sonucunda ağız pH'sının düşmesinin sonucu diş erozyonu, diş hassasiyeti, diş çürükleri, periodontal sorunlar, ağız kokusu belirtileri anlatılmış bu hastalara vaka resimleri örnekleri ile anlatılmıştır. Bu hasta grubu için diyet önerilerinde bulunulmuş, ağız hijyeni tavsiyelerinde önemli bir nokta olan asidik mide içeriğinin ağza gelmesi durumlarından hemen sonra dişlerin fırçalanmaması gerektiği, florürlü diş macunu kullanımının önemi içeren koruyucu tedbirlerin alınması üzerinde durulmuştur.

Çölyak hastalığı bulunan çocuklarda ağız ve diş bulguları glossit, tekrarlayan aftöz ülserler, diş sürmesinde gecikme, daimi dişlerde mine hipoplazileri olabileceği, hastalığın diğer ağız bulguları arasında yer alan anguler cheilitis, minede mineralizasyon bozukluğu anlatılmış ve diş mineralizasyon bozukluğunun artmış çürük riski ile ilişkisi açıklanmıştır.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip çocukların diş travmasına yatkınlığı, ağız hijyeni uygulamalarına uyumsuzluğu nedeniyle diş çürüklerine ve dişeti problemlerine yatkınlığı, öğün aralarında sık atıştırma tüketme eğilimleri ve sağlıksız diyet seçimleri, brüksizm (diş gıcırdatma) sonucu dişlerin aşınması, çene ağrısı ve diğer diş problemlerinin oluşma riski anlatılmıştır.

Sunumda bahsedilen tüm bu sistemik hastalıklara sahip çocukların yüksek çürük riski sınıfında olmasının nedenleri; diyete bağlı faktörler, ağız kuruluğu, ağız hijyenini sağlamadaki zorluklar, kusma sonucu ağız pH'nın düşmesi, ilaca bağlı dişeti hiperplazisi ve dişlerde çapraşıklık sonucu oral hijyenin yeterince sağlanamaması, pediatrik şurupların yüksek şeker içeriği, yapışkan kıvamı ve bazı ilaçların olası tükürük akışını azaltma etkileri olarak sayılabilir.

Özel durumu olan çocuk hastalar için; periyodik kontrollerin hastanın genel durumunda engel yoksa 2 ya da 3 aylık sürelerde yapılması, profilaktik bir işlem olan pit ve fissürlerin fissür örtücüler ile örtülmesi, diş çürüklerinin ve hastalıklarının uzun dönemde önlenmesi amacıyla bireyin diyet özelliklerinin gözden geçirilerek tekrar düzenlenmesi, hastaya non-karyojenik bir diyet önerilirken kullanılan ilaçların yan etkileri (çürük riski, ağız

kuruluğu, dişeti büyümeleri) konusunda ebeveynler uyarılması, florür içeren diş macunların çürük önleyici etkisinden yararlanmak, dil temizliğinin ihmal edilmemesi, çürük önleyici ve tedavi edici özelliği olan restoratif materyallerin atravmatik restoratif tedavi ile özel sağlık ihtiyaı olan bireylere uygulanabilmesi, hastalarda uyumun sağlanamadığı durumlarda tedavi işlemlerinin sedasyon veya genel anestezi altında uygulanması gibi koruyucu önlemler ve uygulamalar önerilmiştir.

Travmatik diş yaralanmaları hakkında öncelikle genel bilgiler verilerek travmatik diş yaralanmaların nereden, nasıl ve ne zaman olduğu bilgisinin, hasta hikayesinin çok önemli olduğu, dişlerin canlılığını yitirme ihtimalinden dolayı mutlaka diş hekimi muayenesinin mutlaka yapılması gerektiğinden bahsedilmiştir. Diş travma tiplerinden süt ve daimi diş avlsiyonundan bahsedilmiş ve acil durum müdahalesi hakkında bilgi verilmiştir. Vaka resimleri üzerinde kısaca gösterildikten sonra doğru erken müdahalenin prognozu büyük oranda etkilediği daimi diş avülsiyonunda uygun taşıma solüsyonları anlatılmıştır. Travmatik diş yaralanması durumunda hastalar ve uzmanlara acil yaklaşımlar hakkında kolay ve anlaşılır bir rehber olarak hazırlanan IADT ToothSOS Mobile App hakkında katılımcılara bilgi verilmiş ve nasıl kullanacakları örnek bir video gösterimi ile anlatılmıştır.

4 saat süren eğitim programının sonunda katılımcıların sorularına yer verilmiş ve küçük grup olgu çalışmaları yapılmıştır.

3.8.3.4.3. Küçük Grup Olgu alışmaları

Eğitimde her konu için teorik eğitim verildikten sonra küçük gruplarla olgular üzerinden çalışma yapılmıştır.

Olgu çalışmalarının içeriği, oral anatomi bilgisi, diş çürüğü, ağız ve diş sağlığında izlem, ağız ve diş sağlığı koruyucu uygulamaları, sistemik hastalıklarda ağız ve diş sağlığına yaklaşım ve ağız ve diş sağlığında acil yaklaşımlar ana başlıkları altında 6 bölümden oluşmuştur. Her bölüm için klinikte sık karşılaşılan 5 olgu vaka senaryosu katılımcılara yöneltilmiştir. Katılımcılar verilen olguları değerlendirmiş sonrasında olgu senaryoları üzerinden karşılıklı bilgi alışverişi yapılmıştır.



Resim 7. Olgu çalışmaları sırasında alınan bir fotoğraf



Resim 8. Olgu çalışmaları sırasında alınan bir fotoğraf (2)

3.8.3.5. Değerlendirme Aşaması

Araştırmamızda program değerlendirme modeli olarak Kirkpatrick değerlendirme modelinin 1. ve 2. düzeyi kullanılmıştır. Program değerlendirme aşamasında Kirkpatrick

yaklaşımına göre 1. ve 2. basamağı karşılamak amacıyla veri toplama araçları araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Kirkpatrick değerlendirme modelinde tepki, öğrenme, davranış ve sonuç olmak üzere dört düzey vardır (Rajeev, Madan & Jayarajan, 2009; Kirkpatrick, D. & Kirkpatrick, J. 2007; Kaufman & Keller,1994; Kirkpatrick,D., 1996).

Birinci düzey, program hakkındaki “hoşlanmalar” ve “duygular”ı içerir. Davranışlardan ziyade tutumları kapsar. (Alliger & Janak, 1989) Bu aşamada katılımcı bakışını değerlendirmek amacıyla katılımcılara geri bildirim formları uygulanmış, eğitim programını değerlendirmeleri istenmiştir. Uygulanan geri bildirim formu; demografik veriler, eğitim programının içeriği ve uygulanması hakkında görüşler, eğiticiler hakkında görüşler, eğitim programının mesleğe katkısı hakkında görüşler, eğitim programının genel değerlendirilmesi ana başlıkları altında 5 puanlı Likert ölçeği (1:Hiç Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Tamamen Katılıyorum) tarzında oluşturulmuştur.

İkinci aşama olan öğrenme aşaması eğitimi alanların anlamaları ve edinmeleri gereken “gerçekler, prensipler ve teknikler”i kapsar. (Alliger & Janak, 1989) Bu aşamada katılımcılara eğitim verilmeden önce pre test, eğitim sonrası post test uygulamaları yapılmıştır. Pre ve post testlerin karşılaştırılması ile geliştirilen eğitim programının kısa dönem etkisi değerlendirilmiştir. Pre/Post test oral anatomi, diş çürüğü, ağız ve diş sağlığında izlem, ağız ve diş sağlığı koruyucu uygulamaları, sistemik hastalıklarda ağız ve diş sağlığına yaklaşım ve ağız ve diş sağlığında acil yaklaşımlar ana başlıkları altında 6 bölümden ve 3 puanlı Likert ölçeği (Doğru/Yanlış/Bilmiyorum) tarzında 30 sorudan oluşturulmuştur.

3.9. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler Microsoft Excel yazılımında kodlandıktan sonra SPSS 21.0 paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Bilgi testi güvenirlik ve geçerlik çalışmaları kapsamında betimsel istatistikler (doğru cevap sayısı, yanlış cevap sayısı, doğru cevap ortalaması, başarı yüzdesi), madde gücülüğü, madde ayırt ediciliği, iç tutarlılık (KR-21), iki yarı test güvenirliği (Spearman-Brown ve Guttman iki yarı test korelasyonu), madde toplam korelasyonu ve alt ve üst çeyrekler t testlerinden yararlanılmıştır. İstatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenler için normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnov Testi ile incelenmiştir. Bilgi testi toplam puanının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden test puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu değişkenlerine göre

karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; mezun olduğu üniversite, çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalındaki kaçınıcı yılı olduğu değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Ölçümsel değişkenler için ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Frekans verilerin karşılaştırması ise Ki Kare Testi ile yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95, istatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmamızda kullanılan eğitim programı ADDIE tasarımı ile geliştirilmiştir. Eğitim programını geliştirme aşamalarında elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

4.1. Eğitim Programını Geliştirme Sürecinde Elde Edilen Bulgular

4.1.1. Analiz Aşamasında Elde Edilen Bulgular

SWOT analizi, Tablo 8 ve 9'te verilen aşağıdaki güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri ortaya çıkarmıştır.

SWOT ANALİZİ (Problemin Tanımlanması)	
Güçlü	Zayıf
- Okullarda flor uygulamasının zorunlu olması (hekime ulaşılamayan bölgeler için) - Kamu spotlarının olması - Bu çalışma ile eğitim programının geliştiriliyor olması - Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi bünyesinde Sağlıklı Dişler Kliniği'nin olması - Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı içerisinde diş polikliniğinin bulunması - Hasta okulları ile iş birliği yapılması - SGK tarafından ağız sağlığı hizmetlerinin karşılanması - Çocuk diş polikliniğe direkt randevu alınabilmesi (MHRS, randevu.ege.edu.tr vb.)	- Bu konuda herhangi bir eğitim programının olmaması - Müfredatta yer almaması (UÇEP, TUKMOS) - Sağlık Bakanlığı Çocuk İzlem Protokolleri'nin içerisinde yeterince yer almaması - Tıp fakülteleri eğitim programında yer almaması (ilk yıllardan itibaren olmalı) - Uzmanlık eğitimi programlarında olmaması - Aile hekimliği sisteminde bu görevi hemşire ve ebelerin yürütüyor olması - Aile hekimlerinin bu konuda denetlenmemesi - Tarama programlarının içinde zorunlu olmaması - Okullarda flor uygulamasının zorunlu olması (hekime ulaşılamayan bölgeler için) ancak flor uygulamasının denetlenmemesi ve talep görmemesi - Sağlıklı dişler kliniğinin etkili işleyememesi - Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı içerisinde diş polikliniğinin etkili işlememesi - Hasta okulları ile etkili işlenmemesi - Toplum bilincinin zayıf olması - SGK tarafından ağız sağlığı hizmetinin karşılandığının bilinmemesi - Özel gereksinim gerektiren hastalar için özel bir birimin olmaması (KBT, Transplantasyon hastaları, Hemofili, Lösemi gibi)

	• Kurumların birbiri arasındaki iletişim eksikliği • Çocuk acilde diş hekimliğinin olmaması • Hekim ve diş hekimlerinin konunun önemini yeterince algılamaması • Toplumun diş hekimi korkusu
--	---

Tablo 8. Güçlü ve zayıf yönler

SWOT ANALİZİ	
Fırsatlar	Tehditler
• Tarama programında tıpkı kardiyak tarama programının eklendiği gibi eklenebilir.	• Maliyet • Toplumun bilincinin değişiminin zor olması • Çocuk acilin poliklinik olarak işleniyor olması • Süt dişinin öneminin toplum tarafından bilinmemesi • Koruyucu tedaviye harcanacak maliyetin tedaviye aktarılması • Hastaların hekimler tedavi uyguladığında iyileştikten sonra diş hekimliğine gitmemesi

Tablo 9. Fırsatlar ve tehditler

Aşağıda, genel ve hedeflenen hekimler için çocuk ağız ve diş sağlığı konusundaki gereksinimlerinin analizi yer almaktadır (bkz. Tablo 10).

Hekimlerin Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Analizi	
Genel ve Öğrenen Gereksinimlerinin Analizi	• Ağız ve diş anatomisi, fizyolojisi, morfolojisi • Süt ve daimi dişlerin sürme zamanları • Beslenme alışkanları • Diş fırçalama teknikleri, alışkanları • Ağız hijyeni • Diş yaralanması, travması – ilk müdahale • Tarama protokolleri • İzlem takvimi • Sevk zinciri (Çocuk diş hekimlerine yönlendirmesi gibi) • Emzirme ve diş sağlığı • Tedavi (sınırlılıkları) • Korunma (Koruyucu ve önleyici tedaviler) • Diş macunlarının içeriği ve uygunluğu • Riskli hasta gruplarına göre ağız diş sağlığı (kronik hastalıkları gibi) • Sistemik hastalıklarda oral semptomların bilinmesi • Genetik konular • Maloklüzyonları değerlendirilmesi, • Ortodontik açıdan değerlendirme • Kötü alışkanların değerlendirilmesi • Diş hekimi anksiyetesi • Ailelere bilinç kazandırma yolları • İletişim becerileri

Tablo 10. Hekimlerin Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Gereksinimlerinin Analizi

Hekimlerin çocuk ağız ve diş sağlığı konusundaki görevlerinin acil servis, birinci basamak sağlık kuruluşu, poliklinik ve yataklı servisi bulunan hastaneler, diğer özel muayenehane gibi kurumlar için analizi aşağıda verilmiştir. (bkz. Tablo 11)

Hekimlerin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Görevlerinin Analizi			
Acil Servis	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu	Hastane (Poliklinik ve Yataklı Servis)	Diğer (Muayenehane)
• Diş yaralanması, acil travma müdahalesi • Dental apseye yaklaşım • İntraoral, ekstraoral şişliklere yönelik tedaviler	• Taramalar • İzlem • Tedavi (Genel anestezi) • Diş fırçalama teknikleri eğitimi • Sevk (hangi durumlarda) • Beslenme eğitimi • Kötü alışkanların (parmak emme, uzun süreli biberon kullanımı, anne memesinde uyutma) değerlendirilmesi • Ailenin ağız ve diş sağlığı öyküsü (çürük risk analizi ve genetik risk açısından değerlendirme) • Koruyucu diş hekimliği uygulamalarına yönlendirme • Diş hekimi kaygısı ile ilgili baş etme (sık ziyaret)	• Taramalar • İzlem • Tedavi (Genel anestezi) • Diş fırçalama teknikleri eğitimi • Sevk (hangi durumlarda) • Beslenme eğitimi • Kötü alışkanların (parmak emme, uzun süreli biberon kullanımı, anne memesinde uyutma) değerlendirilmesi • Ailenin ağız ve diş sağlığı öyküsü (çürük risk analizi ve genetik risk açısından değerlendirme) • Koruyucu diş hekimliği uygulamalarına yönlendirme • Diş hekimi kaygısı ile ilgili baş etme (sık ziyaret)	• Tedavi • Diş fırçalama teknikleri eğitimi • Beslenme eğitimi • Kötü alışkanların (parmak emme, uzun süreli biberon kullanımı, anne memesinde uyutma) değerlendirilmesi • Ailenin ağız ve diş sağlığı öyküsü (çürük risk analizi ve genetik risk açısından değerlendirme) • Koruyucu diş hekimliği uygulamalarına yönlendirme • Diş hekimi kaygısı ile ilgili baş etme (sık ziyaret)

Tablo 11. Hekimlerin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Görevlerinin Analizi

4.1.2. Tasarım Aşamasında Elde Edilen Bulgular

Yeterliliğe göre hazırlanan müfredat ve plan aşağıda detaylandırılmıştır. (bkz. Tablo 12)

Yetkinlik	Yeterlilik	İçerik	Ortam	Öğrenme Yöntemi	Materyal	Süre (220 Dakika)	Değerlendirme
	Ağız ve diş anatomisi, fizyolojisi, morfolojisi	Süt dişi ve daimi dişlerin morfolojisi Süt ve daimi dişlerin sürme Sayısı çene içerisindeki yerleşimi Diş fazlalığı ve eksiklikleri Konjenital anomaliler (yarık damak) Maloklüzyonları değerlendirilmesi Genetik konular	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze Ters yüz sınıf	Teorik Küçük grup çalışması Olgu	Ppt İleri okuma materyalleri	40	Google form, Kahoot, Menti gibi (farklı fotoğrafların olduğu)
	Ağız sağlığını koruma	• Diş sağlığının önemi • Diş fırçalama teknikleri, alışkanları • Diş macunlarının içeriği ve uygunluğu • Flor uygulamaları • Dişlerde koruyucu uygulamalar (fissür örtücüler) • Beslenme alışkanları	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze Ters yüz sınıf	Teorik KGÇ Video Beceri eğitimi	Ppt İleri okuma materyalleri Video Beceri rehberi ve değerlendirme rehberi Diş modeli	40	Yanlış uygulamalar üzerinden değerlendirme
	• Diş çürükleri • Diş çürüğünün oluşumunu etkileyen faktörler	• Diş çürüğünün oluşumu, klinik özellikleri ve komplikasyonlar • Karyojenite (çürüğe yatkınlık) açısından risk gruplarının belirlenmesi	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze Ters yüz sınıf	Teorik Video - Animasyon	Ppt (videolu) İleri okuma materyalleri	40	Menti

		Beslenme alışkanlıklarının diş çürüğünün etkisi					
Ağız sağlığında koruyucu ve önleyici yaklaşımlar	Tarama protokolleri - İzlem takvimi - Kötü alışkanların değerlendirilmesi - Oral semptomları bilmesi - Ortodontik açıdan değerlendirme - Ailelere bilinç kazandırma yolları - İlk diş hekimi ziyareti - Diş hekimi kaygısı ile baş etme	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze Ters yüz sınıf Entegre oturum	Teorik Olgu Role play SH aile görüşmeleri	Ppt İleri okuma materyalleri Senaryo Protokoller	40	-	
Sistemik hastalıklarda ağız diş sağlığına yaklaşım	Riskli hasta gruplarına göre ağız diş sağlığı (alerji, astım, çölyak, gastroesofageal reflü, Tip 1 DM, konjenital kalp hastalığı, hemofili, çocukluk çağı kanseri, transplantasyon hastası, dikkat eksikliği hiperaktivite)	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze Ters yüz sınıf Entegre oturum	Entegre oturum Olgu	Ppt İleri okuma materyalleri Senaryo	40	-	
Ağız ve diş sağlığında acil yaklaşım	- Travma protokolleri - Diş yaralanması, travması–ilk müdahale - Diş ve diş eti apsesi	Hibrit Uzaktan eğitim Yüz yüze	Teorik Olgu	Ppt İleri okuma materyalleri Senaryo Protokoller	30	-	

		• Sevk zinciri (Çocuk diş hekimlerine yönlendirmesi gibi) • Tedavi (sınırlılıklar)	Ters yüz sınıf Entegre oturum				
--	--	---	-------------------------------	--	--	--	--

Tablo 12. Yeterliliğe göre hazırlanan müfredat ve plan

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik geliştirilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz bu çalışmada gereksinim belirleme kısmında 311 kişi evreninden 199 kişiye ulaşılmıştır. Demografik veriler aşağıda verilmiştir.

4.1.3. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Örneklem Çalışmasına Katılan Uzmanlık Öğrencilerinin Demografik Bilgilerine Ait Bulgular

Tablo 13’de ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programına katılan 199 uzmanlık öğrencisinin demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımına yer verilmiştir.

Demografik özellik	Gruplar	n	%
Mezun olduğu üniversite	Ege Üniversitesi	42	21,1
	Dokuz Eylül Ü.	20	10,1
	Pamukkale Ü.	9	4,6
	Manisa Celal Bayar Ü.	13	6,5
	İzmir Katip Çelebi Ü.	10	5,0
	Uludağ Ü.	7	3,5
	Aydın Adnan Menderes Ü.	6	3,0
	İstanbul Ü.	6	3,0
	Diğer	59	29,6
	Belirtmedi	27	13,6
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda eğitiminizin kaçınıcı yılı?	1. yıl	70	35,2
	2. yıl	35	17,6
	3. yıl	39	19,6
	4. yıl	55	27,6
Medeni durum	Evli	58	29,1
	Bekar	141	70,9
Çocuk sahibi	Evet	19	9,5
	Hayır	180	90,5

Tablo 13. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için örneklem çalışmasına katılan 199 uzmanlık öğrencisinin %21,1’i Ege Üniversitesinden, %10,1’i Dokuz Eylül, %4,6’sı Pamukkale, %6,5’i Manisa Celal Bayar, %5’i İzmir Katip Çelebi, %3,5’i Uludağ, %3’ü Aydın Adnan Menderes, %3’ü İstanbul Üniversitesinden, %29,6’sı diğer üniversitelerden mezun olmuştur.

Katılımcıların %35,2'si çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin 1. yılında, %17,6'sı 2. yılında, %19,6'sı 3. yılında, %27,6'sı çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin 4. yılındadır.

Katılımcıların %29,1'i evli, %70,9'u bekar; %9,5'i çocuk sahibidir.

4.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Gerçekleştirilen Örneklem Çalışmasında Sunulan Bilgi Testi Maddelerine Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 14'te ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi maddelerine ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Gereksinim analizi bilgi testi madde no ve ifadeler	DC	YC	DC %
1. Süt dişleri 20 tane dir.	178	21	89,4
2. Süt dişlerinin sürme zamanı ortalama 6-18. aylar arası tamamlanır.	32	167	16,1
3. Süt dişlerindeki çürükler daimi dişleri etkilemez.	131	68	65,8
4. Süt dişlerinin zamanından erken kaybedilmesi daimi dişlenmeyi etkiler.	112	87	56,3
5. Erken çocukluk çağı çürükleri ilk önce üst çene süt keser dişleri etkiler.	90	109	45,2
6. Anne sütü rampant çürük nedenidir.	71	128	35,7
7. Hamilelik döneminde kullanılan tetrasiklin grubu antibiyotikler bebeğin dişlerinde "Tetrasiklin Renklenmesi" denilen geri dönüşümü olmayan renklenmelere neden olur.	159	40	79,9
8. Tiroid bezi hiperfonksiyonu durumunda daimi dişler erken sürer.	128	71	64,3
9. Hamilenin diş eti sağlığının kötü olması, düşük kilolu bebek dünyaya getirmesine sebep olur.	109	90	54,8
10. 6. aydan itibaren bebeğin ağız temizliğine başlanmalıdır.	154	45	77,4
11. 3 yaş altı çocuklar florürlü macun kullanmamalıdır.	33	166	16,6
12. 5 yaşında son bir yılda 2 yeni çürüğü oluşmuş çocuğa 1000 ppm florür içeren diş macunu önerilmelidir.	74	125	37,2
13. İlk dişini çıkaran bebeğin ebeveynine dişlerin temizliği için parmak fırçaları önerilmelidir.	166	33	83,4
14. Okul öncesi yaş grubu çocukların rutin ağız bakımında günde iki defa gargara kullanması faydalıdır.	80	119	40,2
15. Çocuklar 8-10 yaşına kadar veli gözetiminde diş fırçalanmalıdır.	163	36	81,9
16. Uzun süreli biberonla beslenme, emzik kullanımı ve parmak emme gibi davranışlar derin damak, üst çenenin ileri itimi, açık kapanış vb. maloklüzyonlara neden olabilir.	187	12	94,0
17. Annenin/bakıcının dişlerinin sağlıklı olması bebekte çürük oluşma riskini azaltır.	154	45	77,4
18. Çocuğu gece biberonla besleyerek uyutmak erken çocukluk çağı çürüklerine neden olabilir.	175	24	87,9
19. Bebeği ağızdan öpmek çürük oluşma riskini artırır.	121	78	60,8
20. 3 yaşından daha küçük çocuklarda herhangi bir düz yüzey çürüğü bulunması şiddetli erken çocukluk dönemi çürüklerinin belirtisidir.	100	99	50,3
21. Kronik pediatrik şurup kullanımı çürük oluşumu riskini etkilemez .	153	46	76,9
22. Aşağıdaki besinlerden hangisi/hangileri diş çürüğüne yol açar?	138	61	69,3
23. Kanama tablosuna bakılmaksızın dişler günde 2-3 kez fırçalanmalıdır.	70	129	35,2
24. Onkoloji tedavisi bitene kadar diş tedavilerine başlanmamalıdır.	61	138	30,7
25. Klorheksidin gargaranın yüksek alkol içeriği, mukozitli hastalarda rahatsızlığa ve dokuların kurumasına neden olabilir.	135	64	67,8
26. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda periodontal hastalığın belirti ve semptomları azalabilir.	96	103	48,2
27. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri onkolojik terapilerin ağız bölgesinde neden olduğu komplikasyonlardandır?	49	150	24,6
28. Astımın ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?	109	90	54,8
29. Çölyak hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?	89	110	44,7
30. Gastroöfageal reflü hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?	177	22	88,9
31. Kronik böbrek yetmezliğinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?	82	117	41,2
32. Tip 1 diyabetin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?	96	103	48,2
33. Konjenital kalp rahatsızlığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?	56	143	28,1
34. Dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğunun ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?	28	171	14,1
35. Epilepsinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?	66	133	33,2
36. Serebral palsinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?	132	67	66,3
37. Çocuk ilk kez diş hekimine ne zaman götürülmelidir?	86	113	43,2

38. 2-6 yaş arası yüksek çürük riski taşıyan çocuklar için EAPD'ye göre önerilen diş macunu hangisidir?	76	123	38,2
39. Beslenmeyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	10	189	5,0
40. Ara yüzdeki diş çürüğünün tespiti için hangi radyografi tekniği daha başarılıdır?	33	166	16,6
41. Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda süt dişi sürmesi sırasında görülen lokal semptomlardan biridir?	142	57	71,4
42. İlk süren daimi diş hangisidir?	16	183	8,0
43. Sürekli dişlerin sürmesinde gecikme ve buna bağlı süt dişi persistansı gözlenen sendrom aşağıdakilerden hangisidir?	37	162	18,6
44. Bebeğin ağızda doğuştan var olan dişlerle ilgili hangisi yanlıştır?	114	85	57,3
45. Diş çürüğüyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	80	119	40,2
46. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri çocuklarda diş çürüklerinin etkilerindendir?	116	83	58,3
47. Dişlerin çiğneyici yüzeylerinde bulunan girinti ve oluklarının akışkan bir dolgu maddesi ile örtüldüğü koruyucu diş tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?	62	137	31,2
48. 8 yaşında hastanın alt çenesinde işaretlenen dişler aşağıdakilerden hangisidir?	65	134	32,7
49. Travmayla daimi dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?	30	169	15,1
50. Travmayla süt dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?	146	53	73,4
	$\bar{X}$	SS	
Doğru cevap	40,5	21,2	
Test Puanı (%)	25,0	6,4	

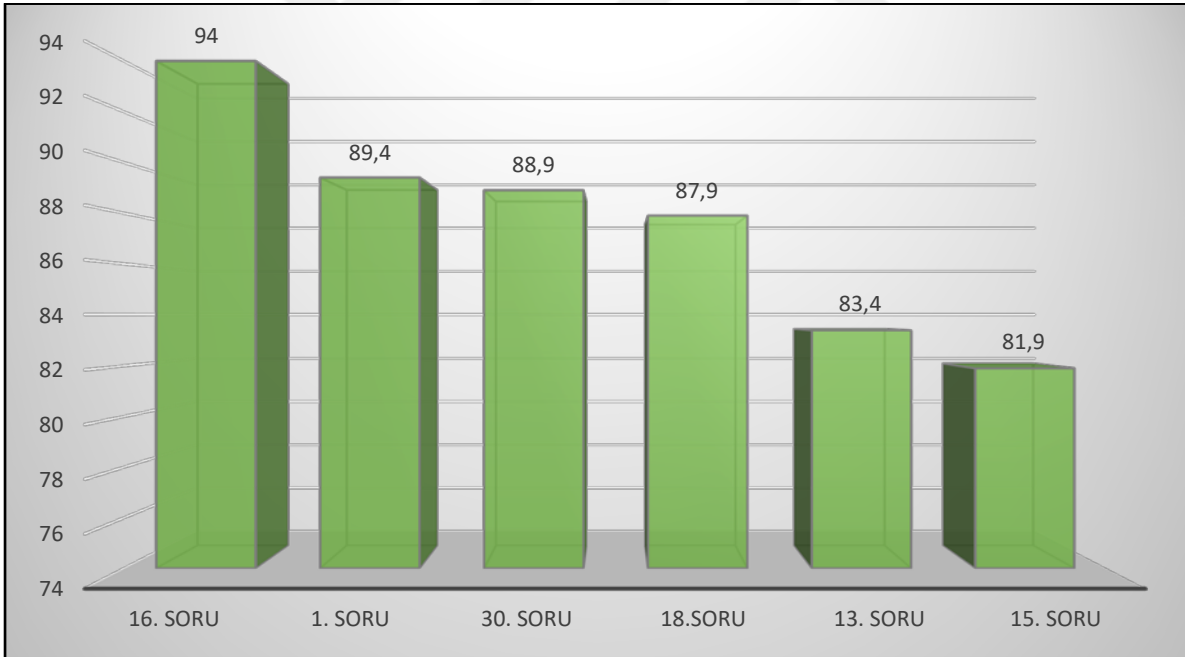
YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 14. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan gereksinim analizi bilgi testi maddelerine ait betimsel istatistikler

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testinde en fazla doğru cevaplanan madde sıralaması “16. Uzun süreli biberonla beslenme, emzik kullanımı ve parmak emme gibi davranışlar derin damak, üst çenenin ileri itimi, açık kapanış vb. maloklüzyonlara neden olabilir.” (%94,0), “1. Süt dişleri 20 tanedir.” (%89,4), “30. Gastroösefageal reflü hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?” (%88,9), “18. Çocuğu gece biberonla besleyerek uyutmak erken çocukluk çağı çürüklerine neden olabilir.” (%87,9), “13. İlk dişini çıkaran bebeğin ebeveynine dişlerin temizliği için parmak fırçaları önerilmelidir.” (%83,4), “15. Çocuklar 8-10 yaşına kadar veli gözetiminde diş fırçalamalıdır.” (%81,9) olarak tespit edilmiştir.

Şekil 7. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en fazla doğru cevaplanan içerik teması ve madde sıralaması

Koruyucu hekimlik bilgisi	• “16. Uzun süreli biberonla beslenme, emzik kullanımı ve parmak emme gibi davranışlar derin damak, üst çenenin ileri itimi, açık kapanış vb. maloklüzyonlara neden olabilir.”	%94,0
Diş gelişimi bilgisi	• “1. Süt dişleri 20 tanedir.”	%89,4
Sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ilişkisi	• “30. Gastroözefageal reflü hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?”	%88,9
Koruyucu hekimlik bilgisi	• “18. Çocuğu gece biberonla besleyerek uyutmak erken çocukluk çağı çürüklerine neden olabilir.”	%87,9
Koruyucu hekimlik bilgisi	• “13. İlk dişini çıkaran bebeğin ebeveynine dişlerin temizliği için parmak fırçaları önerilmelidir.”	%83,4
Koruyucu hekimlik bilgisi	• “15. Çocuklar 8-10 yaşına kadar veli gözetiminde diş fırçalamalıdır.”	%81,9



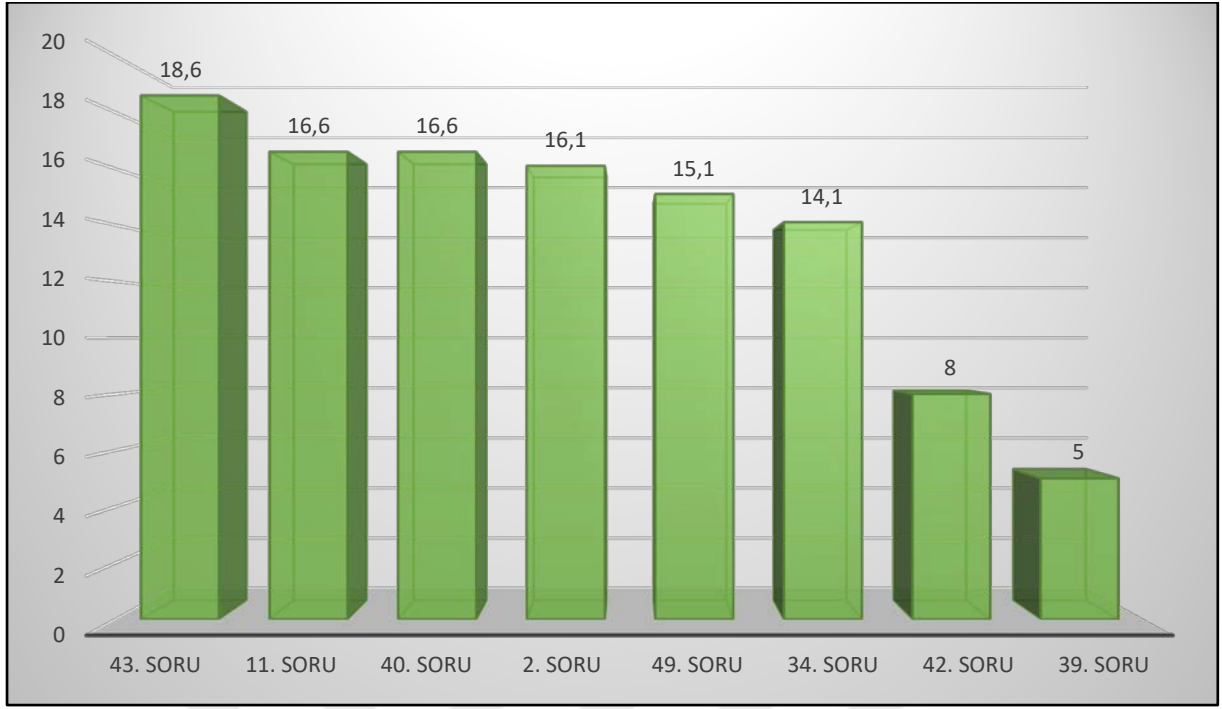
Grafik 1. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en fazla doğru cevaplanan madde sıralaması

En az doğru cevaplanan madde sıralaması “43. Sürekli dişlerin sürmesinde gecikme ve buna bağlı süt dişi persistansı gözlenen sendrom aşağıdakilerden hangisidir?” (%18,6), “11. 3 yaş altı çocuklar florürlü macun kullanmamalıdır.” (%16,6), “40. Ara yüzdeki diş çürüğünün tespiti

için hangi radyografi tekniği daha başarılıdır?” (%16,6), “2. Süt dişlerinin sürme zamanı ortalama 6-18. aylar arası tamamlanır.” (%16,1), “49. Travmayla daimi dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?” (%15,1), “34. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğunun ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?” (%14,1), “42. İlk süren daimi diş hangisidir?” (%8,0), “39. Beslenmeyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?” (%5,0) olarak tespit edilmiştir.

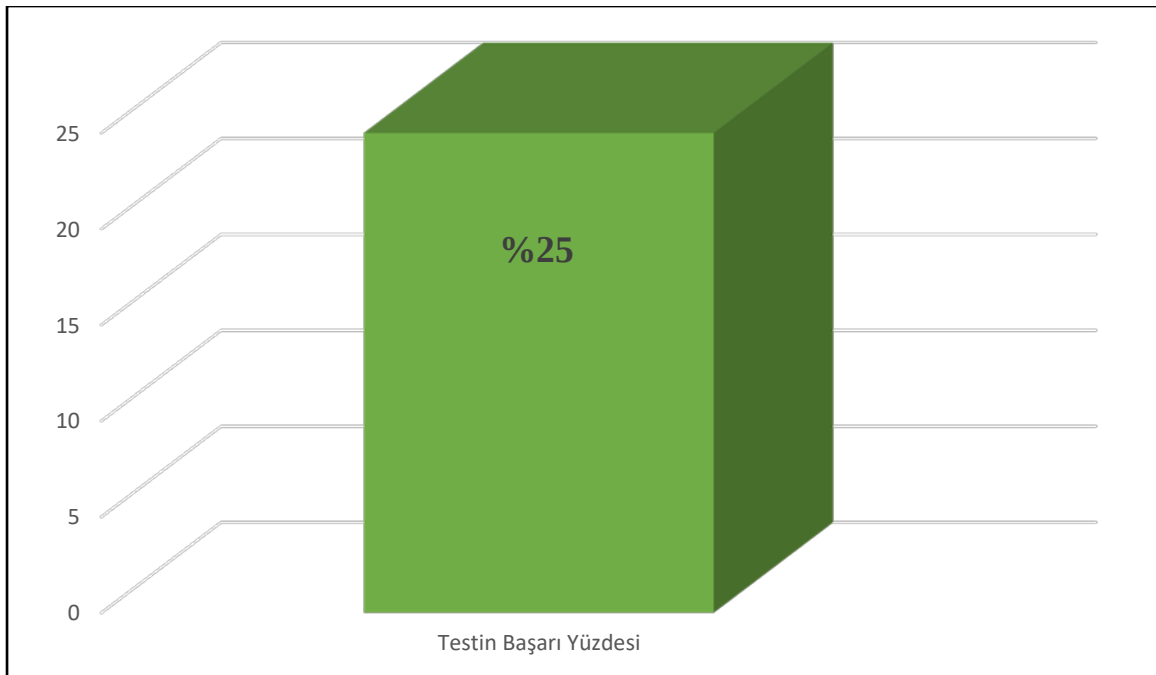
Şekil 8. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en az doğru cevaplanan içerik teması ve madde sıralaması

Ağız ve diş gelişimi bilgisi	•“43. Sürekli dişlerin sürmesinde gecikme ve buna bağlı süt dişi persistansı gözlenen sendrom aşağıdakilerden hangisidir?”	%18,6
Koruyucu hekimlik bilgisi	•“11. 3 yaş altı çocuklar florürlü macun kullanmamalıdır.”	%16,6
Diş çürüğü bilgisi	•“40. Ara yüzdeki diş çürüğünün tespiti için hangi radyografi tekniği daha başarılıdır?”	%16,6
Diş gelişimi bilgisi	•“2. Süt dişlerinin sürme zamanı ortalama 6-18. aylar arası tamamlanır.”	%16,1
Travmatik diş yaralanmalarına yaklaşım	•“49. Travmayla daimi dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?”	%15,1
Sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ilişkisi	•“34. Dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğunun ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?”	%14,1
Diş gelişimi bilgisi	•“42. İlk süren daimi diş hangisidir?”	%8,0
Koruyucu hekimlik bilgisi	•“39. Beslenmeyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?”	%5,0



Grafik 2. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için uygulanan gereksinim belirleme çalışmasında sunulan bilgi testinde en az doğru cevaplanan madde sıralaması

Katılımcıların tamamının doğru veya yanlış cevapladığı madde bulunmamaktadır. Testte elde edilen doğru cevap ortalaması $40,5 \pm 21,2$ ve genel olarak testin başarı yüzdesi %25,0 olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 3. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan gereksinim analizi bilgi testinin başarı yüzdesi

4.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programı İçin Gerçekleştirilen Örneklem Çalışmasında Sunulan Bilgi Testi Puanının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Tablo 15'te ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının mezun olunan üniversiteye göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçları yer almaktadır.

Üniversite	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
Ege Üniversitesi	42	12,83	4,29	1,53	0,140	
Dokuz Eylül Ü.	20	14,15	4,39			
Pamukkale Ü.	9	12,78	4,49			
Manisa Celal Bayar Ü.	13	14,31	6,10			
İzmir Katip Çelebi Ü.	10	13,90	4,98			
Uludağ Ü.	7	13,71	4,50			
Aydın Adnan Menderes Ü.	6	15,17	3,31			
İstanbul Ü.	6	12,50	4,64			
Diğer	59	11,41	4,34			
Belirtmedi	27	11,26	4,80			

Tablo 15. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının mezun olunan üniversiteye göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının mezun olunan üniversiteye göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 16'da ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin kaçınıcı yılında olduğuna göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçları yer almaktadır.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda eğitiminizin kaçınıcı yılındasınız?	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
1. yıl	70	12,07	4,90	1,36	0,255	
2. yıl	35	11,77	4,42			
3. yıl	39	12,95	3,95			
4. yıl	55	13,44	4,74			

Tablo 16. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin kaçınıcı yılında olduğuna göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında eğitiminin kaçınıcı yılında olduğuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 17'de ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçları yer almaktadır.

Medeni durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Evli	58	13,12	4,69	1,08	0,280
Bekar	141	12,34	4,58		

Tablo 17. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının medeni duruma göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 18'de ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçları yer almaktadır.

Çocuk sahibi	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Evet	19	11,63	5,37	-0,93	0,354
Hayır	180	12,67	4,53		

Tablo 18. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında sunulan bilgi testi puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.2. Eğitim Programı Bulguları

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine yönelik geliştirilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz bu çalışmada eğitim programı 57 kişiye uygulanmıştır. Demografik veriler aşağıda verilmiştir.

4.2.1. Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programına katılan uzmanlık öğrencilerinin demografik bilgilerine ait bulgular

Tablo 19’da ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programına katılan 57 uzmanlık öğrencisinin demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde dağılımına yer verilmiştir.

		TOPLAM (n=57)		Kurum A Eğitim (n=16)		Kurum B Eğitim (n=21)		Kurum C Eğitim (n=20)	
	Gruplar	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesleki Kıdem	1-2 yıl	29	50,9	10	62,5	10	47,6	9	45,0
	3-4 yıl	28	49,1	6	37,5	11	52,4	11	55,0

Tablo 19. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programına katılan 57 uzmanlık öğrencisinin %28,1’i Kurum A, %36,8’i Kurum B, %35,1’i Kurum C’de görev yapmaktadır. Katılımcıların %50,9’unun mesleki kıdemi 1-2 yıl, %49,1’inin mesleki kıdemi 3-4 yıl arasındadır. Kurum A’da görev yapan katılımcıların %62,5’inin mesleki kıdemi 1-2 yıl, %37,5’inin mesleki kıdemi

3-4 yıl arasındadır. Kurum B’de görev yapan katılımcıların %47,6’sının mesleki kıdemi 1-2 yıl, %52,4’ünün mesleki kıdemi 3-4 yıl arasındadır. Kurum C’de görev yapan katılımcıların %45’inin mesleki kıdemi 1-2 yıl, %55’inin mesleki kıdemi 3-4 yıl arasındadır.

4.2.2. Pre Test Bulguları

4.2.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Pre Test Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımı

Tablo 20’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddeleri doğru ve yanlış dağılımlarına yer verilmiştir.

Madde No	D	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	5	52	0	8,8
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	54	3	0	94,7
3.Diş patolojilerinden sayı anomali olan; sürmünerer diş ve anadonti, şekil anomali olan krona talon tüberküli sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	16	7	34	87,7
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	31	21	5	63,2
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	2	45	10	21,1
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	5	49	3	14
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	21	26	10	54,4
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	30	22	5	61,4
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	31	14	12	75,4
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	27	19	11	66,7
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	24	23	10	59,6
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	16	26	15	54,4
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	10	37	10	35,1
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	32	6	19	89,5
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	25	21	11	63,2
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.	19	29	9	49,1
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	6	49	2	14
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	10	37	10	35,1
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	14	39	4	31,6
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	37	7	13	87,7
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	24	17	16	70,2
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	15	33	9	42,1
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı, çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	4	40	13	29,8
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	20	19	18	66,7
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	47	5	5	91,2
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognoz belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	50	2	5	96,5
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	10	40	7	29,8
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	32	15	10	73,7

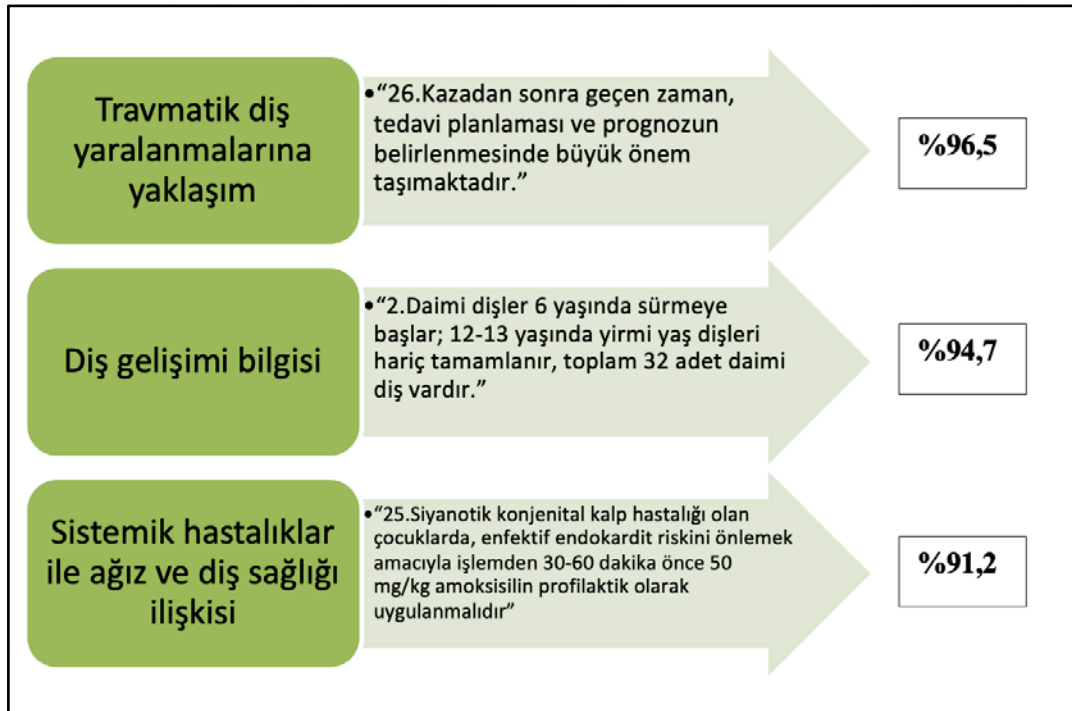
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	29	11	17	80,7
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	22	17	18	70,2
	$\bar{X} \pm SS$			
Test Puanı	11,72 $\pm$ 3,18			
Test Başarı Oranı %	39,06 $\pm$ 10,61			

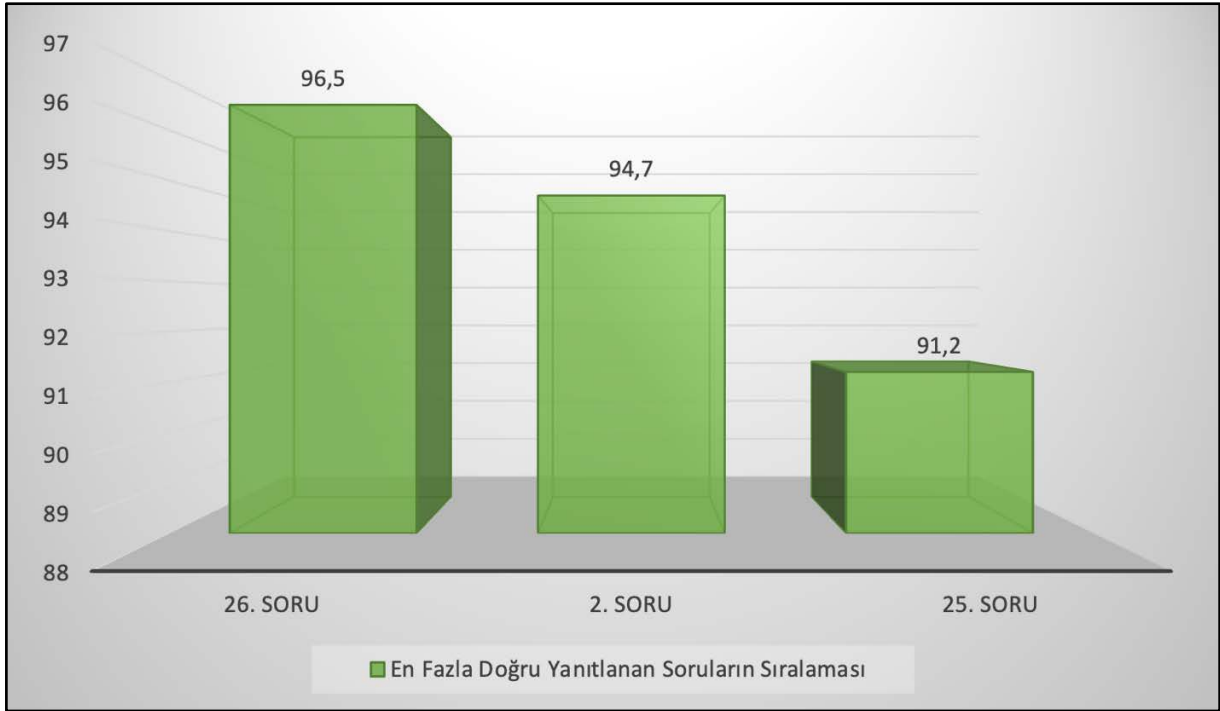
YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 20. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.” (%96,5), “2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.” (%94,7), “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemiden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır” (%91,2), olarak tespit edilmiştir.

Şekil 9. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması

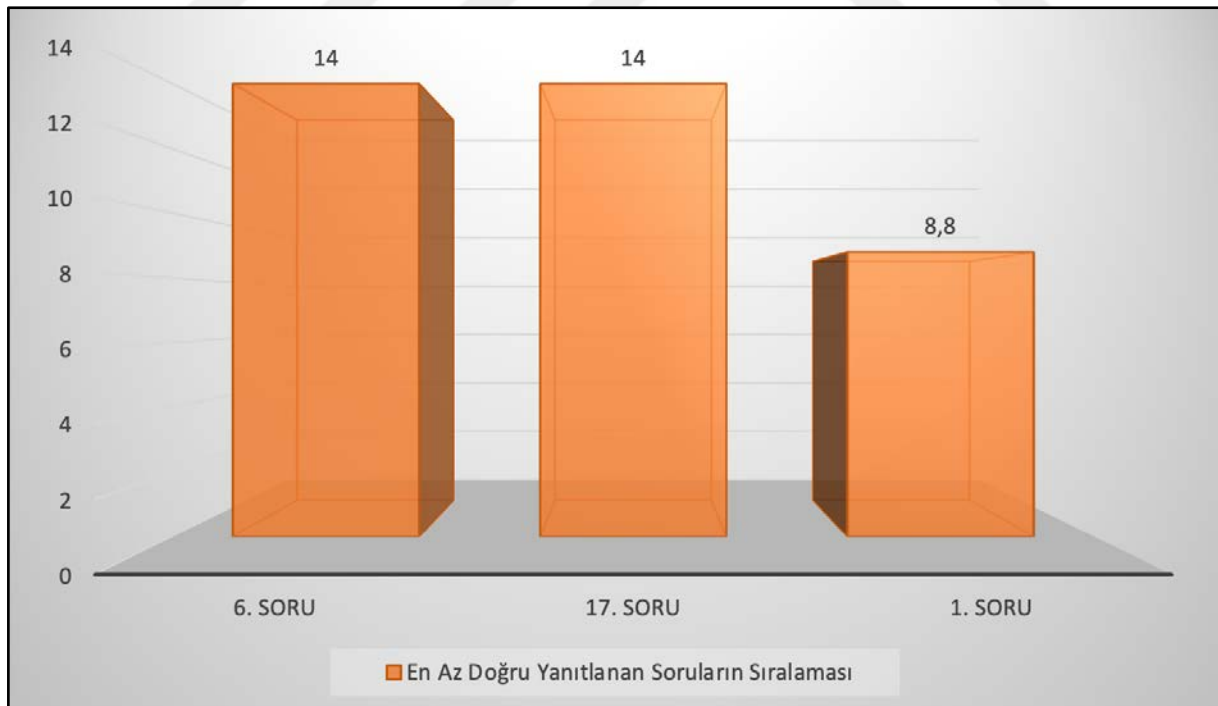
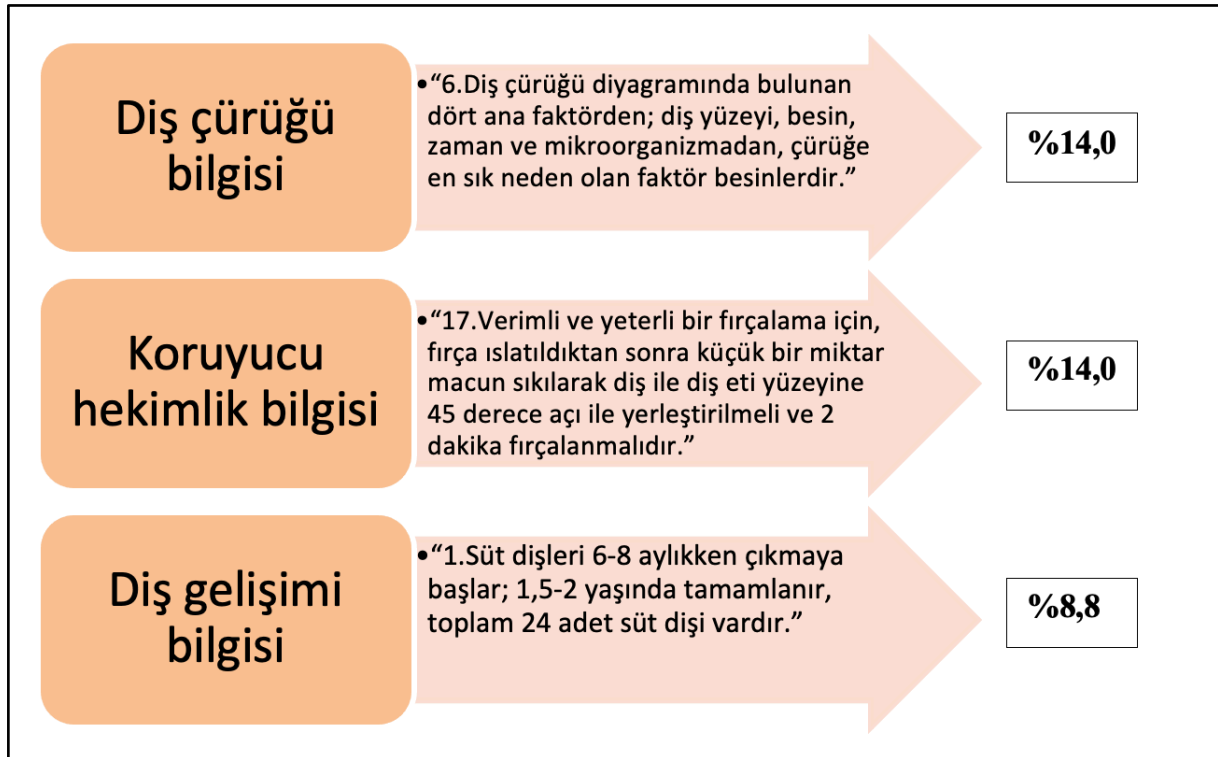




Grafik 4. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması

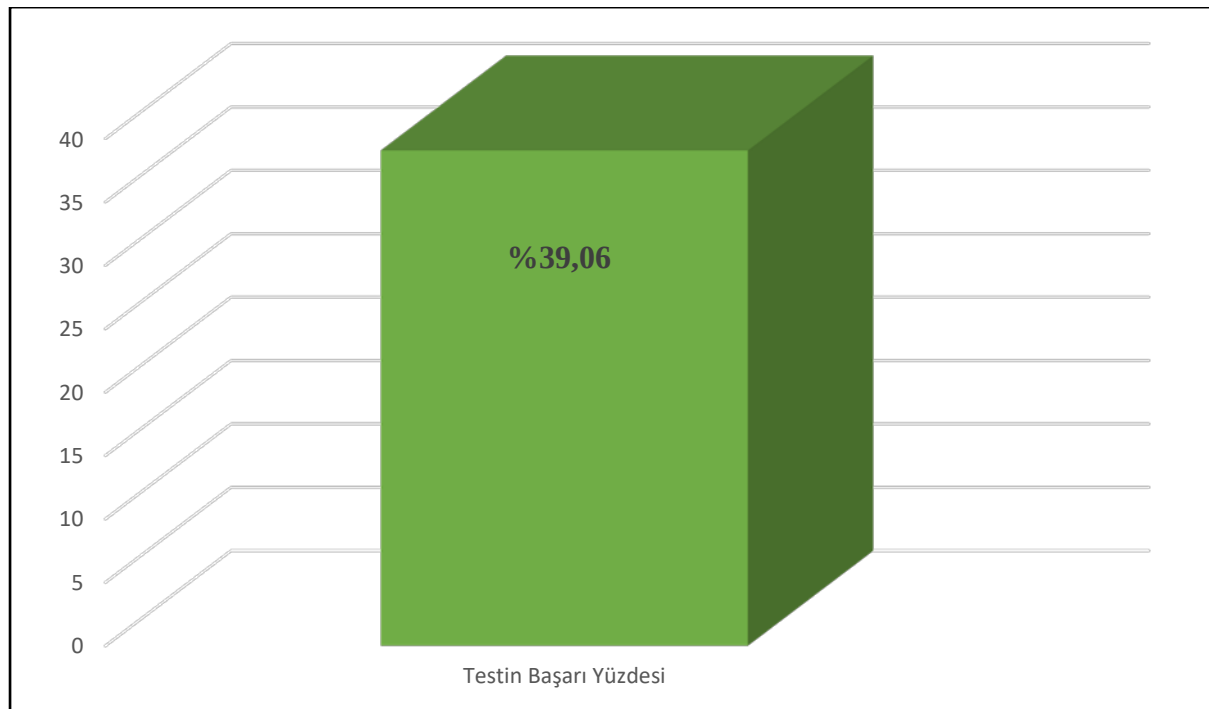
En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.” (%14), “17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.” (%14), “1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.” (%8,8) olarak tespit edilmiştir.

Şekil 10. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla az yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması



Grafik 5. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı pre test bilgi testinde en fazla az yanıtlanan madde sıralaması

Katılımcıların tamamının doğru veya yanlış cevapladığı madde bulunmamaktadır. Test puan ortalaması $11,72 \pm 3,18$ ve genel olarak testin başarı yüzdesi %39,06 olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 6. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre test bilgi testinin başarı yüzdesi

4.2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu

Cevaplarının Kuruma Göre Karşılaştırması

Tablo 21’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılmasına ait ki kare testi sonuçları yer almaktadır.

Madde No	Cevap	Kurum A	Kurum B	Kurum C	X ²	sd	p
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	Yanlış % Doğru %	93,8 6,3	90,5 9,5	90 10	0,18	2	0,914
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	Yanlış % Doğru %	18,8 81,3	0 100	0 100	8,11	2	0,017
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnümerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberküülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	Yanlış % Doğru %	37,5 62,5	22,2 77,8	33,3 66,7	0,50	2	0,779
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	Yanlış % Doğru %	46,2 53,8	52,6 47,4	25 75	3,33	2	0,189
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	Yanlış % Doğru %	84,6 15,4	100 0	100 0	5,46	2	0,065
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	Yanlış % Doğru %	87,5 12,5	90 10	94,4 5,6	0,51	2	0,776

7. Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	Yanlış % Doğru %	53,8 46,2	70,6 29,4	41,2 58,8	2,99	2	0,224
8. Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	Yanlış % Doğru %	40 60	33,3 66,7	52,6 47,4	1,46	2	0,483
9. Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	Yanlış % Doğru %	18,2 81,8	26,7 73,3	42,1 57,9	2,07	2	0,356
10. Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini artırmaktadır.	Yanlış % Doğru %	46,7 53,3	47,1 52,9	28,6 71,4	1,35	2	0,510
11. Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	Yanlış % Doğru %	35,7 64,3	61,1 38,9	46,7 53,3	2,08	2	0,354
12. Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	Yanlış % Doğru %	58,3 41,7	78,6 21,4	50 50	2,67	2	0,262
13. 1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	Yanlış % Doğru %	84,6 15,4	70,6 29,4	82,4 17,6	1,07	2	0,584
14. 37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	Yanlış % Doğru %	11,1 88,9	21,4 78,6	13,3 86,7	0,55	2	0,759
15. Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	Yanlış % Doğru %	63,6 36,4	38,9 61,1	41,2 58,8	1,90	2	0,386
16. Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.	Yanlış % Doğru %	60 40	73,3 26,7	50 50	1,86	2	0,394
17. Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	Yanlış % Doğru %	86,7 13,3	90 10	90 10	0,12	2	0,940
18. Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	Yanlış % Doğru %	50 50	94,1 5,9	87,5 12,5	10,04	2	0,007
19. Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	Yanlış % Doğru %	86,7 13,3	72,2 27,8	65 35	2,10	2	0,351
20. Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	Yanlış % Doğru %	16,7 83,3	10,5 89,5	23,1 76,9	0,92	2	0,633
21. Ksilitolü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	Yanlış % Doğru %	16,7 83,3	43,8 56,3	61,5 38,5	5,23	2	0,073
22. Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	Yanlış % Doğru %	61,5 38,5	76,5 23,5	66,7 33,3	0,82	2	0,663
23. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	Yanlış % Doğru %	100 0	88,2 11,8	87,5 12,5	1,47	2	0,479
24. Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	Yanlış % Doğru %	50 50	43,8 56,3	53,3 46,7	0,29	2	0,864
25. Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	Yanlış % Doğru %	14,3 85,7	10,5 89,5	5,3 94,7	0,78	2	0,676
26. Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	Yanlış % Doğru %	6,7 93,3	5,3 94,7	0 100	1,15	2	0,564
27. Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	Yanlış % Doğru %	78,6 21,4	90 10	68,8 31,3	2,53	2	0,282
28. Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	Yanlış % Doğru %	33,3 66,7	38,9 61,1	23,5 76,5	0,96	2	0,618
29. Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	Yanlış % Doğru %	54,5 45,5	14,3 85,7	20 80	5,68	2	0,058
30. Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	Yanlış % Doğru %	44,4 55,6	43,8 56,3	42,9 57,1	0,01	2	0,997

Tablo 21. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı pre test bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddelerinden “2. Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır,

toplam 32 adet daimi diş vardır.” ($X^2=8,11$; $p<0,05$) ve “18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.” ($X^2=10,04$; $p<0,05$) maddelerine verilen yanıtların kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiği; diğer yirmi sekiz maddeye verilen yanıtların kuruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi “2. Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.” maddesine Kurum B ve C’de görev yapan katılımcıların tamamı (%100) doğru yanıt verirken, kurum A’da görev yapan katılımcıların %81,3’ü doğru yanıt vermiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi “18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.” maddesine Kurum A’da görev yapan katılımcıların %50’si, Kurum B’de görev yapan katılımcıların %5,9’u, Kurum C’de görev yapan katılımcıların %5,9’u doğru yanıt vermiştir.

Tablo 22’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis H testi sonuçları yer almaktadır.

Kurum	n	$\bar{X}$	SS	KS (p)	S-W (p)	X^2	p
Kurum A	16	12,62	3,30	0,185 (0,147)	0,948 (0,455)	0,71	0,498
Kurum B	21	13,28	3,49	0,165 (0,137)	0,940 (0,222)		
Kurum C	20	12,50	1,76	0,281 (0,000)	0,947 (0,321)		

K-S: Kolmogorov-Smirnov S-W: Shapiro-Wilk X^2 : Kruskal Wallis H testine ait istatistik

Tablo 22. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı pre test formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının her kurumda normal dağılım gösterdiği ($S-W_p > 0,05$) tespit edilmiştir (Gruplardaki örneklem sayısı 50’den düşük olduğu Shapiro-Wilk dikkate alındı). Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı pre test formu toplam puanlarının kuruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($F=0,71$; $p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu

Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımının Mesleki Kıdeme Göre İncelenmesi

Tablo 23’de mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddelerin doğru ve yanlış dağılımına yer verilmiştir.

Madde No	DC	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	2	27	0	6,9
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	27	2	0	93,1
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnümerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberküllu sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	11	3	15	37,9
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	12	13	4	41,4
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	1	21	7	3,4
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	2	26	1	6,9
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	13	10	6	44,8
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	17	9	3	58,6
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	14	6	9	48,3
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülmeye riskini arttırmaktadır.	10	11	8	34,5
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	14	9	6	48,3
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	7	13	9	24,1
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	7	16	6	24,1
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	16	0	13	55,2
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	13	12	4	44,8
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uandıktan sonradır.	8	15	6	27,6
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	4	23	2	13,8
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	6	16	7	20,7
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	4	22	3	13,8
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	16	5	8	55,2
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	11	7	11	37,9
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	8	15	6	27,6
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	0	19	10	0,0
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	12	5	12	41,4
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	22	3	4	75,9
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognoz belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	27	0	2	93,1
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	6	20	3	20,7
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	14	8	7	48,3
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	11	8	10	37,9
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	11	7	11	37,9
	$\bar{X}$	SS		
Test Puanı	11,24	3,37		
Test Başarı Oranı %	37,47	11,23		

YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 23. Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “2. Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.” (%93,1), “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.” (%93,1), “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemten 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.” (%75,9) olarak tespit edilmiştir. En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.” (%6,9), “6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.” (%6,9), “5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.” (%3,4), “23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı, çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır” (%0) olarak tespit edilmiştir.

Test puan ortalaması 11,24±3,37 ve genel olarak testin başarı yüzdesi %37,47 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 24’te mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddelerin doğru ve yanlış dağılımına yer verilmiştir.

Madde No	DC	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	3	25	0	10,7
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	27	1	0	96,4
3.Diş patolojilerinden sayı anomali olan; sürünürer diş ve anodonti, şekil anomali olan krona talon tüberkülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	5	4	19	17,9
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	19	8	1	67,9
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	1	24	3	3,6
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	3	23	2	10,7
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	8	16	4	28,6
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	13	13	2	46,4

9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	17	8	3	60,7
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	17	8	3	60,7
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	10	14	4	35,7
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	9	13	6	32,1
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	3	21	4	10,7
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	16	6	6	57,1
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	12	9	7	42,9
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.	11	14	3	39,3
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	2	26	0	7,1
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	4	21	3	14,3
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	10	17	1	35,7
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	21	2	5	75,0
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	13	10	5	46,4
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	7	18	3	25,0
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı, çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	4	21	3	14,3
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	8	14	6	28,6
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	25	2	1	89,3
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	23	2	3	82,1
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	4	20	4	14,3
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	18	7	3	64,3
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	18	3	7	64,3
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	11	10	7	39,3
	$\bar{X}$	SS		
Test Puanı	13,45	2,77		
Test Başarı Oranı %	44,84	9,24		

YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 24. Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesinde ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.” (%96,4), “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.” (%89,3), “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.” (%82,1) olarak tespit edilmiştir. En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.” (%7,1), “5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan

Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.” (%3,6) olarak tespit edilmiştir.

Test puan ortalaması 11,79±3,14 ve genel olarak testin başarı yüzdesi %39,3 olarak gerçekleşmiştir.

4.2.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Mesleki Kıdeme Göre Karşılaştırması

Tablo 25’te ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılmasına ait ki kare testi sonuçları yer almaktadır.

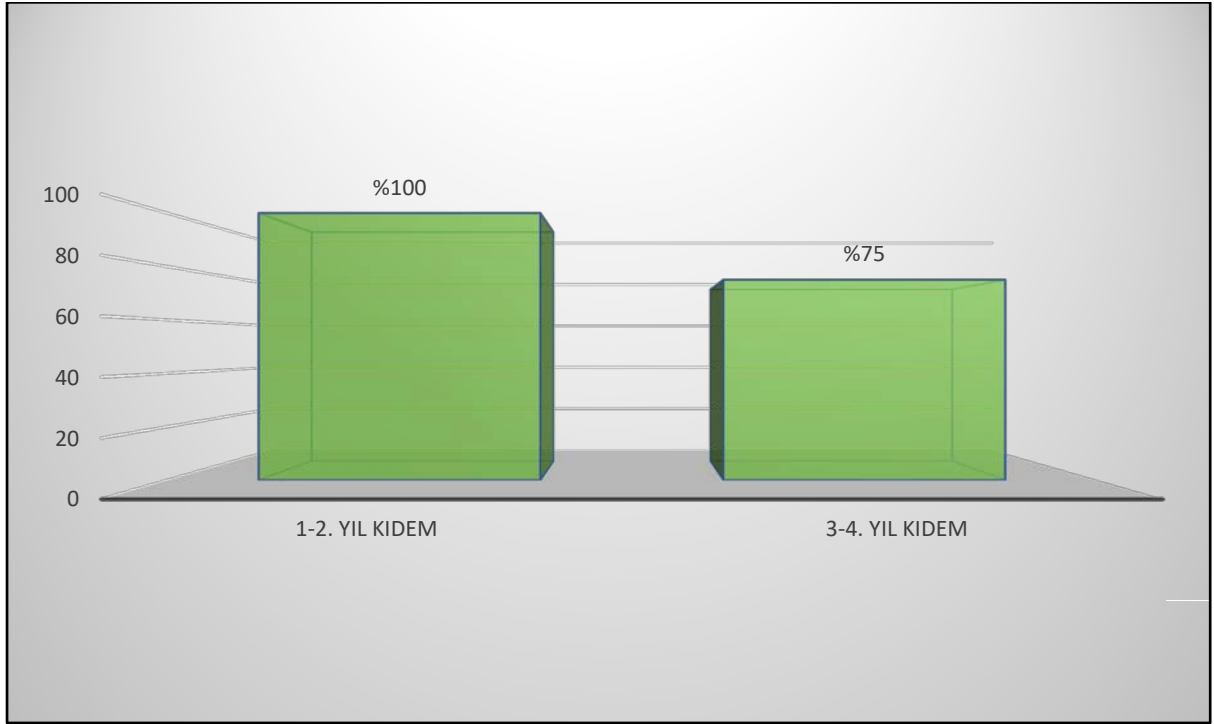
Madde No	Cevap	1-2 yıl	3-4 yıl	X2	sd	p
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	Yanlış Doğru	93,1 6,9	89,3 10,7	0,26	1	0,610
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	Yanlış Doğru	6,9 93,1	3,6 96,4	0,32	1	0,574
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sümnerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberkülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	Yanlış Doğru	21,4 78,6	44,4 55,6	1,37	1	0,242
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	52,0 48,0	29,6 70,4	2,69	1	0,100
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	Yanlış Doğru	95,5 4,5	96,0 4,0	0,01	1	0,926
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	Yanlış Doğru	92,9 7,1	88,5 11,5	0,31	1	0,578
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	Yanlış Doğru	43,5 56,5	66,7 33,3	2,55	1	0,110
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	Yanlış Doğru	34,6 65,4	50,0 50,0	1,26	1	0,262
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	Yanlış Doğru	30,0 70,0	32,0 68,0	0,02	1	0,885
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	Yanlış Doğru	52,4 47,6	32,0 68,0	1,95	1	0,162
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	Yanlış Doğru	39,1 60,9	58,3 41,7	1,73	1	0,188
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	65,0 35,0	59,1 40,9	0,15	1	0,694
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	Yanlış Doğru	69,6 30,4	87,5 12,5	2,25	1	0,133
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	27,3 72,7	5,18	1	0,023
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	Yanlış Doğru	48,0 52,0	42,9 57,1	0,12	1	0,727
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uandıktan sonradır.	Yanlış Doğru	65,2 34,8	56,0 44,0	0,43	1	0,514
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	Yanlış Doğru	85,2 14,8	92,9 7,1	0,83	1	0,362
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	Yanlış Doğru	72,7 27,3	84,0 16,0	0,89	1	0,346
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	Yanlış	84,6	63,0	3,19	1	0,074

	Doğru	15,4	37,0			
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	Yanlış	23,8	8,7	1,87	1	0,171
	Doğru	76,2	91,3			
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	Yanlış	38,9	43,5	0,09	1	0,767
	Doğru	61,1	56,5			
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	Yanlış	65,2	72,0	0,26	1	0,613
	Doğru	34,8	28,0			
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	Yanlış	100,0	84,0	3,34	1	0,067
	Doğru	0,0	16,0			
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	Yanlış	29,4	63,6	4,50	1	0,034
	Doğru	70,6	36,4			
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	Yanlış	12,0	7,4	0,31	1	0,575
	Doğru	88,0	92,6			
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognoz belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	Yanlış	0,0	8,0	2,25	1	0,134
	Doğru	100,0	92,0			
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	Yanlış	76,9	83,3	0,32	1	0,571
	Doğru	23,1	16,7			
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	Yanlış	36,4	28,0	0,38	1	0,539
	Doğru	63,6	72,0			
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	Yanlış	42,1	14,3	3,87	1	0,049
	Doğru	57,9	85,7			
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	Yanlış	38,9	47,6	0,30	1	0,584
	Doğru	61,1	52,4			

Tablo 25. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddelerinden yalnızca “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.” ($X^2=4,16$; $p<0,05$) maddesine verilen yanıtların mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık gösterdiği; diğer yirmi dokuz maddeye verilen yanıtların mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.” maddesine mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların tamamı (%100) yanlış yanıt verirken, mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların %75’i doğru yanıt vermiştir.



Grafik 7. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre testte kıdeme göre karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç veren maddenin başarı yüzdesi

Tablo 26’da ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Mesleki Kıdem	n	$\bar{X}$	SS	KS (p)	S-W (p)	Z	p
1-2 yıl	29	11,24	3,36	0,182	0,928	-	0,299
3-4 yıl				(0,015)	(0,048)		
	28	12,21	2,96	0,185	0,908	1,04	
				(0,015)	(0,018)		

K-S: Kolmogorov-Smirnov S-W: Shapiro-Wilk Z: Mann Whitney U testi Z istatistiği

Tablo 26. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının her kurumda normal dağılım göstermediği ($S-W_p < 0,05$) tespit edilmiştir (Gruplardaki örneklem sayısı 50’den düşük olduğu Shapiro-Wilk dikkate alındı). Ağız ve diş sağlığı bilgi

formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık göstermediği ($Z=-1,04$; $p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.2.3. Post Test Bulguları

4.2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımı

Tablo 27’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddeleri doğru ve yanlış dağılımlarına yer verilmiştir.

Madde No	DC	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	26	31	0	45,6
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	53	4	0	93,0
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sünürmerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberküli sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	35	21	1	61,4
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	45	12	0	78,9
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	8	48	1	14,0
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	9	48	0	15,8
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	49	8	0	86,0
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	52	5	0	91,2
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	53	2	2	93,0
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	51	4	2	89,5
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	52	5	0	91,2
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	47	8	2	82,5
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	25	32	0	43,9
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	54	2	1	94,7
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	51	5	1	89,5
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uandıktan sonradır.	41	15	1	71,9
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	42	14	1	73,7
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	44	13	0	77,2
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	46	11	0	80,7
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	52	3	2	91,2
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	51	3	3	89,5
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	36	19	2	63,2
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	35	21	1	61,4
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	39	13	5	68,4
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	56	0	1	98,2
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	57	0	0	100,0
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	46	11	0	80,7
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	53	4	0	93,0
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	47	9	1	82,5
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	51	5	1	89,5

	$\bar{X} \pm SS$
Test Puanı	22,91 $\pm$ 4,06
Test Başarı Oranı %	76,36 $\pm$ 13,53

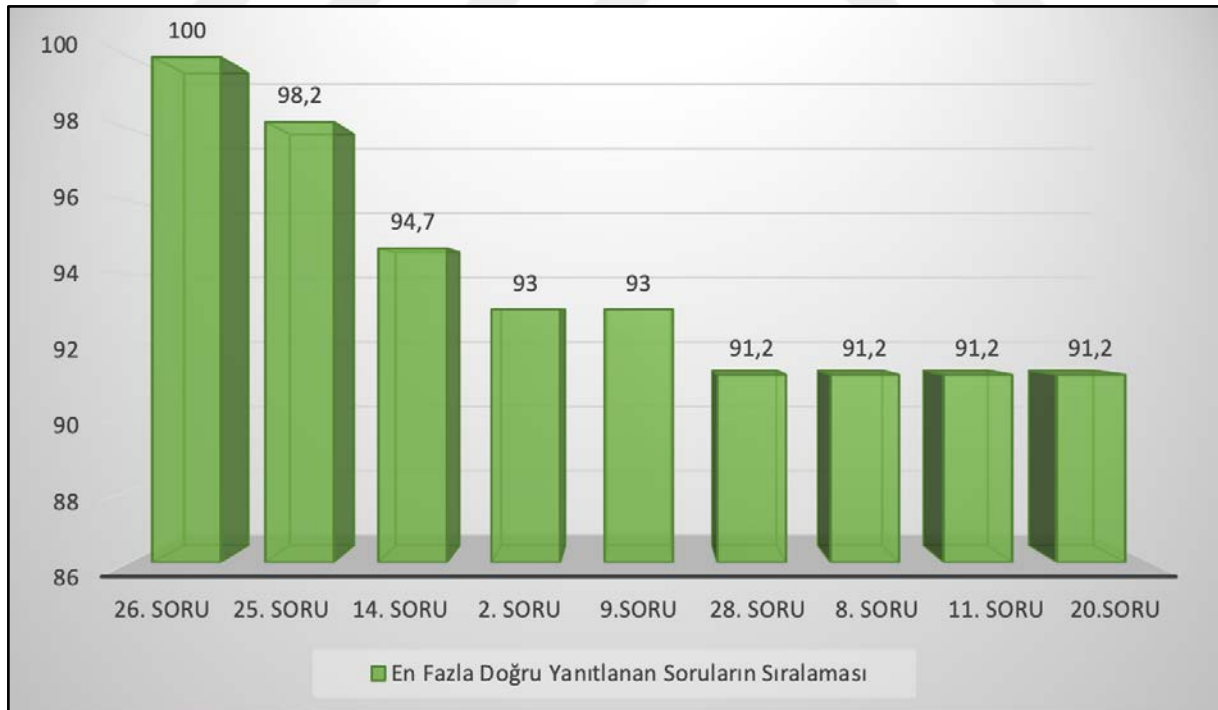
YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 27. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.” (%100), “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemten 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.” (%98,2), “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır” (%94,7), “2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.” (%93,0), “9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir” (%93,0), “28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır” (%91,2), “8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.” (%91,2), “11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.” (%91,2), “20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.” (%91,2) olarak tespit edilmiştir.

Şekil 11. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması

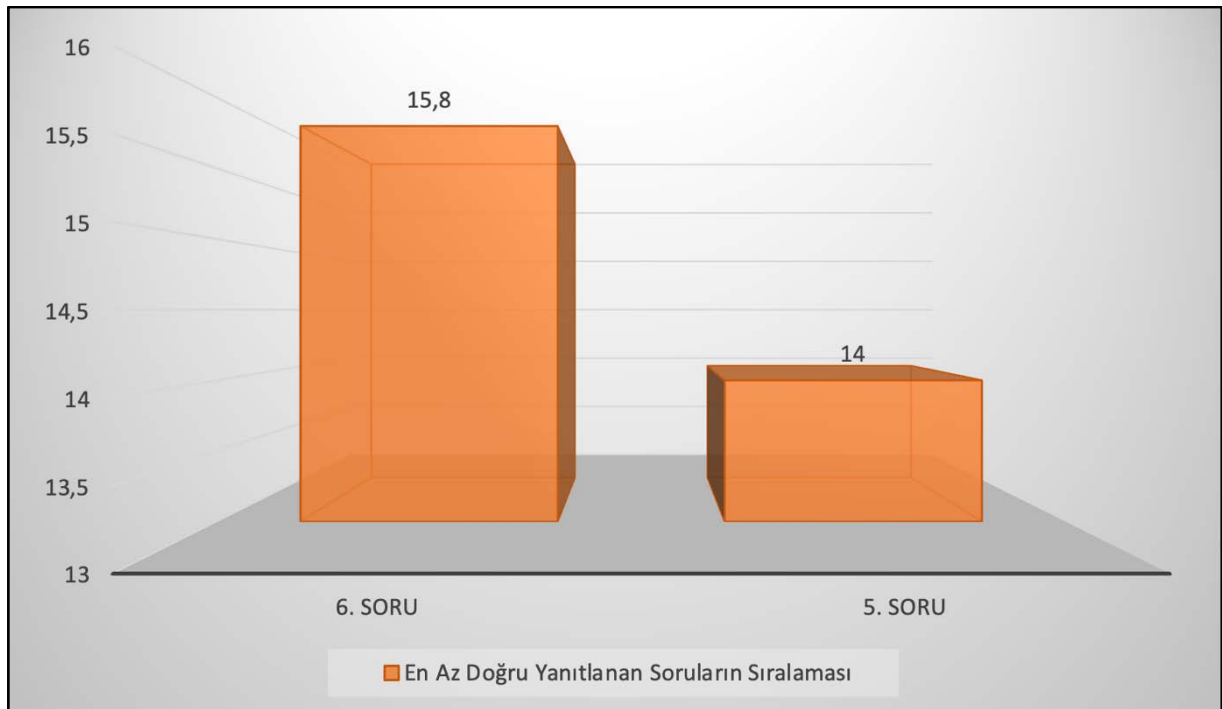
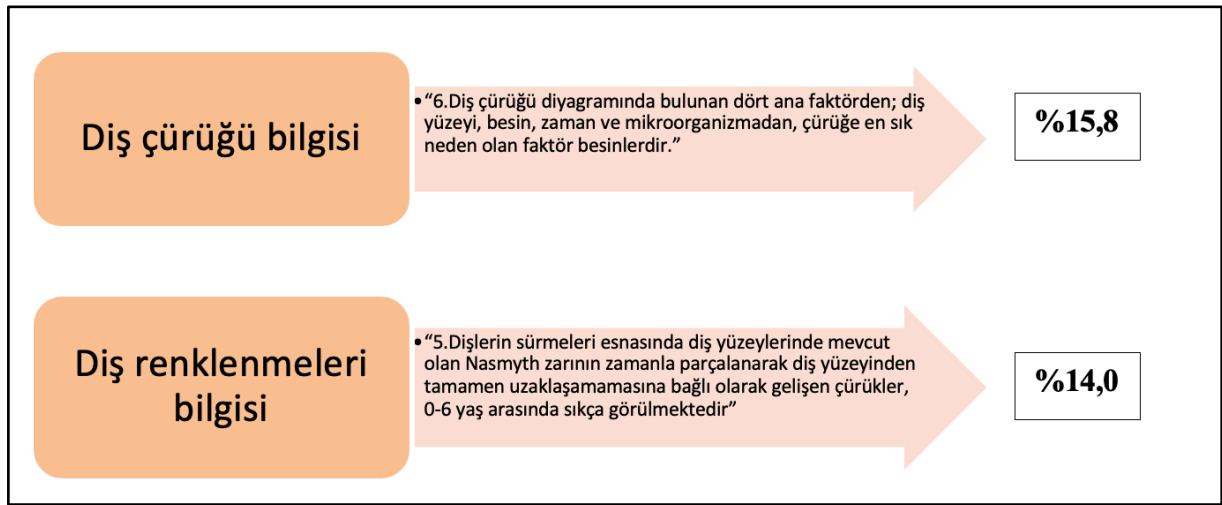
Travmatik diş yaralanmalarına yaklaşım	• “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.”	%100
Sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ilişkisi	• “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.”	%98,2
Diş hekimliğinde izlem	• “14. 37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır”	%94,7
Diş gelişimi bilgisi	• “2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.”	%93,0
Beslenme - çürük ilişkisi	• “9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir”	%93,0
Travmatik diş yaralanmalarına yaklaşım	• “28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır”	%91,2
Koruyucu hekimlik	• “8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.”	%91,2
Diş hekimliğinde izlem	• “11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.”	%91,2
Koruyucu hekimlik	• “20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.”	%91,2



Grafik 8. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması

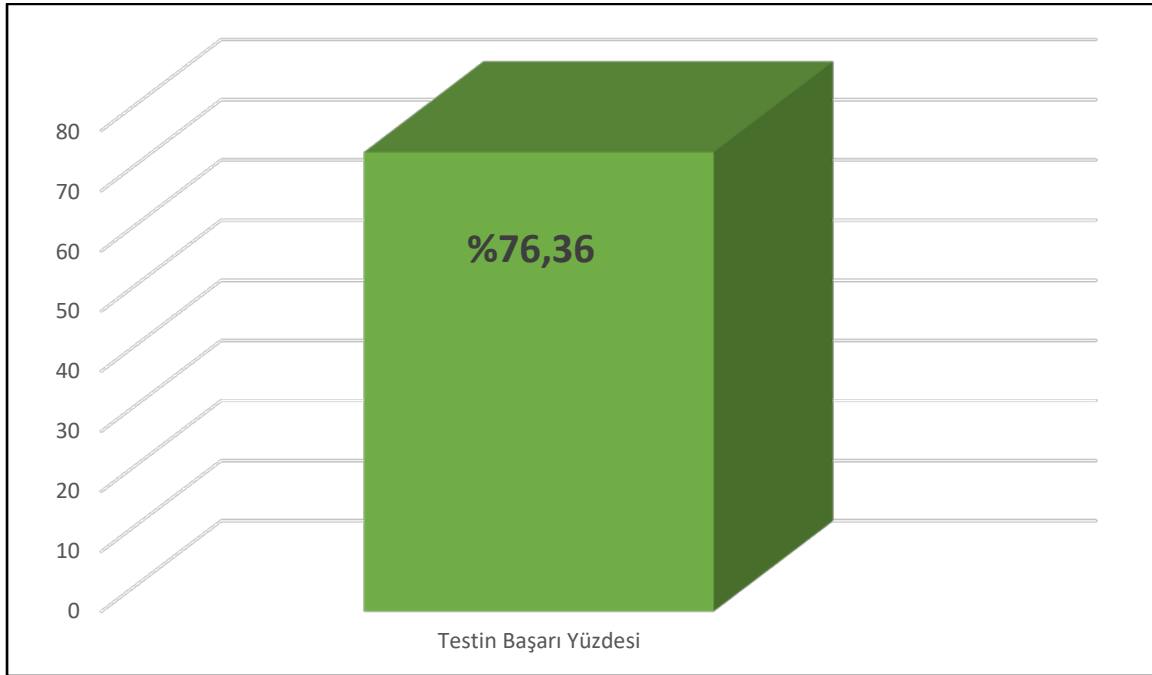
En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.” (%15,8), “5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir” (%14,0) olarak tespit edilmiştir.

Şekil 12. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en az doğru yanıtlanan içerik teması ve madde sıralaması



Grafik 9. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı post test bilgi testinde en az doğru yanıtlanan madde sıralaması

Test puan ortalaması $22,91 \pm 4,06$ ve genel olarak testin başarı yüzdesi %76,36 olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 10. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında post test bilgi testinin başarı yüzdesi

4.2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Kuruma Göre Karşılaştırması

Tablo 28’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılmasına ait ki kare testi sonuçları yer almaktadır.

Madde No	Cevap	Kurum A	Kurum B	Kurum C	X ²	sd	p
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	Yanlış Doğru	68,8 31,3	42,9 57,1	55,0 45,0	2,46	2	0,292
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	Yanlış Doğru	18,8 81,3	0,0 100,0	5,0 95,0	5,08	2	0,079
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnünerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberkülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	Yanlış Doğru	40,0 60,0	47,6 52,4	25,0 75,0	2,29	2	0,318
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	25,0 75,0	19,0 81,0	20,0 80,0	0,21	2	0,898

5. Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	Yanlış Doğru	93,3 6,7	76,2 23,8	90,0 10,0	2,57	2	0,277
6. Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	Yanlış Doğru	87,5 12,5	71,4 28,6	95,0 5,0	4,46	2	0,107
7. Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgulu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	Yanlış Doğru	18,8 81,3	0,0 100,0	25,0 75,0	5,72	2	0,057
8. Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	Yanlış Doğru	25,0 75,0	4,8 95,2	0,0 100,0	7,61	2	0,022
9. Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	Yanlış Doğru	13,3 86,7	0,0 100,0	0,0 100,0	5,53	2	0,063
10. Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	Yanlış Doğru	12,5 87,5	10,0 90,0	0,0 100,0	2,36	2	0,307
11. Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	Yanlış Doğru	25,0 75,0	4,8 95,2	0,0 100,0	7,61	2	0,022
12. Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	6,7 93,3	9,5 90,5	26,3 73,7	3,29	2	0,193
13. 1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	Yanlış Doğru	68,8 31,3	52,4 47,6	50,0 50,0	1,46	2	0,482
14. 37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	Yanlış Doğru	0,0 100	0,0 100,0	10,0 90,0	3,73	2	0,155
15. Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	Yanlış Doğru	25,0 75,0	4,8 95,2	0,0 100,0	7,39	2	0,025
16. Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyardıktan sonradır.	Yanlış Doğru	43,8 56,3	23,8 76,2	15,8 84,2	3,61	2	0,164
17. Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	Yanlış Doğru	20,0 80,0	23,8 76,2	30,0 70,0	0,48	2	0,786
18. Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	Yanlış Doğru	31,3 68,8	14,3 85,7	25,0 75,0	1,56	2	0,456
19. Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	18,8 81,3	14,3 85,7	25,0 75,0	0,76	2	0,684
20. Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	0,0 100,0	15,0 85,0	5,55	2	0,062
21. Ksilitolü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	Yanlış Doğru	15,4 84,6	4,8 95,2	0,0 100,0	3,59	2	0,166
22. Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	Yanlış Doğru	28,6 71,4	57,1 42,9	15,0 85,0	8,34	2	0,015
23. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	46,7 53,3	33,3 66,7	35,0 65,0	0,75	2	0,688
24. Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	Yanlış Doğru	23,1 76,9	40,0 60,0	10,5 89,5	4,54	2	0,103
25. Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	0,0 100,0	0,0 100,0	-	-	-
26. Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	0,0 100,0	0,0 100,0	-	-	-
27. Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	Yanlış Doğru	18,8 81,3	19,0 81,0	20,0 80,0	0,01	2	0,995
28. Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	Yanlış Doğru	18,8 81,3	4,8 95,2	0,0 100,0	5,05	2	0,080
29. Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	Yanlış Doğru	33,3 66,7	4,8 95,2	15,0 85,0	5,32	2	0,070
30. Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	Yanlış Doğru	26,7 73,3	4,8 95,2	0,0 100,0	8,21	2	0,016

Tablo 28. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının kuruma göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddelerinden “8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir” ($X^2=7,61$; $p<0,05$), “11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır” ($X^2=7,61$; $p<0,05$), “15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir” ($X^2=7,39$; $p<0,05$), “22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır” ($X^2=8,34$; $p<0,05$), “30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.” ($X^2=8,21$; $p<0,05$) maddelerine verilen yanıtların kuruma göre anlamlı farklılık gösterdiği; diğer yirmi beş maddeye verilen yanıtların kuruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m8, m11 ve m15 maddelerine Kurum A’da görev yapan katılımcıların %75’i doğru yanıt verirken, Kurum B’de görev yapan katılımcıların %95,2’si ve Kurum C’de görev yapan katılımcıların tamamı (%100) doğru yanıt vermiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m22 maddesine Kurum B’de görev yapan katılımcıların %42,9’u doğru yanıt verirken, Kurum A’da görev yapan katılımcıların %71,4’ü ve Kurum C’de görev yapan katılımcıların %85’i doğru yanıt vermiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m30 maddesine Kurum A’da görev yapan katılımcıların %73,3’ü doğru yanıt verirken, Kurum B’de görev yapan katılımcıların %95,2’si ve Kurum C’de görev yapan katılımcıların tamamı (%100) doğru yanıt vermiştir.

Tablo 29’da ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis H testi sonuçları yer almaktadır.

Kurum	n	$\bar{X}$	SS	KS (p)	S-W (p)	X^2	p
Kurum A	16	20,50	5,99	0,287 (0,001)	0,814 (0,007)	3,05	0,217
Kurum B	21	24,05	2,22	0,110 (0,200)	0,960 (0,525)		
Kurum C	20	23,65	2,85	0,145 (0,200)	0,897 (0,036)		
K-S: Kolmogorov-Smirnov		S-W: Shapiro-Wilk		X^2 : Kruskal Wallis H testine ait istatistik			

Tablo 29. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının kuruma göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının her kurumda normal dağılım göstermediği ($S-W_p < 0,05$) tespit edilmiştir (Gruplardaki örneklem sayısı 50’den düşük olduğu Shapiro-Wilk dikkate alındı). Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının kuruma göre anlamlı farklılık göstermediği (Kruskal Wallis H testi $X^2=0,42$; $p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.2.3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Maddeleri Doğru ve Yanlış Dağılımının Mesleki Kıdeme Göre İncelenmesi

Tablo 30’da mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddelerin doğru ve yanlış dağılımına yer verilmiştir.

Madde No	DC	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	10	19	0	34,5
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	26	3	0	89,7
3.Diş patolojilerinden sayı anomali olan; sümnerer diş ve anadonti, şekil anomali olan krona talon tüberküli sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	17	11	1	58,6
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	20	9	0	69,0
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	1	27	1	3,4
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	2	27	0	6,9
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	25	4	0	86,2
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	27	2	0	93,1
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	27	1	1	93,1
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini artırmaktadır.	26	2	1	89,7
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	26	3	0	89,7
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	23	5	1	79,3
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	14	15	0	48,3
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	27	1	1	93,1
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	25	4	0	86,2
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.	18	10	1	62,1
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	18	11	0	62,1
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	20	9	0	69,0
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	22	7	0	75,9
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	25	2	2	86,2
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	24	2	3	82,8
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	16	11	2	55,2
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	17	11	1	58,6

24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	20	5	4	69,0
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	29	0	0	100,0
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	29	0	0	100,0
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	22	7	0	75,9
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	26	3	0	89,7
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	20	8	1	69,0
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	24	4	1	82,8
	$\bar{X}$	SS		
Test Puanı	21,59	4,23		
Test Başarı Oranı %	71,97	14,10		

YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 30. Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır” (%100), “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır” (%100), “8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir” (%93,1), “9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir” (%93,1), “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır” (%93,1), olarak tespit edilmiştir. En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir” (%6,9), “5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir” (%3,4) olarak tespit edilmiştir.

Test puan ortalaması 21,59±4,23 ve genel olarak testin başarı yüzdesi %71,97 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 31’de mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi testi maddelerin doğru ve yanlış dağılımına yer verilmiştir.

Madde No	DC	YC	BOŞ	DC %
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	16	12	0	57,1
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	27	1	0	96,4
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnümerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberküli sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	18	10	0	64,3
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	25	3	0	89,3
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	7	21	0	25,0
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	7	21	0	25,0
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgulu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	24	4	0	85,7
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	25	3	0	89,3
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	26	1	1	92,9
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.	25	2	1	89,3
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	26	2	0	92,9
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	24	3	1	85,7
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	11	17	0	39,3
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	27	1	0	96,4
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	26	1	1	92,9
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.	23	5	0	82,1
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	24	3	1	85,7
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	24	4	0	85,7
19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	24	4	0	85,7
20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	27	1	0	96,4
21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	27	1	0	96,4
22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	20	8	0	71,4
23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	18	10	0	64,3
24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	19	8	1	67,9
25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	27	0	1	96,4
26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	28	0	0	100,0
27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	24	4	0	85,7
28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	27	1	0	96,4
29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	27	1	0	96,4
30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	27	1	0	96,4
	$\bar{X}$	SS		
Test Puanı	24,28	3,43		
Test Başarı Oranı %	80,93	11,43		

YC: Yanlış cevap sayısı DC: Doğru cevap sayısı %: Doğru cevap yüzdesi

Tablo 31. Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddeleri doğru ve yanlış dağılımı

Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi testinde en fazla doğru yanıtlanan madde sıralaması “26.Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır” (%100), “2. Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam

32 adet daimi diş vardır.” (%96,4), “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır” (%96,4), “20.Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.” (%96,4), “21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını arttırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur” (%96,4), “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.” (%96,4), “28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır” (%96,4), “29.Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur” (%96,4), “30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.” (%96,4) olarak tespit edilmiştir. En az doğru yanıtlanan madde sıralaması “5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir” (%25), “6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.” (%25) olarak tespit edilmiştir.

Test puan ortalaması 24,28±3,43 ve genel olarak testin başarı yüzdesi %80,93 olarak gerçekleşmiştir.

4.2.3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Mesleki Kıdeme Göre Karşılaştırması

Tablo 32’de ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılmasına ait ki kare testi sonuçları yer almaktadır.

Madde No	Cevap	1-2 yıl	3-4 yıl	X2	sd	p
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	Yanlış Doğru	65,5 34,5	42,9 57,1	2,95	1	0,086
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	Yanlış Doğru	10,3 89,7	3,6 96,4	1,00	1	0,317
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnünerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan krona talon tüberküllu sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	Yanlış Doğru	39,3 60,7	35,7 64,3	0,08	1	0,783
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	31,0 69,0	10,7 89,3	3,53	1	0,060
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	Yanlış Doğru	96,4 3,6	75,0 25,0	5,25	1	0,022
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	Yanlış Doğru	93,1 6,9	75,0 25,0	3,51	1	0,061

7. Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgulu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	Yanlış Doğru	13,8 86,2	14,3 85,7	0,01	1	0,957
8. Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	Yanlış Doğru	6,9 93,1	10,7 89,3	0,26	1	0,610
9. Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	Yanlış Doğru	3,6 96,4	3,7 96,3	0,01	1	0,979
10. Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini artırmaktadır.	Yanlış Doğru	7,1 92,9	7,4 92,6	0,01	1	0,970
11. Bebeklikte ilk diş sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	Yanlış Doğru	10,3 89,7	7,1 92,9	0,18	1	0,669
12. Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	17,9 82,1	11,1 88,9	0,50	1	0,478
13. 1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	Yanlış Doğru	51,7 48,3	60,7 39,3	0,47	1	0,494
14. 37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	Yanlış Doğru	3,6 96,4	3,6 96,4	0,00	1	1,000
15. Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	Yanlış Doğru	13,8 86,2	3,7 96,3	1,75	1	0,186
16. Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uandıktan sonradır.	Yanlış Doğru	35,7 64,3	17,9 82,1	2,28	1	0,131
17. Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	Yanlış Doğru	37,9 62,1	11,1 88,9	5,36	1	0,021
18. Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	Yanlış Doğru	31,0 69,0	14,3 85,7	2,27	1	0,132
19. Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	24,1 75,9	14,3 85,7	0,89	1	0,346
20. Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	7,4 92,6	3,6 96,4	0,39	1	0,531
21. Ksilitolü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	Yanlış Doğru	7,7 92,3	3,6 96,4	0,44	1	0,509
22. Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	Yanlış Doğru	40,7 59,3	28,6 71,4	0,90	1	0,343
23. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	39,3 60,7	35,7 64,3	0,08	1	0,783
24. Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	Yanlış Doğru	20,0 80,0	29,6 70,4	0,64	1	0,423
25. Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	0,0 100,0	0,00	1	1,000
26. Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	Yanlış Doğru	0,0 100,0	0,0 100,0	0,00	1	1,000
27. Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemelidir, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	Yanlış Doğru	24,1 75,9	14,3 85,7	0,89	1	0,346
28. Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	Yanlış Doğru	10,3 89,7	3,6 96,4	1,00	1	0,317
29. Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	Yanlış Doğru	28,6 71,4	3,6 96,4	6,49	1	0,011
30. Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	Yanlış Doğru	14,3 85,7	3,6 96,4	1,98	1	0,160

Tablo 32. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu yanıtlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddelerinden “5. Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş

arasında sıkça görülmektedir” ($X^2=5,25$; $p<0,05$), “” ($X^2=5,36$; $p<0,05$), “” ($X^2=6,49$; $p<0,05$) maddelerine verilen yanıtların mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık gösterdiği; diğer yirmi yedi maddeye verilen yanıtların mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m5 maddesine mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların %3,6’sı yanıt verirken, mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların %25’i doğru yanıt vermiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m17 maddesine mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların %62,1’i doğru yanıt verirken, mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların %88,9’u doğru yanıt vermiştir.

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası m29 maddesine mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların %71,4’ü doğru yanıt verirken, mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların %96,4’ü doğru yanıt vermiştir.

Tablo 33’te ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

Mesleki Kıdem	n	$\bar{X}$	SS	KS (p)	S-W (p)	Z	p
1-2 yıl	29	21,59	4,23	0,263 (0,000)	0,829 (0,000)	-	0,002
3-4 yıl	28	24,28	3,43	0,211 (0,003)	0,774 (0,000)	3,10	
K-S: Kolmogorov-Smirnov		S-W: Shapiro-Wilk		Z: Mann Whitney U testi Z istatistiği			

Tablo 33. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının her kurumda normal dağılım göstermediği ($S-W_p <0,05$) tespit edilmiştir (Gruplardaki örneklem sayısı 50’den düşük olduğu Shapiro-Wilk dikkate alındı). Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık gösterdiği ($Z=-3,10$; $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Mesleki kıdemi 3-4 yıl olan katılımcıların ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanı, mesleki kıdemi 1-2 yıl olan katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.3. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Öncesi ve Sonrası Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Formu Cevaplarının Karşılaştırması

Tablo 34'te ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu cevaplarının karşılaştırılmasına ait ki kare testi sonuçları yer almaktadır.

Madde No	Cevap	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	X ²	sd	p
1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.	Yanlış Doğru	91,2 8,8	54,4 45,6	19,54	1	0,000
2.Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.	Yanlış Doğru	5,3 94,7	7,0 93,0	0,15	1	0,696
3.Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnümerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan kromda talon tüberküülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.	Yanlış Doğru	30,4 69,6	37,5 62,5	0,36	1	0,551
4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	40,4 59,6	21,1 78,9	4,81	1	0,028
5.Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşmamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.	Yanlış Doğru	95,7 4,3	85,7 14,3	2,93	1	0,087
6.Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.	Yanlış Doğru	90,7 9,3	84,2 15,8	1,07	1	0,300
7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.	Yanlış Doğru	55,3 44,7	14,0 86,0	19,95	1	0,000
8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.	Yanlış Doğru	4,3 57,7	8,8 91,2	16,41	1	0,000
9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.	Yanlış Doğru	31,1 68,9	3,6 96,4	13,90	1	0,000
10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini artırmaktadır.	Yanlış Doğru	41,3 58,7	7,3 92,7	16,49	1	0,000
11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.	Yanlış Doğru	48,9 51,1	8,8 91,2	21,12	1	0,000
12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	61,9 38,1	14,5 85,5	23,46	1	0,000
13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.	Yanlış Doğru	78,7 21,3	56,1 43,9	5,88	1	0,015
14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.	Yanlış Doğru	15,8 84,2	3,9 96,4	4,34	1	0,037
15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.	Yanlış Doğru	45,7 54,3	8,9 91,1	17,93	1	0,000
16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyardıktan sonradır.	Yanlış Doğru	60,4 39,6	26,8 73,2	11,98	1	0,001
17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.	Yanlış Doğru	89,1 10,9	25,0 75,0	46,44	1	0,000
18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.	Yanlış Doğru	78,7 21,3	22,8 77,2	32,26	1	0,000

19. Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.	Yanlış Doğru	73,6 26,4	19,3 80,7	32,64	1	0,000
20. Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	15,9 84,1	5,5 94,5	2,94	1	0,086
21. Ksilitolü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını artırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.	Yanlış Doğru	41,5 58,5	5,6 94,4	18,08	1	0,000
22. Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.	Yanlış Doğru	68,8 31,3	34,5 65,5	11,99	1	0,001
23. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.	Yanlış Doğru	90,9 9,1	37,5 62,5	29,54	1	0,000
24. Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.	Yanlış Doğru	48,7 51,3	25,0 75,0	5,50	1	0,019
25. Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.	Yanlış Doğru	9,6 90,4	0,0 100,0	6,65	1	0,017
26. Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.	Yanlış Doğru	3,9 96,2	0,0 100,0	2,23	1	0,135
27. Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemelidir, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.	Yanlış Doğru	80,0 20,0	19,3 80,7	39,34	1	0,000
28. Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.	Yanlış Doğru	31,9 68,1	7,0 96,0	10,69	1	0,001
29. Süt dişi avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.	Yanlış Doğru	27,5 72,5	16,1 83,9	1,85	1	0,174
30. Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.	Yanlış Doğru	43,6 56,4	8,9 91,1	15,52	1	0,000

Tablo 34. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu cevaplarının karşılaştırması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu maddelerinden m2, m3, m5, m6, m20, m26, m29 maddelerine verilen doğru yanıtların, program öncesine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası 23 maddeye verilen doğru yanıtların, program öncesine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir:

Eğitim programı sonrası “1.Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=19,54$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “4.Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=4,81$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “7.Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgulu bir veya

daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=19,95$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “8.Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=16,41$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “9.Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=13,90$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “10.Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=16,49$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “11.Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=21,12$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “12.Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=23,46$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “13.1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=5,88$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “14.37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=4,34$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “15.Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=17,93$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “16.Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=11,98$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “17.Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=46,44$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “18.Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=32,26$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “19.Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=32,64$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “21.Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını arttırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=18,08$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “22.Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=11,99$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “23.Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı, çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=29,54$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “24.Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=5,50$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “25.Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemden 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin

profilaktik olarak uygulanmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=6,65$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “27.Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=39,34$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “28.Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=10,69$; $p<0,05$).

Eğitim programı sonrası “30.Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.” maddesine verilen doğru yanıtlar, eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2=15,52$; $p<0,05$).

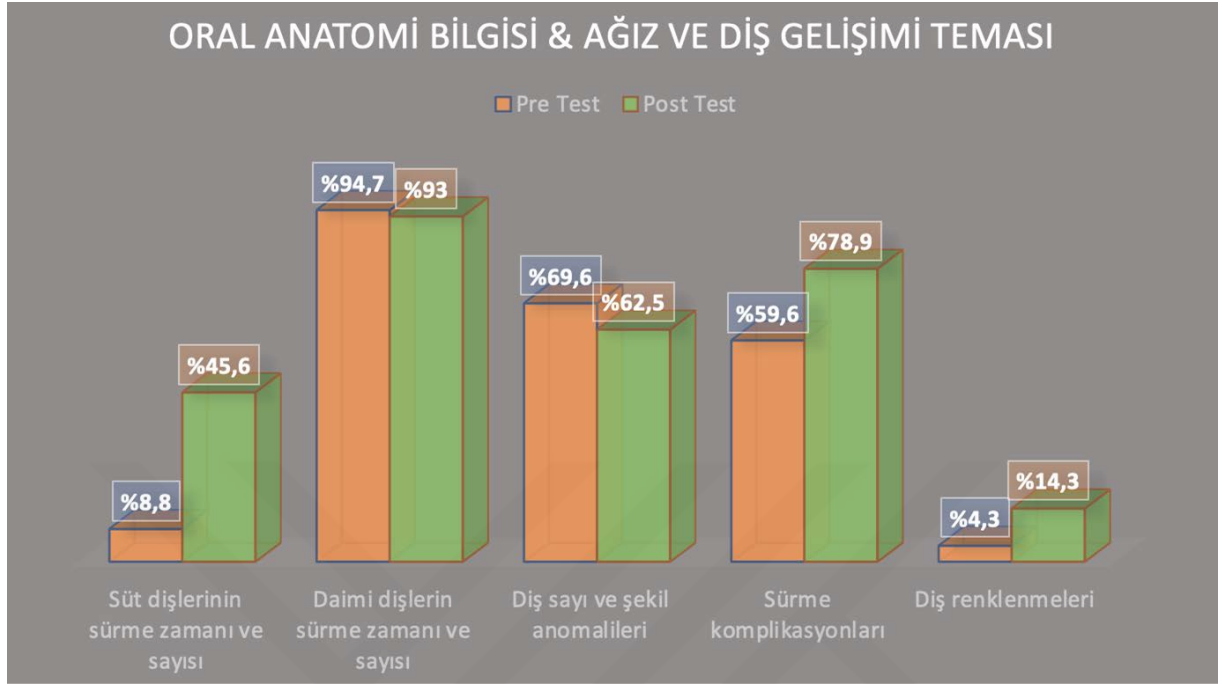
Tablo 35’te ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının karşılaştırılmasına ait Wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları yer almaktadır.

Mesleki Kıdem	n	$\bar{X}$	SS	KS (p)	S-W (p)	Z	p
1-2 yıl	29	11,72	3,18	0,183	0,919	-	0,000
				(0,000)	(0,001)		
3-4 yıl	28	22,91	4,06	0,236	0,820	6,53	
				(0,000)	(0,000)		
K-S: Kolmogorov-Smirnov		S-W: Shapiro-Wilk		Z: Wilcoxon işaretli sıralar testi Z istatistiği			

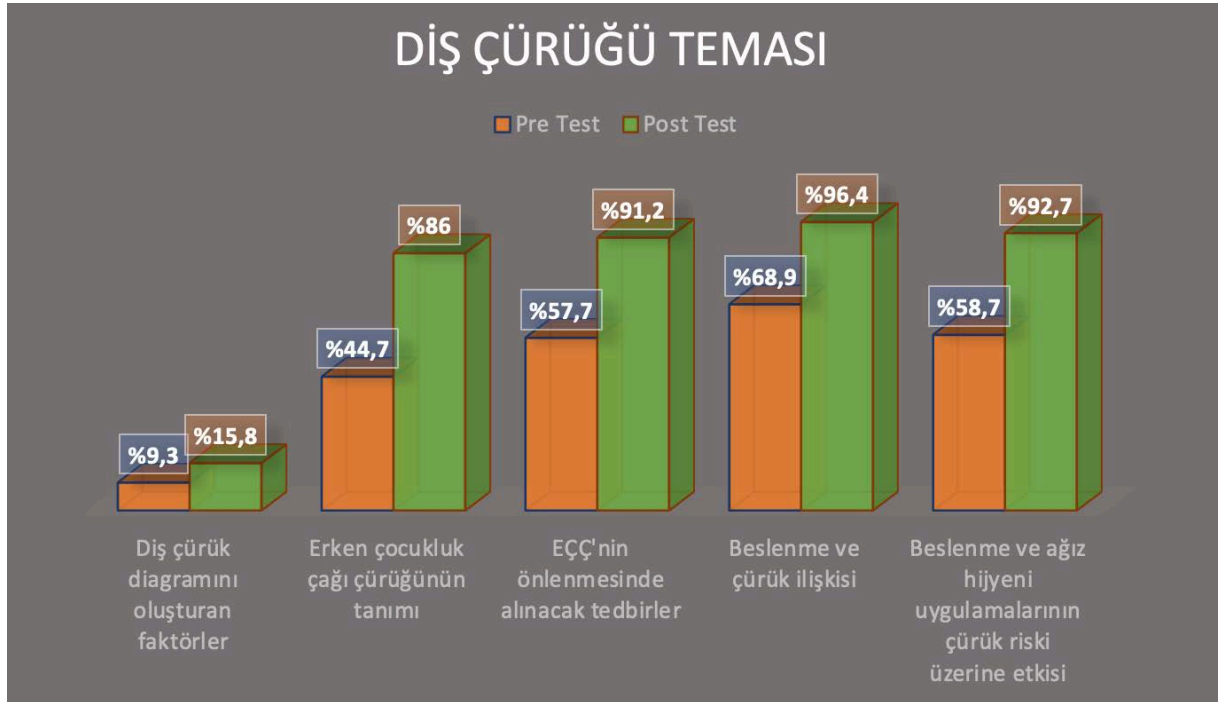
Tablo 35. Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının karşılaştırması

Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanlarının normal dağılım göstermediği ($S-W_p < 0,05$) tespit edilmiştir (Gruplardaki örneklem sayısı 50’den düşük olduğu Shapiro-Wilk dikkate alındı). Ağız ve diş sağlığı eğitim programı öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($Z=-8,40$; $p<0,05$). Ağız ve diş sağlığı eğitim programı sonrası ağız ve diş sağlığı bilgi formu toplam puanı, eğitim programı öncesi puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

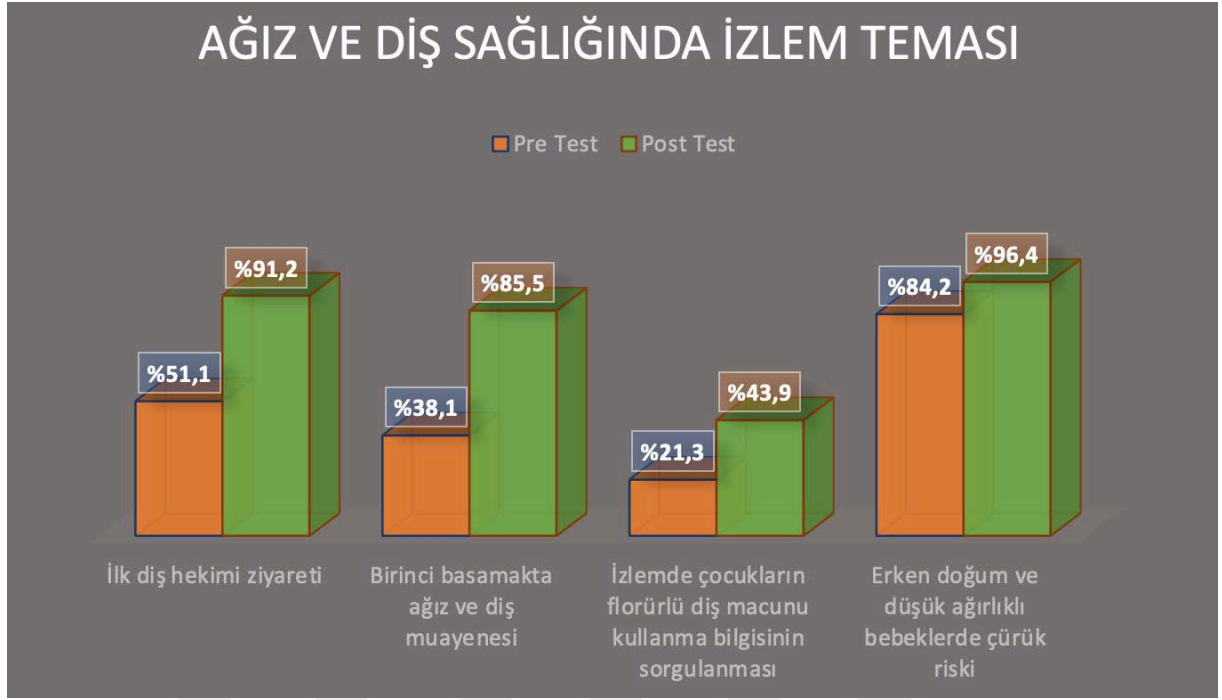
Ağız ve diş sağlığı eğitim programının 6 ana bölümünün pre ve post test başarı yüzdeleri aşağıdaki grafiklerde verilmiştir.



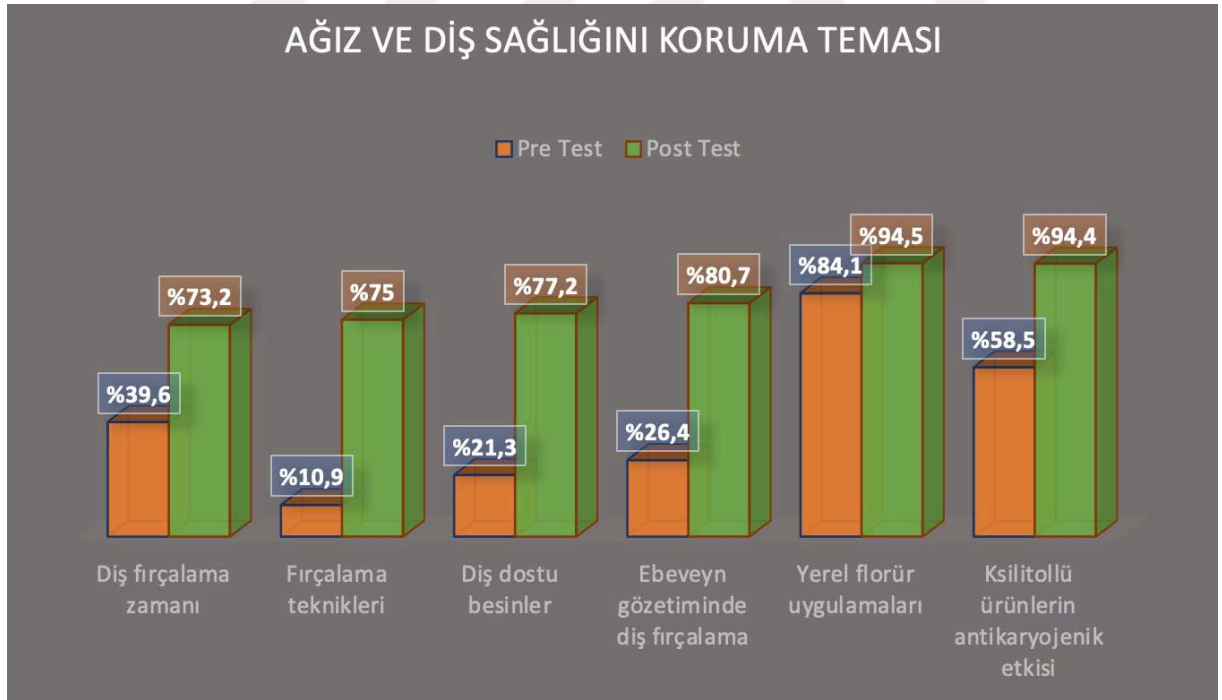
Grafik 11. Oral anatomi bilgisi, ağız ve diş gelişimi teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri



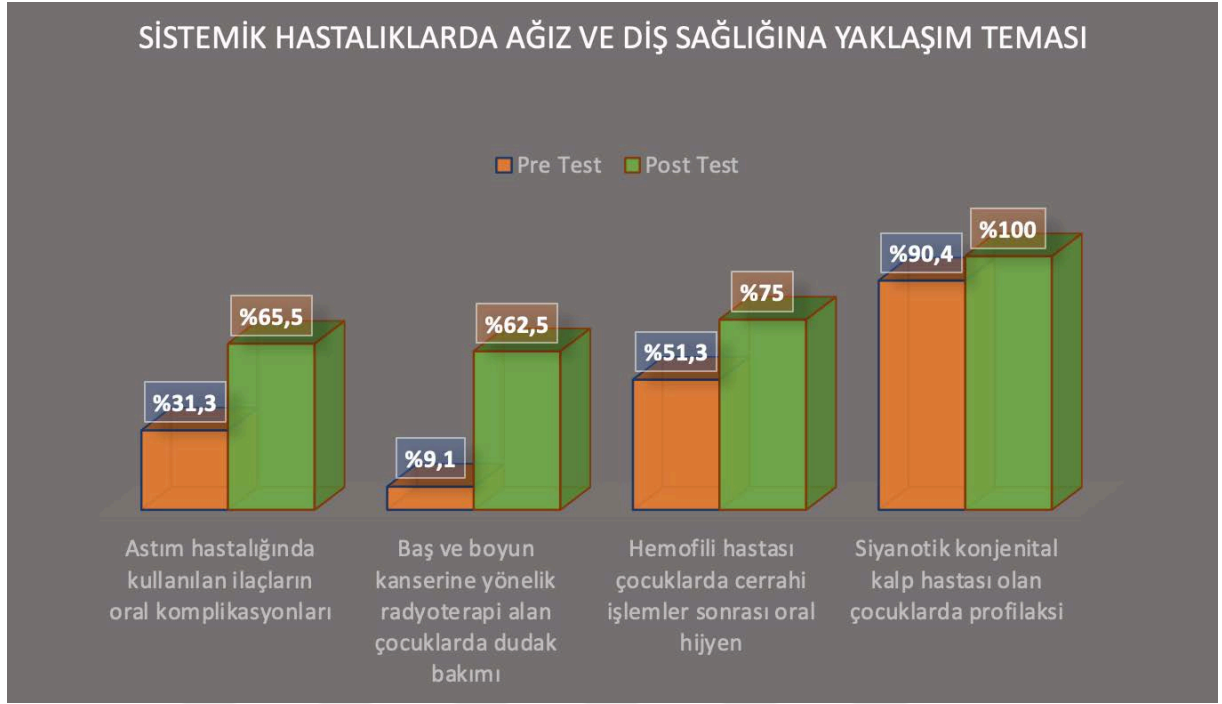
Grafik 12. Diş çürüğü teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri



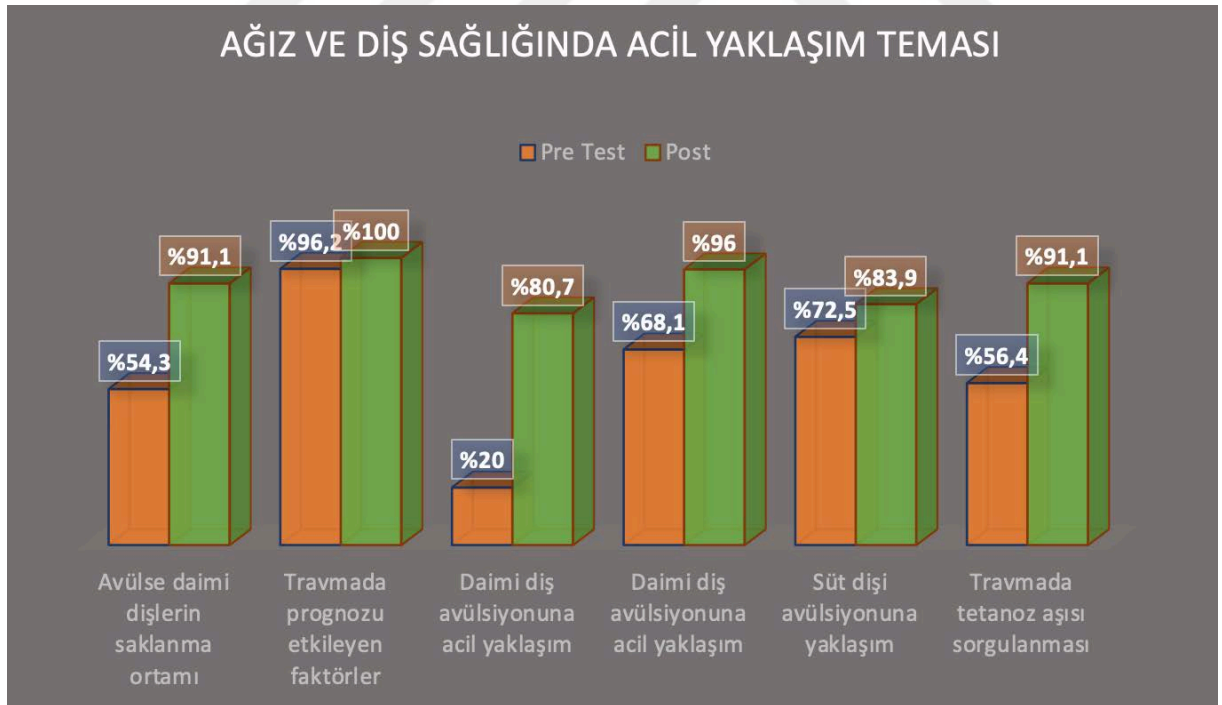
Grafik 13. Ağız ve diş sağlığında izlem teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri



Grafik 14. Ağız ve diş sağlığını koruma teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri

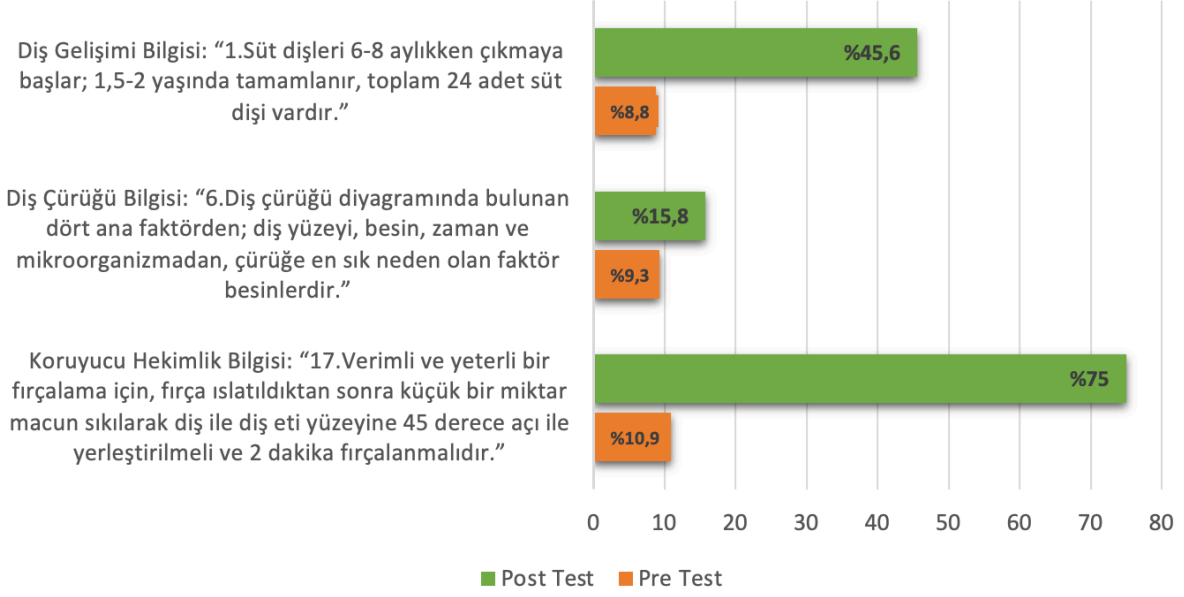


Grafik 15. Sistemik hastalıklarda ağız ve diş sağlığına yaklaşım teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri

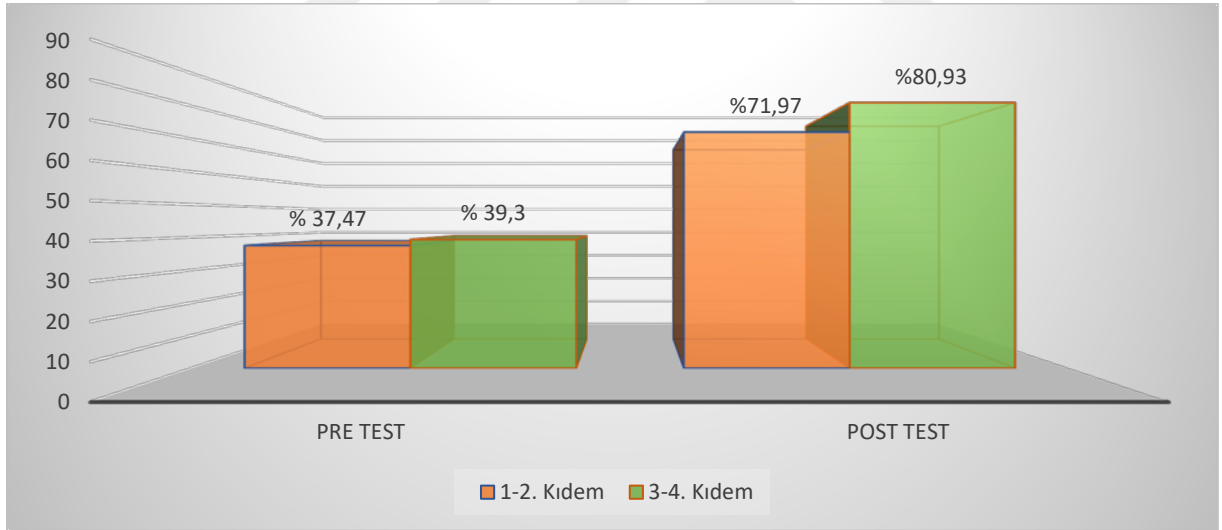


Grafik 16. Ağız ve diş sağlığında acil yaklaşım teması içinde yer alan soruların pre ve post test başarı yüzdeleri

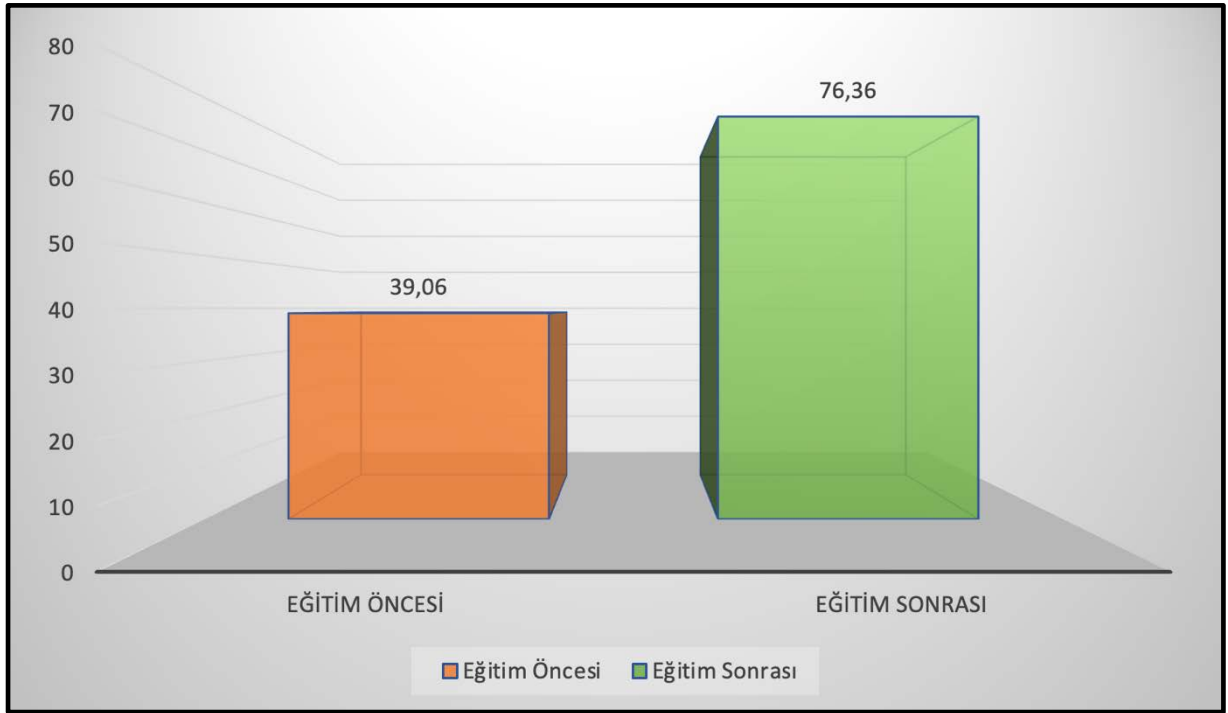
Pre Testte En Az Doğru Yanıtlanan Soruların Eğitim Sonrası Başarı Yüzdeleri



Grafik 17. Pre testte en az doğru yanıtlanan soruların eğitim sonrası başarı yüzdelerindeki artış



Grafik 18. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programı Pre ve Post Test Başarı Yüzdelerinin Mesleki Kıdeme Göre Karşılaştırılması



Grafik 19. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda geliştiren eğitim programı için gerçekleştirilen örneklem çalışmasında pre test ve son test bilgi testinin başarı yüzdesi

4.4. Eğitim Programı Değerlendirme Memnuniyet Formu

4.4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Memnuniyet anketine katılan uzmanlık öğrencilerinin demografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 36’da yer almaktadır.

Demografik Değişken	Gruplar	n	%
Uzmanlık eğitim süresi	1 yıl ve altı	14	24,6
	2-3 yıl	11	19,3
	3-4 yıl	12	21,1
	4-5 yıl	20	35,1
Daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumu	Evet	7	12,3
	Hayır	50	87,7
Daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevki	Evet	37	64,9
	Hayır	20	35,1

Tablo 36. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Memnuniyet anketine katılan 57 uzmanlık öğrencisinin %24,6'sının uzmanlık eğitim süresi 1 yıl ve altı, %19,3'ünün 2-3 yıl arası, %21,1'inin 3-4 yıl arası, %35,1'inin uzmanlık eğitim süresi 4-5 yıldır. Katılımcıların %12,3'ü daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim almış, %64,9'u daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevki yapmıştır.

4.4.2. Eğitim Programına İlişkin Görüşlere Ait Betimsel Bulgular

Tablo 37'de eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Görüşler	N	$\bar{X}$	SS	Ç.	B.
1. Eğitim programının amaçları eksiksiz olarak açıklanmıştır.	57	4,58	0,73	-2,56	9,35
2. Eğitimin teorik bilgi bölümünde verilen bilgiler işlevsel ve yeterliydi.	57	4,74	0,48	-1,59	1,64
3. Eğitimde verilen olgu/vaka sayısı yeterliydi.	57	4,75	0,47	-1,72	2,17
4. Eğitimde kullanılan görsel materyaller yeterliydi.	57	4,68	0,57	-1,67	1,88
5. Eğitimde yaptığımız küçük grup çalışması, bilgi alışverişi yapmamıza katkı sağladı.	57	4,84	0,41	-2,68	7,07
6. Eğitimde kullanılan öğrenme materyalleri, öğrenmemi kolaylaştırdı.	57	4,68	0,54	-1,50	1,41
7. Eğitime ayrılan süre yeterliydi.	57	4,68	0,66	-2,27	5,10
8. Eğitime katılan kişi sayısı, sorularımıza cevap bulmamız açısından idealdi.	57	4,75	0,54	-2,87	10,76
EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ VE UYGULANMASI	57	4,71	0,40	-1,20	0,010

Ç.: Çarpıklık B.: Basıklık

Tablo 37. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler

Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlere ait toplam puan $4,71 \pm 0,40$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin tamamı çok yüksek memnuniyet düzeyinde olup en yüksek memnuniyetin eğitimde verilen olgu/vaka sayısının yeterliği ($4,75 \pm 0,47$) ve eğitime katılan kişi sayısı, sorulan sorulara cevap bulunabilmesi açısından ideal olması ($4,75 \pm 0,54$) görüşlerine ait olduğu, çok yüksek düzeyde olmakla birlikte en düşük düzeyde memnuniyetin eğitim programının amaçlarının eksiksiz olarak açıklanmış olması ($4,58 \pm 0,73$) görüşüne ait olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 38'te eğiticilere ilişkin görüşlere ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Görüşler	N	$\bar{X}$	SS	Ç.	B.
1. Eğiticiler, öğrenmeye katkı sağlayarak uygulamalar sırasında yardımcı oldular.	57	4,79	0,45	-2,04	3,57
2. Eğitimle ilgili fikir ve bilgiler eğiticiler tarafından anlaşılacak biçimde aktarıldı.	57	4,79	0,45	-2,04	3,57
3. Eğitim süresince, eğiticiler katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırdı.	57	4,81	0,44	-2,23	4,50
4. Eğiticiler, katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davrandı.	57	4,81	0,52	-3,51	15,29
5. Eğiticiler, zamanı programa uygun şekilde kullandı.	57	4,65	0,74	-2,29	4,81
EĞİTİCİLER	57	4,77	0,42	-1,74	1,92
Ç.: Çarpıklık B.: Basıklık					

Tablo 38. Eğiticilere ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler

Eğiticilere ilişkin görüşlere ait toplam puan $4,77 \pm 0,42$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğiticilere ilişkin memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Eğiticilere ilişkin görüşlerin tamamı çok yüksek memnuniyet düzeyinde olup en yüksek memnuniyetin eğitim süresince eğiticilerin katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırması ($4,81 \pm 0,44$) ve eğiticilerin katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davranması ($4,81 \pm 0,52$) görüşlerine ait olduğu, çok yüksek düzeyde olmakla birlikte en düşük düzeyde memnuniyetin eğiticilerin zamanı programa uygun şekilde kullanması ($4,58 \pm 0,73$) görüşüne ait olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 39’da eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Görüşler	N	$\bar{X}$	SS	Ç.	B.
1. Eğitimin mesleğim açısından yararlı olacağını düşünüyorum.	57	4,86	0,40	-2,96	8,90
2. Bu eğitimin mesleğime katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığını düşünüyorum.	57	4,81	0,44	-2,23	4,50
3. Bu eğitimden öğrendiklerimi meslek hayatımda kullanacağımı düşünüyorum.	57	4,81	0,44	-2,23	4,50
4. Bu eğitim, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonumu arttırdı.	57	4,77	0,42	-1,33	-0,24
5. Aldığım eğitim sonrası, ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığım arttı.	57	4,88	0,33	-2,36	3,70
6. Aldığım eğitim, ağız ve diş sağlığına yönelik eksik noktalarımı fark etmemi sağladı.	57	4,84	0,37	-1,93	1,78
7. Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesini yapacak ve gerekli durumlarda sevkini planlayacak kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.	57	4,67	0,51	-1,14	0,18
8. Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığım hastaları takibini ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğumu düşünüyorum.	57	4,53	0,60	-0,87	-0,18
9. Aldığım eğitimin, ağız ve dişlerde görülen sorunları erken dönemde saptamaya yardımcı olacağını düşünüyorum.	57	4,75	0,43	-1,21	-0,55

10. Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili anabilim dalımızda/kliniğimizde düzenli etkinliklerin olmasını isterim.	57	4,72	0,59	-2,55	7,75
EĞİTİM PROGRAMININ MESLEĞE KATKISI	57	4,76	0,33	-1,33	0,61
Ç.: Çarpıklık B.: Basıklık					

Tablo 39. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler

Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlere ait toplam puan $4,76 \pm 0,33$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin tamamı çok yüksek memnuniyet düzeyinde olup en yüksek memnuniyetin eğitim süresince eğitim programının mesleğe katkısının aldığı eğitim sonrası ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığının artması ($4,88 \pm 0,33$) ve eğitimin mesleği açısından yararlı olacağı ($4,86 \pm 0,40$) görüşlerine ait olduğu, çok yüksek düzeyde olmakla birlikte en düşük düzeyde memnuniyetin eğitim sonunda klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığında hastaların takibini ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğu ($4,53 \pm 0,60$) görüşüne ait olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 40'ta eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlere ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Görüşler	N	$\bar{X}$	SS	Ç.	B.
1. Bu eğitimi alırken zorlandım.*	57	2,28	1,47	0,85	-0,69
2. Bu eğitime katıldığımı memnunum.	57	4,72	0,59	-2,55	7,75
3. Bu eğitimin uzmanlık eğitimime katkı sağladığını düşünüyorum.	57	4,86	0,35	-2,13	2,62
4. Bu eğitim mesleğim açısından gerekli olduğunu düşünüyorum.	57	4,79	0,53	-3,27	13,53
5. Bu eğitimden öğrendiklerimi meslektaşlarımla paylaşacağım.	57	4,68	0,57	-1,67	1,88
6. Bu eğitimi eş kıdemlerime tavsiye ederim.	57	4,77	0,46	-1,87	2,81
7. Bu eğitimi üst kıdemlerime tavsiye ederim.	57	4,75	0,51	-2,01	3,40
8. Bu eğitimi alt kıdemlerime tavsiye ederim.	57	4,77	0,46	-1,87	2,81
9. Aldığım eğitimin, pratisyen hekimlerin de alması gerektiğini düşünüyorum.	57	4,81	0,44	-2,23	4,50
10. Aldığım eğitimin, aile hekimlerinin de alması gerektiğini düşünüyorum.	57	4,84	0,41	-2,68	7,07
11. Aldığım eğitimin, uzmanlık eğitimi müfredatında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	57	4,61	0,70	-1,87	3,12
12. Aldığım eğitimde yer alan öğrenme hedeflerinin TUKMOS'ta yer alması gerektiğini düşünüyorum.	57	4,61	0,67	-1,52	0,96
13. Aldığım eğitim beklentilerimi karşılamaktadır.	57	4,75	0,47	-1,72	2,17
EĞİTİM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ	57	4,67	0,41	-1,61	2,82
Ç.: Çarpıklık B.: Basıklık *Toplam puan alınırken ters kodlanmıştır.					

Tablo 40. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlere ait betimsel istatistikler

Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlere ait toplam puan $4,67\pm0,41$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin en yüksek memnuniyetin eğitimin uzmanlık eğitimine katkı sağladığı ($4,86\pm0,35$) ve aldığı eğitimi aile hekimlerinin de alması gerektiği ($4,84\pm0,41$) görüşlerine ait olduğu, olumsuz ifade taşıyan eğitimi alırken zorlanma görüşünün ($2,28\pm1,47$) ise düşük puana sahip olması nedeniyle ters kodlandığında yüksek düzeyde memnuniyeti ($3,70\pm1,47$) ifade ettiği görüşüne ait olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 41’de eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve aldığı eğitimi puanlama maddesine ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Değişken	N	$\bar{X}$	SS	Ç.	B.
EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN PUAN ORTALAMASI	57	4,73	0,34	-1,33	0,43
ALINAN EĞİTİME VERİLEN PUAN ORTALAMASI	57	4,82	0,43	-2,44	5,64

Ç.: Çarpıklık B.: Basıklık

Tablo 41. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve aldığı eğitimi puanlama maddesine ait betimsel istatistikler

Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması $4,73\pm0,34$ olarak tespit edilmiş olup alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre katılımcıların eğitim programına ilişkin genel memnuniyetinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim programında aldığı eğitime 1 ile 5 arası puan vermesi istenmiş olup eğitime verilen puanların ortalaması $4,82\pm0,43$ olarak tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre eğitim programının değerlendirilmesine yönelik anket maddelerine verilen cevaplar ile aldığı eğitime verilen puan ortalamasının uyumlu olduğu ve ağız ve diş sağlığı konusunda geliştirilen eğitim programından memnuniyetin yüksek düzeyde olduğu bulguları elde edilmiştir.

4.4.3. Eğitim Programının İçeriği ve Uygulanmasına İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 42’de eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Uzmanlık Eğitim Süresi	N	$\bar{X}$	SS	X ²	sd	p	Anlamlı Fark ¹
1. Eğitim programının amaçları eksiksiz olarak açıklanmıştır.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,50	1,08	3	0,783	
	B-1-2 yıl	11	4,73	0,47				
	C-3-4 yıl	12	4,67	0,65				
	D-4-5 yıl	20	4,40	0,99				
2. Eğitimin teorik bilgi bölümünde verilen bilgiler işlevsel ve yeterliydi.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,50	1,52	3	0,678	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,39				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,57				
3. Eğitimde verilen olgu/vaka sayısı yeterliydi.	A-1 yıl ve daha az	14	4,57	0,65	3,11	3	0,375	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
4. Eğitimde kullanılan görsel materyaller yeterliydi.	A-1 yıl ve daha az	14	4,57	0,76	1,48	3	0,687	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,62				
	D-4-5 yıl	20	4,65	0,49				
5. Eğitimde yaptığımız küçük grup çalışması, bilgi alışverişi yapmamıza katkı sağladı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,58	2,57	3	0,462	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	5,00	0,00				
	D-4-5 yıl	20	4,80	0,41				
6. Eğitimde kullanılan öğrenme materyalleri, öğrenmemi kolaylaştırdı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,50	0,65	2,75	3	0,432	
	B-1-2 yıl	11	4,73	0,65				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,39				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
7. Eğitime ayrılan süre yeterliydi.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	2,03	3	0,566	
	B-1-2 yıl	11	4,45	1,04				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,57				
8. Eğitime katılan kişi sayısı, sorularımıza cevap bulmamız açısından idealdi.	A-1 yıl ve daha az	14	4,71	0,47	3,06	3	0,382	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,87				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ VE UYGULANMASI	A-1 yıl ve daha az	14	4,63	0,46	2,79	3	0,425	
	B-1-2 yıl	11	4,76	0,35				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,37				
	D-4-5 yıl	20	4,68	0,43				

Tablo 42. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması

Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 43'te eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi		n	$\bar{X}$	SS	Z	p
	Evet	Hayır					
1. Eğitim programının amaçları eksiksiz olarak açıklanmıştır.	Evet	Hayır	7	4,57	0,53	-0,43	0,669
			50	4,58	0,76		
2. Eğitimin teorik bilgi bölümünde verilen bilgiler işlevsel ve yeterliydi.	Evet	Hayır	7	4,86	0,38	-0,68	0,495
			50	4,72	0,50		
3. Eğitimde verilen olgu/vaka sayısı yeterliydi.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,35	0,726
			50	4,76	0,48		
4. Eğitimde kullanılan görsel materyaller yeterliydi.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,05	0,962
			50	4,68	0,59		
5. Eğitimde yaptığımız küçük grup çalışması, bilgi alışverişi yapmamıza katkı sağladı.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-1,13	0,258
			50	4,86	0,40		
6. Eğitimde kullanılan öğrenme materyalleri, öğrenmemi kolaylaştırdı.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,03	0,975
			50	4,68	0,55		
7. Eğitime ayrılan süre yeterliydi.	Evet	Hayır	7	4,57	0,79	-0,45	0,654
			50	4,70	0,65		
8. Eğitime katılan kişi sayısı, sorularımıza cevap bulmamız açısından idealdi.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,48	0,631
			50	4,76	0,56		
EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ VE UYGULANMASI	Evet		7	4,70	0,44	-0,34	0,732
	Hayır		50	4,72	0,41		

Tablo 43. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 44'te eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Çocuk Diş Hekimine Sevk	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
1. Eğitim programının amaçları eksiksiz olarak açıklanmıştır.	Evet	37	4,51	0,84	-0,57	0,571
	Hayır	20	4,70	0,47		
2. Eğitimin teorik bilgi bölümünde verilen bilgiler işlevsel ve yeterliydi.	Evet	37	4,73	0,51	0,00	1,000
	Hayır	20	4,75	0,44		
3. Eğitimde verilen olgu/vaka sayısı yeterliydi.	Evet	37	4,81	0,40	-1,02	0,307
	Hayır	20	4,65	0,59		
4. Eğitimde kullanılan görsel materyaller yeterliydi.	Evet	37	4,68	0,53	-0,59	0,557
	Hayır	20	4,70	0,66		
5. Eğitimde yaptığımız küçük grup çalışması, bilgi alışverişi yapmamıza katkı sağladı.	Evet	37	4,86	0,35	-0,22	0,824
	Hayır	20	4,80	0,52		
6. Eğitimde kullanılan öğrenme materyalleri, öğrenmemi kolaylaştırdı.	Evet	37	4,65	0,59	-0,48	0,631
	Hayır	20	4,75	0,44		
7. Eğitime ayrılan süre yeterliydi.	Evet	37	4,65	0,72	-0,41	0,681
	Hayır	20	4,75	0,55		
8. Eğitime katılan kişi sayısı, sorularımıza cevap bulmamız açısından idealdi.	Evet	37	4,73	0,61	-0,19	0,850
	Hayır	20	4,80	0,41		
EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ VE UYGULANMASI	Evet	37	4,70	0,41	-0,32	0,751
	Hayır	20	4,74	0,42		

Tablo 44. Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programının içeriği ve uygulanmasına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.4.4. Eğiticilere İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 45'te eğiticilere ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Uzmanlık Eğitim Süresi	N	$\bar{X}$	SS	X^2	sd	p	Anlamlı Fark ¹
1. Eğiticiler, öğrenmeye katkı sağlayarak uygulamalar sırasında yardımcı oldular.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	2,75	3	0,431	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,58				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
2. Eğitimle ilgili fikir ve bilgiler eğiticiler tarafından anlaşılacak biçimde aktarıldı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	3,26	3	0,353	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,65	0,59				
3. Eğitim süresince, eğiticiler katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırdı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	3,26	3	0,353	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,39				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,57				
4. Eğiticiler, katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davrandı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	3,79	3	0,285	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,87				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
5. Eğiticiler, zamanı programa uygun şekilde kullandı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,50	0,94	4,07	3	0,254	
	B-1-2 yıl	11	4,73	0,90				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,55	0,69				
EĞİTİCİLER	A-1 yıl ve daha az	14	4,73	0,38	3,10	3	0,377	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,21				
	C-3-4 yıl	12	4,85	0,46				
	D-4-5 yıl	20	4,67	0,51				

Tablo 45. Eğiticilere ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması

Eğiticilere ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 46’da eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
1. Eğiticiler, öğrenmeye katkı sağlayarak uygulamalar sırasında yardımcı oldular.	Evet	7	4,71	0,49	-0,62	0,534
	Hayır	50	4,80	0,45		
2. Eğitimle ilgili fikir ve bilgiler eğiticiler tarafından anlaşılacak biçimde aktarıldı.	Evet	7	4,71	0,49	-0,62	0,534
	Hayır	50	4,80	0,45		
3. Eğitim süresince, eğiticiler katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırdı.	Evet	7	4,57	0,79	-0,96	0,338
	Hayır	50	4,84	0,37		
4. Eğiticiler, katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davrandı.	Evet	7	4,71	0,49	-0,94	0,346
	Hayır	50	4,82	0,52		
	Evet	7	4,57	0,79	-0,40	0,691

5. Eğiticiler, zamanı programa uygun şekilde kullandı.	Hayır	50	4,66	0,75		
EĞİTİCİLER	Evet	7	4,66	0,60	-0,23	0,822
	Hayır	50	4,78	0,40		

Tablo 46. Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması

Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 47’de eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Çocuk Diş Hekimine Sevk	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
1. Eğiticiler, öğrenmeye katkı sağlayarak uygulamalar sırasında yardımcı oldular.	Evet	37	4,76	0,49	-0,63	0,526
	Hayır	20	4,85	0,37		
2. Eğitimle ilgili fikir ve bilgiler eğiticiler tarafından anlaşılacak biçimde aktarıldı.	Evet	37	4,78	0,48	-0,05	0,961
	Hayır	20	4,80	0,41		
3. Eğitim süresince, eğiticiler katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırdı.	Evet	37	4,78	0,48	-0,41	0,685
	Hayır	20	4,85	0,37		
4. Eğiticiler, katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davrandı.	Evet	37	4,78	0,58	-0,16	0,874
	Hayır	20	4,85	0,37		
5. Eğiticiler, zamanı programa uygun şekilde kullandı.	Evet	37	4,65	0,72	-0,29	0,776
	Hayır	20	4,65	0,81		
EĞİTİCİLER	Evet	37	4,75	0,47	-0,12	0,901
	Hayır	20	4,80	0,34		

Tablo 47. Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması

Eğiticilere ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.4.5. Eğitim Programının Mesleğe Katkısına İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 48’de eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Uzmanlık Eğitim Süresi	N	$\bar{X}$	SS	X^2	sd	p	Anlamlı Fark ¹
Eğitimin mesleğim açısından yararlı olacağını düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	2,70	3	0,440	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,58				
	D-4-5 yıl	20	4,85	0,37				
Bu eğitimin mesleğime katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığını düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,71	0,47	3,40	3	0,334	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,62				
	D-4-5 yıl	20	4,80	0,41				
Bu eğitimden öğrendiklerimi meslek hayatımda kullanacağımı düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,71	0,47	4,51	3	0,211	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,58				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
Bu eğitim, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonumu arttırdı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,50	5,32	3	0,150	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,39				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
Aldığım eğitim sonrası, ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığım arttı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,86	0,36	6,17	3	0,104	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	5,00	0,00				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
Aldığım eğitim, ağız ve diş sağlığına yönelik eksik noktalarımı fark etmemi sağladı.	A-1 yıl ve daha az	14	4,79	0,43	4,10	3	0,251	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesini yapacak ve gerekli durumlarda sevkini planlayacak kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	2,65	3	0,449	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,45				
	D-4-5 yıl	20	4,55	0,51				
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığım hastaları takibini ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğumu düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,21	0,70	4,50	3	0,213	
	B-1-2 yıl	11	4,64	0,50				
	C-3-4 yıl	12	4,67	0,49				
	D-4-5 yıl	20	4,60	0,60				
Aldığım eğitimin, ağız ve dişlerde görülen sorunları erken dönemde saptamaya yardımcı olacağını düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,50	1,56	3	0,669	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40				
	C-3-4 yıl	12	4,83	0,39				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili anabilim dalımızda/kliniğimizde düzenli etkinliklerin olmasını isterim.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,50	2,33	3	0,508	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,58	1,00				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				

Tablo 48. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması

Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 49’da eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
Eğitimin mesleğim açısından yararlı olacağını düşünüyorum.	Evet	7	4,57	0,79	-1,50	0,135
	Hayır	50	4,90	0,30		
Bu eğitimin mesleğime katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığını düşünüyorum.	Evet	7	4,57	0,79	-0,96	0,338
	Hayır	50	4,84	0,37		
Bu eğitimden öğrendiklerimi meslek hayatımda kullanacağımı düşünüyorum.	Evet	7	4,57	0,79	-0,96	0,338
	Hayır	50	4,84	0,37		
Bu eğitim, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonumu arttırdı.	Evet	7	4,71	0,49	-0,38	0,700
	Hayır	50	4,78	0,42		
Aldığım eğitim sonrası, ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığım arttı.	Evet	7	4,86	0,38	-0,17	0,864
	Hayır	50	4,88	0,33		
Aldığım eğitim, ağız ve diş sağlığına yönelik eksik noktalarımı fark etmemi sağladı.	Evet	7	4,86	0,38	-0,12	0,908
	Hayır	50	4,84	0,37		
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesini yapacak ve gerekli durumlarda sevkini planlayacak kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.	Evet	7	4,71	0,49	-0,21	0,833
	Hayır	50	4,66	0,52		
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığım hastaları takibi ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğumu düşünüyorum.	Evet	7	4,57	0,53	-0,08	0,933
	Hayır	50	4,52	0,61		
Aldığım eğitimin, ağız ve dişlerde görülen sorunları erken dönemde saptamaya yardımcı olacağını düşünüyorum.	Evet	7	4,86	0,38	-0,67	0,504
	Hayır	50	4,74	0,44		
Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili anabilim dalımızda / kliniğimizde düzenli etkinliklerin olmasını isterim.	Evet	7	4,43	1,13	-0,55	0,583
	Hayır	50	4,76	0,48		
EĞİTİM PROGRAMININ MESLEĞE KATKISI	Evet	7	4,67	0,50	-0,48	0,629
	Hayır	50	4,78	0,31		

Tablo 49. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 50’de eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Çocuk Diş Hekimine Sevk	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
----------	-------------------------	---	-----------	----	---	---

Eğitimin mesleğim açısından yararlı olacağını düşünüyorum.	Evet	37	4,92	0,28	-1,34	0,181
	Hayır	20	4,75	0,55		
Bu eğitimin mesleğime katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığını düşünüyorum.	Evet	37	4,92	0,28	-2,56	0,011
	Hayır	20	4,60	0,60		
Bu eğitimden öğrendiklerimi meslek hayatımda kullanacağımı düşünüyorum.	Evet	37	4,89	0,31	-1,85	0,064
	Hayır	20	4,65	0,59		
Bu eğitim, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonumu artırdı.	Evet	37	4,86	0,35	-2,25	0,024
	Hayır	20	4,60	0,50		
Aldığım eğitim sonrası, ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığım arttı.	Evet	37	4,89	0,31	-0,46	0,649
	Hayır	20	4,85	0,37		
Aldığım eğitim, ağız ve diş sağlığına yönelik eksik noktalarımı fark etmemi sağladı.	Evet	37	4,89	0,31	-1,39	0,165
	Hayır	20	4,75	0,44		
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesini yapacak ve gerekli durumlarda sevkini planlayacak kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.	Evet	37	4,70	0,46	-0,52	0,605
	Hayır	20	4,60	0,60		
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığım hastaları takibini ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğumu düşünüyorum.	Evet	37	4,54	0,56		
	Hayır	20	4,50	0,69	0,00	1,000
Aldığım eğitimin, ağız ve dişlerde görülen sorunları erken dönemde saptamaya yardımcı olacağını düşünüyorum.	Evet	37	4,78	0,42	-0,70	0,487
	Hayır	20	4,70	0,47		
Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili anabilim dalımızda/kliniğimizde düzenli etkinliklerin olmasını isterim.	Evet	37	4,78	0,48		
	Hayır	20	4,60	0,75	-0,96	0,336
EĞİTİM PROGRAMININ MESLEĞE KATKISI	Evet	37	4,82	0,30	-1,45	0,148
	Hayır	20	4,66	0,37		

Tablo 50. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması

Bu eğitimin mesleğine katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığı ($Z=-2,56$; $p<0,05$) ve bu eğitimin uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonu artırdığı ($Z=-2,25$; $p<0,05$) görüşlerine ait puanların daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk eden katılımcıların bu eğitimin mesleğine katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığı ve bu eğitimin uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonu artırdığı görüşlerine ait puanlar, daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etmeyen katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eğitim programının mesleğe katkısına ilişkin diğer görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

4.4.6. Eğitim Programının Genel Değerlendirmesine İlişkin Görüşlerin Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 51’de eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Uzmanlık Eğitim Süresi	N	$\bar{X}$	SS	X^2	sd	p	Anlamlı Fark ¹
1. Bu eğitimi alırken zorlandım.*	A-1 yıl ve daha az	14	2,00	0,96	2,51	3	0,474	
	B-1-2 yıl	11	2,27	1,68				
	C-3-4 yıl	12	2,92	1,73				
	D-4-5 yıl	20	2,10	1,48				
2. Bu eğitime katıldığımı memnunum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,36	0,93	6,35	3	0,096	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
3. Bu eğitimin uzmanlık eğitimime katkı sağladığımı düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,86	0,36	4,04	3	0,257	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
4. Bu eğitim mesleğim açısından gerekli olduğunu düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,84	5,19	3	0,158	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	5,00	0,00				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
5. Bu eğitimden öğrendiklerimi meslektaşlarımla paylaşacağım.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	2,04	3	0,564	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,60				
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,45				
	D-4-5 yıl	20	4,60	0,60				
6. Bu eğitimi eş kıdemlerime tavsiye ederim.	A-1 yıl ve daha az	14	4,57	0,65	4,25	3	0,235	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
7. Bu eğitimi üst kıdemlerime tavsiye ederim.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	3,14	3	0,370	
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,60				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
8. Bu eğitimi alt kıdemlerime tavsiye ederim.	A-1 yıl ve daha az	14	4,57	0,65	4,25	3	0,235	
	B-1-2 yıl	11	4,91	0,30				
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
9. Aldığım eğitimin, pratisyen hekimlerin de alması gerektiğini düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	8,03	3	0,045	B,C>A
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	5,00	0,00				
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47				
10. Aldığım eğitimin, aile hekimlerinin de alması gerektiğini düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,71	0,61	6,21	3	0,102	
	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00				
	C-3-4 yıl	12	5,00	0,00				
	D-4-5 yıl	20	4,75	0,44				
	A-1 yıl ve daha az	14	4,36	0,93	3,86	3	0,277	
	B-1-2 yıl	11	4,64	0,81				

11. Aldığım eğitimin, uzmanlık eğitimi müfredatında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	C-3-4 yıl	12	4,83	0,58			
	D-4-5 yıl	20	4,65	0,49			
12. Aldığım eğitimde yer alan öğrenme hedeflerinin TUKMOS'ta yer alması gerektiğini düşünüyorum.	A-1 yıl ve daha az	14	4,36	0,84	2,68	3	0,444
	B-1-2 yıl	11	4,64	0,81			
	C-3-4 yıl	12	4,75	0,62			
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47			
13. Aldığım eğitim beklentilerimi karşılamaktadır.	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,63	2,44	3	0,487
	B-1-2 yıl	11	4,82	0,40			
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29			
	D-4-5 yıl	20	4,70	0,47			
EĞİTİM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ	A-1 yıl ve daha az	14	4,54	0,55	1,17	3	0,759
	B-1-2 yıl	11	4,78	0,33			
	C-3-4 yıl	12	4,76	0,26			
	D-4-5 yıl	20	4,65	0,40			

Tablo 51. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması

Aldığı eğitimi pratisyen hekimlerin de alması gerektiği düşüncesinin uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=8,03$; $p<0,05$). Uzmanlık eğitim süresi 1-2 yıl ve 3-4 yıl olan katılımcıların aldığı eğitimi pratisyen hekimlerin de alması gerektiği düşüncesine ait puanlar, uzmanlık eğitim süresi 1 yıl ve daha az olan katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin diğer görüşlerin uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 52'de eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi		n	$\bar{X}$	SS	Z	p
	Evet	Hayır					
1. Bu eğitimi alırken zorlandım.*	Evet	Hayır	7	2,86	1,77	-1,00	0,317
	Hayır		50	2,20	1,43		
2. Bu eğitime katıldığımı memnunum.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,32	0,752
	Hayır		50	4,72	0,61		
3. Bu eğitimin uzmanlık eğitimime katkı sağladığını düşünüyorum.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-1,17	0,241
	Hayır		50	4,88	0,33		
4. Bu eğitim mesleğim açısından gerekli olduğunu düşünüyorum.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,77	0,439
	Hayır		50	4,80	0,53		
5. Bu eğitimden öğrendiklerimi meslektaşlarımla paylaşacağım.	Evet	Hayır	7	4,57	0,53	-0,90	0,367
	Hayır		50	4,70	0,58		
6. Bu eğitimi eş kıdemlerime tavsiye ederim.	Evet	Hayır	7	4,71	0,49	-0,48	0,631
	Hayır		50	4,78	0,46		
7. Bu eğitimi üst kıdemlerime tavsiye ederim.	Evet		7	4,71	0,49	-0,45	0,656

	Hayır	50	4,76	0,52		
8. Bu eğitimi alt kademlerime tavsiye ederim.	Evet	7	4,71	0,49	-0,48	0,631
	Hayır	50	4,78	0,46		
9. Aldığım eğitimin, pratisyen hekimlerin de alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	7	4,71	0,49	-0,77	0,439
	Hayır	50	4,82	0,44		
10. Aldığım eğitimin, aile hekimlerinin de alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	7	4,86	0,38	0,00	1,000
	Hayır	50	4,84	0,42		
11. Aldığım eğitimin, uzmanlık eğitimi müfredatında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	7	4,86	0,38	-0,93	0,354
	Hayır	50	4,58	0,73		
12. Aldığım eğitimde yer alan öğrenme hedeflerinin TUKMOS'ta yer alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	7	4,86	0,38	-0,94	0,347
	Hayır	50	4,58	0,70		
13. Aldığım eğitim beklentilerimi karşılamaktadır.	Evet	7	4,86	0,38	-0,58	0,559
	Hayır	50	4,74	0,49		
EĞİTİM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ	Evet	7	4,63	0,41	-0,46	0,646
	Hayır	50	4,68	0,41		

Tablo 52. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 53'te eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Çocuk Diş Hekimine Sevk	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
1. Bu eğitimi alırken zorlandım.*	Evet	37	2,05	1,35	-1,47	0,141
	Hayır	20	2,70	1,63		
2. Bu eğitime katıldığımı memnunum.	Evet	37	4,81	0,40	-1,10	0,272
	Hayır	20	4,55	0,83		
3. Bu eğitimin uzmanlık eğitimime katkı sağladığını düşünüyorum.	Evet	37	4,84	0,37	-0,64	0,523
	Hayır	20	4,90	0,31		
4. Bu eğitim mesleğim açısından gerekli olduğunu düşünüyorum.	Evet	37	4,84	0,37	-0,43	0,667
	Hayır	20	4,70	0,73		
5. Bu eğitimden öğrendiklerimi meslektaşlarımla paylaşacağım.	Evet	37	4,76	0,49	-1,17	0,240
	Hayır	20	4,55	0,69		
6. Bu eğitimi eş kademlerime tavsiye ederim.	Evet	37	4,81	0,40	-0,61	0,539
	Hayır	20	4,70	0,57		
7. Bu eğitimi üst kademlerime tavsiye ederim.	Evet	37	4,78	0,42	-0,05	0,962
	Hayır	20	4,70	0,66		
8. Bu eğitimi alt kademlerime tavsiye ederim.	Evet	37	4,81	0,40	-0,61	0,539
	Hayır	20	4,70	0,57		

9. Aldığım eğitimin, pratisyen hekimlerin de alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	37	4,81	0,40	-0,28	0,780
	Hayır	20	4,80	0,52		
10. Aldığım eğitimin, aile hekimlerinin de alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	37	4,86	0,35	-0,22	0,824
	Hayır	20	4,80	0,52		
11. Aldığım eğitimin, uzmanlık eğitimi müfredatında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	37	4,73	0,56	-1,55	0,121
	Hayır	20	4,40	0,88		
12. Aldığım eğitimde yer alan öğrenme hedeflerinin TUKMOS'ta yer alması gerektiğini düşünüyorum.	Evet	37	4,70	0,57	-1,07	0,284
	Hayır	20	4,45	0,83		
13. Aldığım eğitim beklentilerimi karşılamaktadır.	Evet	37	4,78	0,42	-0,38	0,705
	Hayır	20	4,70	0,57		
EĞİTİM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ	Evet	37	4,73	0,36	-2,05	0,040
	Hayır	20	4,56	0,48		

Tablo 53. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin diğer görüşlerin daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Eğitim programının genel değerlendirmesine ilişkin puan ortalamasının daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($Z=-2,05$; $p<0,05$). Daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk eden katılımcıların eğitim programının genel değerlendirmesine ait puan ortalaması, daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etmeyen katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.4.7. Eğitim Programına İlişkin Görüşlerin Puan Ortalaması ve Alınan Eğitime

Verilen Puanların Uzmanlık Eğitim Süresi, Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı

Eğitimi Alma Durumu ve Daha Önce Kliniğinden Çocuk Diş Hekimine Hasta

Sevk Etme Değişkenlerine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 54'te eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Uzmanlık Eğitim Süresi	N	$\bar{X}$	SS	X^2	sd	p	Anlamlı Fark ¹
EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN PUAN ORTALAMASI	A-1 yıl ve daha az	14	4,64	0,37	1,50	3	0,681	
	B-1-2 yıl	11	4,84	0,19				
	C-3-4 yıl	12	4,81	0,30				

	D-4-5 yıl	20	4,68	0,39			
	A-1 yıl ve daha az	14	4,50	0,65			B,C,D>A
ALINAN EĞİTİME VERİLEN PUAN ORTALAMASI	B-1-2 yıl	11	5,00	0,00	10,82	3	0,013
	C-3-4 yıl	12	4,92	0,29			
	D-4-5 yıl	20	4,90	0,31			

Tablo 54. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların uzmanlık eğitim süresine göre karşılaştırması

Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalamasının uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Alınan eğitime verilen puan ortalamasının uzmanlık eğitim süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=10,82$; $p<0,05$). Uzmanlık eğitim süresi 1-2 yıl, 2-3 yıl ve 4-5 yıl arası olan katılımcıların alınan eğitime verdikleri puan ortalaması, uzmanlık eğitim süresi 1 yıl ve daha az olan katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 55'te eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN PUAN ORTALAMASI	Evet	7	4,66	0,41	-0,27	-0,13
	Hayır	50	4,74	0,33		
ALINAN EĞİTİME VERİLEN PUAN ORTALAMASI	Evet	7	4,86	0,38	0,788	0,893
	Hayır	50	4,82	0,44		

Tablo 55. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce ağız ve diş sağlığı alanında eğitim alma durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalamasının daha önce ağız ve diş sağlığı eğitimi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Alınan eğitime verilen puan ortalamasının daha önce ağız ve diş sağlığı eğitimi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 56’da eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Görüşler	Çocuk Diş Hekimine Sevk	n	$\bar{X}$	SS	Z	p
EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİN PUAN ORTALAMASI	Evet	37	4,75	0,34	-1,12	0,264
	Hayır	20	4,69	0,33		
ALINAN EĞİTİME VERİLEN PUAN ORTALAMASI	Evet	37	4,89	0,31	-1,44	0,150
	Hayır	20	4,70	0,57		

Tablo 56. Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalaması ve alınan eğitime verilen puanların daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre karşılaştırması

Eğitim programına ilişkin görüşlerin puan ortalamasının daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Alınan eğitime verilen puan ortalamasının daha önce kliniğinden çocuk diş hekimine hasta sevk etme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çocukluk döneminde yaygın olarak görülen, bulaşıcı ancak önlenabilir bir hastalık olan diş çürüğünün görülme sıklığı son yıllarda gelişmiş ülkelerde belirgin bir şekilde azalmasına rağmen gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde hala önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'na göre çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde 0-6 yaş grubu çocuklarda ağız ve diş sağlığı sorunları %5,3'lük oranla beşinci sırada (%5,5 erkek, %5,1 kadın), 7-14 yaş grubu çocuklarda %11,2'lik oranla üçüncü sırada (%10,8 erkek, %11,6 kadın) yer almaktadır. Bu veriler göz önüne alındığında ülkemizde hala bir halk sağlığı sorunu olan ağız ve diş sağlığı problemlerinin önlenmesi için erken dönemde koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu nedenle çocuklarla erken dönemde temasta olan sağlık hizmeti veren personellerin ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim alması, yeterli bilgi sahibi olması ve ailelere rehberlik etmesi önem arz etmektedir. Ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri ve uzmanları doğumdan itibaren çocukların rutin sağlık kontrollerinden sorumludur. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde ülkemizdeki hekimler üzerinde yürütülen sınırlı sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. Bu nedenle tez araştırmamızda İzmir merkez ilinde bulunan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık öğrencilerine yönelik geliştirilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

5.1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Eğitimi

Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalık sadece diş hekimlerinin değil, çocukları küçük yaşlardan itibaren takip eden tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır ve bu alanda eğitimlerin artırılmasına ihtiyaç vardır. Literatürde tıpta lisans eğitimi alan öğrencilere ve tıpta uzmanlık yapan asistanlara yönelik müfredatın ağız sağlığı hakkında çok az bilgi içerdiği gösterilmiştir. (Lewis ve ark., 2000; Caspary ve ark., 2008; Sabbagh ve ark., 2011; Kalkani ve Ashley, 2013; Quinonez ve ark., 2014).

Ağız ve diş sağlığı eğitimi inceleyen çalışmalar arasında; Sabbagh ve ark. (2011), %63,4 ağız ve diş sağlığı konusunda önceden eğitim almamış katılımcıdan oluşan 360 çocuk

sağlığı ve hastalıkları uzmanıyla kesitsel bir anket gerçekleştirmiş, katılımcıların %57,7'si kişisel araştırma (%25,1), medya (%13,8), dergiler (%10,5) ve internet (%8,3) gibi resmi olmayan kaynaklardan bilgi aldıklarını söylemiştir. Kalkani ve Ashley'nin (2013) 479 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanıyla yaptığı web tabanlı kesitsel araştırmada, katılımcıların %96'sı aldıkları eğitimleri çok yetersiz olarak değerlendirmiş ve %95'i bu alanda hiç eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. %74'ü eğitim ve güncel bilgi eksikliği nedeniyle erken dönemde ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve aile eğitimindeki rollerinin sınırladığını belirtmiştir. Balaban ve ark. (2012) katılımcıların bilgilerinin eksik olduğunu ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik ağız ve diş sağlığı programlarının hazırlanarak tıp ve uzmanlık eğitim programına dahil edilmesi gerektiğini öne sürmüştür.

AAP'nin Mayıs 1997'de başlayan ve yeni mezun olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine ulusal çapta uyguladığı “Mezun Olan Asistanların Anketi (Survey of Graduating Residents)” araştırmalarından biri olan 2006 yılı anketi, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığı eğitimine odaklanmıştır ve 611 yeni mezun çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinden %35'inin uzmanlık eğitimi sırasında hiç çocuk ağız ve diş sağlığı eğitimi görmediği, %73'ünün üç saatlik eğitim gördüğü, %14'ünün bir diş hekiminin yanında klinik gözlem şeklinde eğitim gördüğü bildirilmiştir. Katılımcıların %71'inin aldığı eğitimi yetersiz olarak değerlendirdiği bulunmuştur (Caspary ve ark., 2008).

Lewis ve ark. (2000)'nin ABD'li çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına uyguladıkları ulusal anketin sonuçlarında, katılımcıların %90'ı ağız ve diş sağlığı taraması ve danışmanlığının sağlam çocuk takip ziyaretlerinin bir parçası olması gerektiğini belirtmiştir ancak katılımcıların %50'si öğrencilik ve uzmanlık döneminde bu konuda herhangi bir eğitim almadığını rapor etmiştir.

AAP'nin akademiye kayıtlı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına ulusal çapta yılda birkaç defa düzenlediği “Akademi Üyelerinin Periyodik Anketi (Periodic Survey of Fellows)” çalışması 2008 yılında çocuk ağız ve diş sağlığı pratiği üzerine odaklanmıştır. Çalışmaya 698 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı katılmıştır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının 0-3 yaş çocuklarda ağız ve diş sağlığıyla ilgili mevcut davranış ve yaklaşımının araştırıldığı ankette %90'dan fazla katılımcı pratiklerinde ağız ve diş muayenesine yer verilmesi ve ileriye yönelik rehberlik edilmesinin gerektiğini belirtmiştir (Lewis ve ark., 2009).

2012 yılı Akademi Üyelerinin Periyodik Anketi'nde de ağız ve diş sağlığına yönelik maddeler yer almıştır. Katılımcılara plak teşhisi ve çürük risk değerlendirmesi hakkında sorular sorulmuş, eğitim almış olan katılımcılar, bu faaliyetleri rutinde uygulamaya önemli derecede daha yatkın bulunmuştur. Katılımcıların çoğunun ağız ve diş sağlığını pratiğe dahil etme konusunda pozitif yaklaşımı olduğu ancak çok azının pratiğine dahil ettiği bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığının pratiğe eklenmesinin önündeki engeller zaman, eğitim ve ödeme eksiklikleri olarak bildirilmiştir (Quinonez ve ark., 2014).

Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Sezer ve ark. (2013), çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının sadece %13,9'unun bir yaşından küçük çocukları diş hekimine yönlendirdiğini ve yetersiz eğitiminin pratikteki rollerini kısıtladığını bildirmişlerdir. Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık programlarından bazıları, flor takviyesi ve normal diş gelişimi konularını içermesine rağmen pratikte standardize değildir (Sezer ve ark. 2013). Ülkemizde tıp fakültelerinde uygulanması amacıyla 2020 senesinde önerilen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda ağız ve diş sağlığı ile alakalı herhangi bir konu başlığının bulunmadığı görülmektedir (Yüksek Öğretim Kurumu. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çekirdek Eğitim Programları. 2020.) Türkiye Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun hazırladığı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda ağız ve diş sağlığı başlığı yer almaktadır ve sağlık hizmeti veren kişilerin ağız ve diş sağlığı için gerekli klinik yetkinlik düzeyi "Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme" ve "Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlama ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme" şeklinde tanımlanmıştır (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzm Kurulu. 27 Şubat 2023.) Bununla beraber Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun hazırladığı Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda diş sağlığı başlığı bulunmamaktadır (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzm Kurulu. 27 Şubat 2023.) Çocuk hastaları rutin olarak gören çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim verilmesi, standardize edilmesi ve pratiğe geçirilmesi için hekimlerin teşvik edilmesi, hekimlerinin bilgi düzeyinin artırılması için ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim programının müfredata eklenmesi gerekmektedir. İlaveten Türkiye Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun belirlediği rotasyon programlarında tıp uzmanlık dallarının hiçbirinde diş hekimliği alanında rotasyon bulunmamaktadır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin, çocuk ağız ve diş sağlığı bilgisinin artırılması ve bu konuda üzerlerine düşen önemli rolün algılaması ile yoğun eğitim programı, zaman darlığı, ödeme konularını içeren engellerin aşılması için stratejilerin önerildiği, didaktik ve pratik eğitimlerin birebir veya internet tabanlı uygulandığı eğitim metotlarının etkisini değerlendiren araştırmalar yürütülmekte ve kısa veya uzun dönemdeki etkileri literatürde yer almaktadır (Pierce ve ark., 2002; Douglass ve ark., 2005; Schaff-Blass ve ark., 2006; Kebriaei ve ark., 2008; Talib ve ark., 2010; Chandiwal ve Yoon, 2012).

Araştırmamızda, yüz yüze verilen teorik eğitim, klinikte karşılaşılan olgu- vaka çalışmaları ile pekiştirilmiş ve 4 saat süren eğitimin etkinliği incelenmiştir. Eğitim sunumu ve olgu-vaka çalışmaları ile kısa dönemde asistanların bilgisini önemli derecede artmıştır (eğitim öncesi başarı yüzdesi: %39,06; eğitim sonrası başarı yüzdesi: %76,36). Araştırmamıza benzer şekilde Kebriaei ve ark. (2008)'nın, 32 pediatri asistanına çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili slayt sunumu ve video gösterimi şeklinde 60 dakikalık eğitim sunumunun etkisi kısa dönemde başarılı bulunmuştur.

Kuzey Carolina merkezli bir projenin parçası olarak geliştirilen “Bebeğin Ağız İçi (Into the Mouths of Babes)” eğitim programı, uygulamalı eğitimleri, sürekli tıp eğitimi seminerlerini, katılımcı etkileşimli dersleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarını, birinci basamak hekimlerini ve diğer sağlık profesyonellerini koruyucu dental hizmetler için eğitmek amacıyla pratik stratejiler içeriyordu. Bu proje Rozier ve ark. (2003)'nın çalışması ile incelenmiştir ve programın ilk sonuçlarına göre diş hekimine sınırlı erişimi olan küçük çocukların koruyucu diş bakımı hizmetlerine daha fazla eriştikleri gözlemlenmiştir.

“New Hampshire” Projesi kapsamında bir fakültedeki aile hekimliği sağlam çocuk takibi müfredatına didaktik ve klinik bilgilendirmeleri içeren ağız ve diş sağlığı başlığının eklenmesiyle uzun süreli bir eğitim metodu kullanılmıştır. Programda, 3 yıl boyunca haftada 8 saat bir diş hekimi ile haftada 30 saat bir dental hijyenist ile çalışılmıştır. Diş hekimi tarafından verilen eğitimin didaktik kısmında, çürük oluşumu, çürükten korunma, ağız sağlığının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi ile topikal flor kullanımının yararları anlatılmıştır. Daha sonra dental hijyenist, diş hekiminin gözetimi altında, sağlam çocuk ziyaretleri sırasında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine bireysel olarak klinik uygulamalı eğitim vermiştir. Birebir verilen klinik eğitimler sırasında dental hijyenist, aile eğitimi, ağız ve diş muayenesi, flor vernik uygulamasını göstermiştir.

Programın ikinci yılında hekimlerin ileriye yönelik rehberlik etme, flor vernik uygulama ve ağız muayenesindeki yeterliliği %0-%69 aralığından %100'e yükselmiştir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve uzmanlarının, sağlam çocuk ziyaretleri kapsamında sağlanan EÇÇ önleme hizmetlerini içeren eğitim modeli başarılı bulunmuştur ve diğer uzmanlık programlarına da uygulanabileceği belirtilmiştir (Wawrzyniak ve ark., 2006).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve aile hekimliği uzmanlık müfredatına eklenen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitimini içeren Connecticut projesinde ise 1 saatlik slayt sunumu şeklindeki eğitim yüz yüze veya internet üzerinden uygulanmıştır. Douglass ve ark. (2005) tarafından incelenen bu projede internet üzerinden eğitim ile yüz yüze eğitimin benzer etkinliğe sahip olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Talib ve ark (2010)'nın koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında internet üzerinden ve uygulamalı eğitim olmak üzere farklı eğitim metodunu değerlendirdiği çalışmasında, uzmanlık öğrencilerinin her iki eğitim methoduyla bilgi, beceri ve koruyucu ağız ve diş sağlığı pratiğinin geliştiği ancak uygulamalı eğitim verilen grupta pratiğe koruyucu uygulamaları dahil etmeyle ilgili yaklaşımların %33 oranında azaldığı bulunmuştur. Katılımcılar, sağlam çocuk ziyaretlerinde ağız ve diş sağlığı için yeterli zamanın bulunmadığını ve pratikte yer verilemeyeceğini belirtmiştir. Bu çalışmayla da gösterildiği üzere çocuk ağız ve diş sağlığında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının rolünü arttırmak için yetersiz eğitimle bilgi eksikliklerinin yanı sıra aşılması gereken başka sınırlamalar da bulunmaktadır.

Schaff-Blass ve ark. (2006)'nın çalışmasında, Chapel Hill'deki North Carolina Üniversitesi'ndeki (UNC) çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine, didaktik oturumlar, çocuk diş hekimleri ve asistanları tarafından uygulamalı eğitim, koruyucu diş hekimliği önerileri ve ağız ve diş sağlığını uygulamaya geçirmeye yönelik değişim stratejilerini içeren ağız ve diş sağlığı eğitimi verildi. Ağız ve diş sağlığı alanında kısa bir eğitim verilen East Carolina Üniversitesi'ndeki (ECU) çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri ve ağız ve diş sağlığı dair bir eğitim içeriği olmayan Wake Forest Üniversitesi'ndeki (WFU) çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri çalışmada karşılaştırma grupları olarak yer aldı. UNC'deki eğitimin teorik kısmı, çocuklarda ortak ağız ve diş problemlerinin tanımlanması, diş çürüğünden korunmada flor vernik kullanımı ve ailelere danışmanlık etme konuları üzerine odaklanmış, eğitimin uygulamalı kısmı ise bir çocuk diş hekimi ile 12 ay boyunca 120 saatlik klinik gözlem şeklinde yapılmıştır. Çalışmanın başında ve 12 ay sonrasında uygulanan ankete göre, UNC'nin skorları, WFU'dan yüksek, ECU'nun skorları ise WFU ile aynı bulunmuştur,

çok yönlü verilen eğitimin, uzmanlık öğrencilerinin bilgisini arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Pierce ve ark. (2002)'nin çalışmasında ise birinci basamakta çalışan 11 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına 2 saatlik teorik çocuk ağız ve diş sağlığı eğitimi verilmiştir ve eğitimin etkisinin değerlendirilmesi anket ile değil hasta başında uygulamalı yapılmıştır. 11 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve bir çocuk diş hekimi tarafından 36 aylıktan küçük 258 çocuğun ağız ve diş muayenesi yapılarak sonuçlar kıyaslanmıştır. Çalışmada, 2 saatlik eğitimden sonra, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çürüğü tanımlamada yeterli doğruluğu elde ettiği bulunmuştur.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirildiği az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Çocuk ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde etkin bir role sahip olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri örnekleminde ağız ve diş sağlığı konusunda geliştirilen eğitim programı ile bu konuya ilişkin farkındalıklarının artırılması sağlanabilir.

5.2. Eğitime Katılan Katılımcıların Demografik Karakteristikleri ile Bilgi Skoru Arası İlişki

Araştırmamızda katılımcıların medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, mezun oldukları üniversite ve mesleki kıdem yıllarını içeren demografik verilerinin, tüm konular üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı ilişkide saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının eğitimi incelendiğinde literatürdeki birçok çalışmayla benzer şekilde araştırmamızda, eğitim alanların oranı düşüktür ve bilgi skorları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumun, eğitim aldığını bildiren katılımcı sayısının azlığından ve daha önce alınan eğitimlerin yetersiz olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Prakash ve ark. (2006)'nın Kanada'da 237 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve 300 aile hekiminin çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi ve yaklaşımlarını kesitsel olarak değerlendirdiği çalışmasında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %17,9'u, aile

hekimlerinin %22,3'ü lisans veya uzmanlık eğitiminde hiç ağız ve diş sağlığı eğitimi almadığını bildirmiştir. Dela Cruz ve ark. (2004)'nın 69 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve 49 aile hekimi ile yaptığı kesitsel anket çalışmasında ise hekimlerin yüksek çürük riskli çocukları diş hekimine sevk etme pratiğini etkileyen karakteristikler arasında önceden alınan eğitim önemli bulunmuştur.

AAP'nin ulusal çapta düzenlediği ankette, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığı uygulamalarında en önemli bariyerin eğitimdeki yetersizlik olduğu katılımcıların %41'i tarafından ifade edilmiştir ve tıp fakültesinde, uzmanlık eğitiminde veya sürekli tıp kurslarında bu konuda eğitim aldığını belirtenler %25'ten az bulunmuştur (Lewis ve ark., 2009).

5.3. Eğitime Katılan Katılımcıların Çocuk Ağız ve Diş Sağlığı Bilgisinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi

5.3.1. Ağız ve Diş Anatomi Bilgisinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda kullanılan ankette oral anatomi bilgisi bölümünde diş gelişimiyle ilgili olarak, süt dişi sayısı, süt dişlerinin sürme zamanları, daimi dişi sayısı, daimi dişlerinin sürme zamanları, dişlerde görülebilen patolojik bozukluklardan boyut, şekil, sayı, doku anomalileri ve diş renklemeleri ile ilgili sorular yer almıştır.

Dişlerde boyut, şekil, sayı, doku anomalileri ve sürme problemleri, ağız sağlığını etkileyebileceğinden ve dişlerdeki problemler çocukta sistemik veya lokal bir patolojinin göstergesi olabileceğinden hekimler ve sağlık hizmeti veren kişiler diş gelişimi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Normal diş gelişimi hakkında bilgi sahibi olunması olası problemlerin önceden tespit edilmesi, koruyucu önlemlerin alınabilmesi, gerektiğinde hastaların diş hekimine yönlendirilebilmesi ve geç kalınmadan tedavilerinin yapılabilmesini mümkün kılar. Araştırmamızda süt dişi sürme zamanı ve sayısı bilgi sorusu başlangıçta katılımcıların %8,8'i tarafından doğru cevaplanırken eğitimden sonra bu oran %45,6'ya çıkmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Indira ve ark. (2015)'nin, 97 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının çocuk ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi ve pratiklerini inceledikleri kesitsel çalışmada, katılımcıların %69'unun süt dişi sayısını, %60'ının süt dişi sürme zamanını bildiği bulunmuştur. Sabbagh ve ark. (2011)'nin, 360 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile

yaptığı anket çalışmasında, süt dişlerin sürme zamanı %89.8 oranında bilinmiştir. Kumari ve ark. (2006)'nın 200 mezun olan tıp hekimine yaptıkları kesitsel anket çalışmasında ise süt dişlerinin sürme zamanı katılımcıların %72'si tarafından bilinmiştir. Buna karşın Rabiei ve ark. (2012)'nin, halk sağlığı merkezlerinde çalışan 220 birinci basamak sağlık çalışanının çocuk diş hekimliği ve diş hekimliğinin tıpla ilişkili alanlarında bilgisini incelemek için yürüttüğü kesitsel anket çalışmasında hekimler süt dişi sürme zamanını %30'dan daha az oranda bilmıştır.

Ağızda ilk süren daimi diş olan birinci büyük azı dişleri en sık çürüyen ve çekilen dişlerdir (Khan, 1994). Saydam ve ark. (1995), Türkiye'de ağız diş sağlığı ve hastalıklarının dağılımını ülke genelinde değerlendirerek, daimi birinci büyük azı dişlerinin sürmeye başladığı altı yaş grubunda çocukların %19'unda çürük bulunduğunu saptamışlardır. Birinci büyük azı dişlerinin, arka grup dişler arasında yer alması, germinin bir süt dişinin altında yer almaması ve ikinci süt azı dişine şekil benzerliği sebebiyle çoğunlukla daimi diş olduğu fark edilmemektedir. Altı yaş grubu çocuklarda oral hijyenin veli gözetiminde yapılmasının ihmal edilmesi, koruyucu önlemlerin zamanında alınmaması gibi nedenlerle bu dişlerde ortaya çıkan problemler, daimi birinci azı dişinin süt dişi zannedilerek genellikle ihmal edilmesine neden olmaktadır. Rabiei ve ark.'nın 2012 yılında 220 birinci basamak sağlık çalışanıyla yaptığı kesitsel anket çalışmasında, ilk süren daimi diş sorusu hekimlerinin %20'sinden azı tarafından doğru yanıtlanmıştır. Araştırmamızda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin ilk süren daimi diş, daimi dişlerin ağız içinde sürme zamanı ve toplam daimi diş sayısının sorgulandığı bilgi sorusunda eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi değişiminde (eğitim öncesi doğru yanıtlanma oranı: %94,7 eğitim sonrası doğru yanıtlanma oranı: %93) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ancak verilen eğitim sonrası yapılan olgu çalışmalarından sonra hekimlerin birinci daimi azı dişini süt dişlerinden daha kolay ayırabildiği gözlemlenmiştir.

Diş gelişimi birçok faktöre bağlı olan, oldukça düzenli ve karmaşık bir biyolojik süreçtir. Diş gelişimi herhangi bir kesintiye uğrarsa klinik değişiklikler veya değişimler ortaya çıkacaktır. Gelişimsel bozuklukların en önemli sonuçlarından biri, dişlerin daha büyük, daha küçük görünmesi veya klinik görünümün beklenenden tamamen farklı olabilmesi gibi değişikliklerle sonuçlanır (McKinney ve Olmo, 2023.). Araştırmamızda diş patolojilerinden sayı ve şekil anomalisi hakkında yönelttiğimiz önerme sorusu eğitim öncesi %69,6 oranında doğru yanıtlanırken eğitim sonrası bu oran %62,5'te kalmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış ancak yanıtlanma oranı düşmüştür. Bu durumun katılımcıların spesifik olarak alanlarına girmeyen bu konuya nadir karşılaştıklarından dolayı yabancı olmaları ve bu

bilginin kullanım alanının sınırlı olmasından dolayı bilgide kalıcılık sağlanamamış olabileceği düşünülmüştür. Eğitim içi yapılan olgu çalışmalarında erken dönemde bebeklerde daha sık karşılaşmaları, keskin kenarlarıyla bebeği ve anneyi rahatsız ederek beslenmeyi engellemesi ve mobilitesiyle aspirasyon riski oluşturması nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir durum olan natal dişler (Cunha ve ark., 2001) hakkında daha fazla bilgi düzeyine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Natal dişe sahip bir bebekle karşılaşıldığında ailelere danışmanlık edilebilmesi ve gerektiğinde diş hekimine yönlendirilmesi açısından doğumdan itibaren bebekleri sık olarak gören çocuk hekimlerinin natal dişler hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Sabbagh ve ark (2011)'nın 360 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile yaptığı anket çalışmasında natal dişlerle ilgili uygun davranış katılımcıların %48,2'si tarafından belirtilirken; Kumari ve ark (2006)'nın çalışmasında, natal dişlerin olası komplikasyonları 200 mezun olan tıp hekiminin %32'si tarafından bilindiği gösterilmiştir. Diğer diş patolojileriyle ilgili çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bilgi düzeyini gösteren bir çalışmaya literatürde rastlanamamıştır.

Süt dişlerin sürmeye başladığı dönemde dişetlerinde kaşıntı, kızarıklık ve şişlik, tükürük akışının artması, anksiyete, beslenme ve uyku düzeninde değişiklik semptomları ortaya çıkabilmektedir. Öte yandan ateş, kusma veya ishali içeren sistemik bulgular, diş çıkarma dönemine rastlasa da dişlenmeyle direkt ilişkisi bulunmamaktadır. Nowak (2003), dişlenme dönemine rastlayan önemli sistemik bulguların, diş çıkarmanın olağan bulgusu gibi düşünülüp göz ardı edilmemesi gerektiğini bildirmiştir. Süt dişlerinin sürmesi öncesinde dişin süreceği bölgede görülebilen sürme hematoma tedavisi yaklaşımı hakkında yönelttiğimiz önerme sorusuna verilen doğru cevaplar eğitim öncesi %59,6, eğitim sonrası ise %78,9 oranındadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$).

Diş lekelenmesi ebeveynler arasında önemli bir endişe kaynağıdır ve okul öncesi çocukların sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyebilir (Kumar ve ark. 2012.). Diş renklenmesinin etiyolojisinin anlaşılması doğru tanıyı koymak için oldukça önemlidir. Bazı durumlarda, lekelenme mekanizması tedavinin sonucunu etkileyebilir ve diş hekiminin hastalara sunduğu tedavi seçeneklerini etkileyebilir. Genetik, çevresel, medikal ve dişe ait çeşitli faktörlerle meydana gelen diş renklenmelerinin etiyolojileri farklı sınıflamalara sahiptir. Diş renklenmesinin nedenleri, dış kaynaklı veya iç kaynaklı renklenmeler olarak sınıflandırılabilir (Çakır ve Genç, 2021). Diş dış yüzeyindeki Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak görülen diş renklenmeye

yönelik yönelttiğimiz önerme sorusuna eğitim öncesi %4,3, eğitim sonrası %14,3 doğru cevap gelmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hekimlerin diş çürüklerine renklenmelerden daha çok önem vermesi, klinikte ağız ve diş muayenesinin sınırlı olmasından dolayı bilgide kalıcılık sağlanamamış olabileceği düşünülmüştür.

5.3.2. Diş Çürüğü Bilgisinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda kullanılan ankette diş çürüğü bilgisi bölümünde çürüğünün oluşumu, erken çocukluk çürüğünün tanımı, erken çocukluk çağı çürüğünün önlenmesi için alınacak tedbirler, diyet ve diş çürüğü arasındaki ilişki, çocuklarda beslenme, oral hijyen alışkanlıkları ile çürük riski arasındaki ilişki ile ilgili sorular yer almıştır.

Diş çürüğü ve EÇÇ'nin, çocukluk çağının en yaygın kronik, enfeksiyöz hastalığı olmasından dolayı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bu konuda eğitim alması çok önemlidir. Araştırmamızda, eğitimden sonra olgu çalışmalarıyla da desteklenerek diş çürüğünün klinik özellikleri bilgisinin önemli derecede arttığı bulunmuştur.

Diş çürüğünü oluşturan dört ana faktöre yönelik bilgi sorusuna eğitimden önce %9,3 doğru cevap verilmiştir, bu oran eğitimden sonra %15,8'e yükselmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması rağmen katılımcıların çürüğe neden olan faktörler hakkında farkındalıklarının arttığı gözlemlenmiştir. Erken çocukluk dönemi çürüklerinin tanımı ve çürüğün bulaşıcı bir hastalık olması hakkında yönelttiğimiz bilgi sorusuna eğitim öncesi %44,7, eğitim sonrası %86,0 doğru cevap gelmiştir. Erken çocuk çağı çürüğünün önlenmesi için alınacak tedbirlere yönelik yönelttiğimiz bilgi sorusuna eğitim öncesi %57,7; eğitim sonrası %91,2 doğru cevap gelmiştir. Diyet ve diş çürüğü arasındaki ilişkiye yönelik bilgi sorusuna eğitim öncesi %68,9; eğitim sonrası %96,4 doğru cevap gelmiştir. Çocuklarda beslenme, oral hijyen alışkanlıkları ile çürük riski arasındaki ilişkinin sorgulandığı bilgi sorusuna eğitim öncesi %58,7; eğitim sonrası %92,7 doğru cevap gelmiştir. Tüm bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,000$) Araştırmamıza benzer şekilde Douglass ve ark. (2005)'nin, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileriyle yürüttükleri anket çalışmasında, diş çürüğünün en yaygın kronik çocukluk çağı hastalığı olduğu bilgisi başlangıçta katılımcıların %75'i tarafından bilinirken, verilen eğitim sonrası %96 ve 1-yıllık takipte %91 oranıyla istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur. Schaff-Blass ve ark. (2006)'nın, çocuk ağız ve diş sağlığı hakkında birinde didaktik ve uygulamalı eğitim, birinde kısa süreli pratik

uygulama, diğesinde ise hiçbir eğitim verilmeyen 3 fakültedeki uzmanlık öğrencilerinin bilgilerinin kıyaslandığı çalışmada ise çürüğün beyaz nokta lezyonlar şeklinde başladığı bilgisi, didaktik ve uygulamalı eğitim gören fakültede %65, kısa süreli pratik eğitim uygulanan fakültede %30, hiç eğitim verilmeyen fakültede ise %38 oranında bulunmuştur. Bu çalışmayla eğitim metotlarının ve süresinin önemi görülmektedir.

5.3.3. Ağız ve Diş Sağlığında İzlem ve İlk Diş Hekimi Ziyareti Bilgisinin Değerlendirilmesi

AAP'nin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları için önerdiği sağlam çocuk takip çizelgesinde prenatal dönemde anneye sağlanan rehberlikten başlanarak bebeklerin doğumda, 2 günlük, 2 haftalık, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 30 ve 36 aylık iken mutlaka kontrol edilmelerini, daha sonraki yaşlarda 6-12 ayda bir kontrollere devam edilmesi önerilmektedir (AAP, 2015). Çocuklar için tavsiye edilen ilk diş hekimi ziyareti ise 1 yaşında olmasına rağmen bebeklerin ve 1 yaşındaki çocukların %89'unun doktor ziyaretlerini yaparken yıllık diş hekimi ziyaretlerini yapanların oranının sadece %1,5 olduğunu bildirilmiştir (AAP, 2008; AAPD, 2013b).

Araştırmamızda, tavsiye edilen ilk dişlerin sürmesi ile ilk diş hekimi ziyareti bilgisi, eğitimden sonra önemli derecede artmıştır. Eğitim öncesi %51,1; eğitim sonrası %91,2 doğru cevap oranı verilmiştir. (p=0,000) Araştırmamızda, sadece tavsiye edilen ilk diş hekimi ziyaretinin zamanlaması sorulmuş olup sevk zamanını etkileyen faktörler ve sınırlamalar araştırılmamıştır. Ancak eğitim sonrasında skorun artması, asistanların bu konuda pozitif yaklaşımları olduğunu düşündürmektedir. İlk diş hekimi ziyareti yaşı bilgisine dair sonuçlar benzer çalışmalardaki sonuçlardan daha tatmin edici bulunmuştur. Tıp hekimlerin ilk diş hekimi ziyaretini tavsiye ettikleri yaş literatürde sıklıkla araştırılmıştır ve 1 yaş diş hekimi tavsiyesinin %2-%80 oranında yapıldığı görülmüştür (Kumari ve ark., 2006; Prakash ve ark., 2006; Brickhouse ve ark., 2008; Bottenberg ve ark., 2008; Ditto ve ark., 2010; Murthy ve Mohandas 2010; Sabbagh ve ark., 2011; Balaban ve ark., 2012; Olatosi ve ark., 2013; Kumar ve ark., 2014;). Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk ağız ve diş sağlığı bilgisini değerlendirmek amacıyla Sezer ve ark. (2013)'nın yaptığı kesitsel anket çalışmasında, 446 hekimden sadece %13,9'u bir yaşından küçük çocukları diş hekimine yönlendirdiğini belirtmiştir; çalışmada bir yaş altı çocukları diş hekimine sevk etme pratiği ile bilgi skoru önemli derecede ilişkili bulunmuştur ve uzmanlık öğrencilerinin bu konudaki yetersiz eğitiminin, pratikteki rolünü kısıtladığı bildirilmiştir. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde;

Douglass ve ark.'nın (2005), çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisiyle yürüttükleri 1 saatlik eğitimin etkisini inceledikleri çalışmada, 1 yaş dış hekimine sevk konusu, 3 yaş altı çocukları dış hekimine sevk etmede sınırlamalar bulunmasına rağmen eğitim sonrasında önemli şekilde gelişme göstermiştir. Buna karşın, çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanlarının 1 yaşta dış hekimini sevkini desteklememe sebebini, Ismail ve ark. (2003), çok küçük çocuklara bakım sağlayacak lokal dış hekimine erişim zorluğu veya çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanlarının erken yaşta dış hekimini ziyaretinin tüm çocuklar için yararlı olmayacağı düşüncesinden kaynaklandığı belirtmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağığı Genel Müdürlüğü'nün 2018 yılında yayınladığı Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri'nde bebek ve çocukta birinci basamak ağız ve dış muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır ifadesi yer almaktadır. Bu bilgi eğitim öncesi %38,1 oranında bilinirken eğitim sonrası %85,5 oranına çıkmıştır. ($p=0,000$). 37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya dış plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır bilgisi eğitimden önce %84,2 oranında doğru yanıtlanırken eğitimden sonra bu oran %96,4'e çıkmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,037$). Çocuk ağız ve dış sağığına yönelik tedavi odaklı yaklaşım, dış çürüğü başta olmak üzere ağız ve dış hastalıklarının toplumlardaki şiddet ve sıklığını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Günümüzde benimsenen koruyucu yaklaşım kapsamında; bebeğin ağız ve dış sağığının temini için prenatal dönemden itibaren annenin ağız ve dış sağığının iyileştirilmesi, anneye çocuğunun ve kendisinin ağız ve dış sağığıyla ilgili danışmanlık verilmesi ve çocuk sağığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından çocuğun ilk risk değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir (AAP, 2014b; AAPD, 2013b; AAPD, 2016; EAPD, 2008). Erken dış hekimini ziyareti, uygun diyet ve ağız hijyeninin yanı sıra çürük, travma ve emme alışkanlıklarının önlenmesine ilişkin koruyucu tedbirlerin alınmasına izin vermektedir.

5.3.4. Ağız ve Dış Sağığında Çürük-Beslenme İlişkisi ve Koruyucu Hekimlik Bilgisinin Değerlendirilmesi

Douglass ve ark.'nın (2005), pediatri asistanlarıyla yürüttükleri 1 saatlik eğitimin etkisini inceledikleri anket çalışmasında, peynirin dişler açısından sağılıklı olduğu başlangıçta %88 oranında bilinirken, eğitimden hemen sonra %90 ve takipte %85 olarak; kahvaltılık gevreklerin dişler açısından sağıksız olduğu başlangıçta %69 oranında bilinirken, eğitimden hemen sonra %88 ve takipte %80 olarak bildirilmiştir. Bottenberg ve ark.'nın (2008), 276 çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanı ile yaptıkları kesitsel anket çalışmasında, dış çürüğünden korunmaya yardımcı besinlerden elma %13 oranında, peynir %5 oranında bilinmiştir.

Araştırmamızda, diş çürüğü üzerine beslenmenin etkisiyle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Diş dostu olan besinlerden kakao ve yer fıstığı eğitim öncesi %21,3 oranında doğru bilinirken eğitim sonrası bu oran %77,2'ye çıkarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. (p=0,000) Araştırmamızda ksilitollü sakızların tükürük salgısını arttırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olma bilgisi eğitim öncesi %58,5 oranında bilinirken eğitim sonrasında %94,4'e çıkarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. (p=0,000) Rabiei ve ark. (2012)'nın, 220 birinci basamak hekimin katıldığı kesitsel anket çalışmasındaki beslenme-çürük ilişkisini incelediği sorularda hekimlerin %50'sinin ksilitol içeren ürünlerin çürük etken mikroorganizma sayısını düşürdüğü, %70'inin şeker tüketimi sonrası ağızda ortaya çıkan asidin tamponlanma zamanı ve %90'ının şeker tüketim sıklığının miktarından daha önemli olduğu bilgisine sahip olduğu bulunmuştur. Shivaprakash ve ark, (2009), 200 tıp öğrencisinin infant oral sağlığı hakkında bilgisini araştırmak üzere yaptığı kesitsel anket çalışmasında, ksilitollü ürünlerin S.mutans sayısını düşürdüğü %35 oranında bilinmiştir.

Araştırmamızda çocukların ağız hijyenine ilişkin bilgilerden, bebek ağız temizliğine başlama zamanı, çocukta diş macunu kullanımıyla ilgili bilgiler, fırçalama teknikleri ve zamanı eğitimden sonra önemli derecede artmıştır. Çocuklarda diş ipi kullanımı bilgisi ise teorik eğitimden sonra artmış ve videolu anlatımlarla desteklenmiştir. Çocukların 7-8 yaşına kadar diş fırçalama pratiklerinin veli tarafından desteklenerek gözetim altında yapılması gerektiği bilgisi eğitimden sonra önemli derecede artmıştır. (Eğitim öncesi %26,4; eğitim sonrası %80,7 p=0,000) Çocuklarda florürlü diş macunu kullanımı bilgisinde, eğitim öncesi %21,3 olan oran eğitim sonrası %43,9'a çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. (p=0,015) Bebeğin ağız temizliğine başlama zamanı bilgisi Schaff-Blass ve ark. (2006)'nın 3 farklı fakülte'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisinin ağız ve diş sağlığı bilgisini kıyasladığı çalışmasında, teorik ve uygulamalı eğitim gören fakülte'deki uzmanlık öğrencilerinin tamamı tarafından, kısa süreli pratik uygulama eğitim verilen fakülte'de %95 ve hiç eğitim verilmeyen fakülte'de %94 oranında bilinmiştir. Indira ve ark. (2015)'nin kesitsel anket çalışmasında, 97 çocuk sağlığı ve hastalığı uzmanının %26'sının doğumdan itibaren her beslenme sonrası, %45'inin ilk dişin sürmesinden itibaren, %22'sinin ise tüm dişler sürdükten sonra ağız temizliğine başlanması gerektiğini düşündüğü bildirilmiştir. Bhat ve ark. (2006), 50 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile yaptıkları kesitsel anket çalışmasında, her beslenmeden sonra bebeğin ağız içinin temizlenmesi önerisinin katılımcıların %58'i tarafından verildiği bulunmuştur. Shivaprakash ve ark, (2009)'nın kesitsel anket çalışmasında 200 tıp öğrencisinin %25'inin dişler sürmeden önce ağız temizliğine başlanması gerektiğini bildiği

rapor edilmiştir. Sanchez ve ark. (1997)'nin, 189 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile yürüttükleri kesitsel çalışmada, ağız temizliğine başlama zamanı, katılımcıların %75'i tarafından ilk diş sürmesiyle, sadece %9'u tarafından diş sürmesinden önce olarak belirtmiştir. Balaban ve ark. (2012)'nin, 182 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının dahil edildiği kesitsel anket çalışmada, katılımcıların %59,3'ünün dişler sürmeden önce ağız temizliğine başlanması gerektiğini bildiği, %48,3'ünün florozis hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Kumari ve ark. (2006)'nin, 200 mezun olan tıp hekimi ile yaptığı kesitsel anket çalışmada, dişler sürmeden önce ağız temizliğine başlanması gerektiğinin bilgisi %32 oranında bulunmuştur. Rabiei ve ark. (2012)'nin, 220 birinci basamak hekimin katıldığı kesitsel anket çalışmada, 3 yaş altı çocukların diş macunu kullanabileceğini katılımcıların %25'ten azının bildiği rapor edilmiştir. Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının ağız ve diş sağlığı bilgisini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel anket çalışmada, 446 hekimden %13,5'inin 3 yaş altındaki çocukların diş macunu kullanabileceğini bildiği bulunmuştur (Sezer ve ark., 2013). Chandiwal ve Yoon (2012), 80 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisini dahil ettiği, 1-saatlik slayt sunumu şeklinde verilen çocuk ağız ve diş sağlığı eğitiminin etkisini inceledikleri çalışmada, doğru ağız hijyeni tekniklerinin bilgisi, eğitim öncesi %35 oranında, eğitim sonrası %72 oranında bulunmuştur.

Günümüzde florürün koruyucu etkisinden dişlerin sürmesinden sonra yapılan topikal uygulamalar ile sürme öncesi dönemdeki sistemik uygulamalardan daha fazla yarar sağlandığı bilinmektedir (Ellwood ve ark. 2008.). Florida'da yapılan çalışmada çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %91'i, aile hekimlerinin %83'ü topikal florürün diş çürümesini önlediğini rapor etmişlerdir (Herndon ve ark. 2010.). Balaban ve ark.'larının yaptıkları çalışmada ise çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %50,5'i florürün çürüğün önlenmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtirken, Karadağ'da 2020 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin sadece %32,8'i ailelere topikal floru tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir (Golubović ve ark. 2020; Balaban ve ark 2012.). Florürün çürükten korunmada etki mekanizması bilinmesine rağmen; son yıllarda ulusal yazılı ve görsel yayın organlarında ve sosyal medyada florür ile ilgili bilimsel veriler ve gerçekler ile bağdaşmayan yayınların sıklığı göze çarpmaktadır. Konunun uzmanları dışında kalan bireyler arasında florürün sağlığa zararlı olduğu, toksik olduğu, zeka geriliğine yol açtığı vb. endişeler dile getirilmektedir; bunların sonucunda da konu ile ilgili bir bilgi kirliliği ve karmaşa ortaya çıkmaktadır (TDB, TPD. 2019.). Bu konunun güncel ve dikkat çekici bir konu olması, topikal florür uygulamasının çürüklerden korunmada etkili bir materyal olduğu ve risk değerlendirmesi

sonrasında konunun uzmanları tarafından uygulanan bir tedavi olması hakkında bilgi düzeyinin yüksek oranda çıkmasını açıklar niteliktedir. Koruyucu uygulamalardan olan yerel florür uygulaması ile ilgili bilgi sorusu eğitim öncesi ve sonrasında yüksek oranda bilinerek istatistiksel fark oluşturmamıştır (eğitim öncesi: %84,1; eğitim sonrası: %94,4 $p=0,086$).

5.3.5. Sistemik Hastalıklar ile Ağız ve Diş Sağlığı İlişkisi Bilgisinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda, çocukluk çağında görülen sistemik durumlardan, astım, tip 1 diyabet, çocukluk çağı kanseri, kronik böbrek yetmezliği, transplantasyon hastaları, konjenital kalp hastalığı, hemofili, gastrointestinal sistem hastalıklarından gastroözefageal reflü hastalığı, çölyak, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hastalıkları ve uygulanan tedavilerin ağız bölgesindeki komplikasyonları üzerine çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerine teorik eğitim verilmiştir.

Çocukluk çağı astımında, farmakolojik yönetimde kullanılan ajanlara bağlı azalmış tükürük akışı ve solunum sıkıntısından kaynaklanan kronik ağız solunumu bulgusu sıklıkla görülmektedir. Azalmış tükürük akışı ve ağız solunumu, ağız kuruluşuna ve eroziv karyojenik içeceklerin sık tüketilmesine neden olmaktadır. Astım hastalığı ile diş çürüğü arasındaki direkt ilişkiyle ilgili literatürde fikir birliği sağlanamamış olsa da bu değişikliklerin çürük gelişimi için predispozan faktörler olduğu bilinmektedir. Direkt ilişkinin kurulamamasındaki sebepler hem astım hem diş çürüğünün kompleks etiyolojiye sahip olması ve yapılan çalışmaların çoğunun kesitsel tasarımı olması şeklinde açıklanmaktadır (Turkistani ve ark., 2010). Kronik ağız solunumuna bağlı diğer bir problem dentoalveolar yapıdaki bozukluklardır. Bu sebeplerle astımlı çocuklarda olası ağız komplikasyonları için predispoze edici faktörlerin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri tarafından bilinmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Stensson ve ark. (2008), 3 ve 6 yaş grubundaki 127 astımlı çocuk ile 117 sağlıklı grubu kıyasladıkları çalışmalarında astımın ağız ve diş sağlığı üzerine etkilerini araştırmak üzere ailelere anket uygulamıştır. Çalışmada, astımlı grupta karyojenik içecek tüketme sıklığının ve ağız solunumunun önemli derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. Astımda kullanılan ilaçların tükürük akışı üzerine etkisi, Alaki ve ark. (2013)'nın astımlı 30 çocuğu dahil ettiği vaka kontrollü çalışmasında değerlendirilmiş ve astımın şiddetine, ilaç alım sıklığına ve özellikle kombine terapi uygulamasına bağlı olarak tükürük karakteristiklerinin önemli derecede değiştiği bulunmuştur. Araştırmamızda, astım tedavisinde kullanılan ilaçların ağız bölgesinde neden olduğu komplikasyonların bilgisi eğitimden hemen sonra önemli derecede

artmıştır. Eğitim öncesi %31,3 oranında doğru yanıtlanan bilgi sorusu eğitimden sonra %65,5 oranını çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmıştır. ($p=0,001$).

Konjenital kalp hastalığı olan çocukların medikal durumlarından dolayı ağız ve diş bakımı sıklıkla geri planda bırakılmaktadır. Da Silva ve ark. (2002)'nin kalp hastası çocukların ağız sağlığıyla ilgili ailelerin bilgi ve yaklaşımlarının araştırıldığı çalışmasında enfektif endokarditten korunmada iyi bir ağız hijyeninin gerekli olduğu bilgisi %41,3 oranında bulunmuştur. Çalışmada ayrıca çocukların ortalama plak ve gingival indeks değerleri sırasıyla %98 ve %99 oranında oldukça yüksek bulunmuştur. Balmer ve Bu'Lock (2003)'ün, 38 kalp hastalıklı çocuğu ve ailesini dahil ettiği çalışmasında, çocukların ağız ve diş sağlığının sağlıklı kontrollerine göre durumu ve ağız ve diş sağlığının kalp hastalığındaki önemi üzerine ailelerin bilgisi araştırılmıştır. Ailelere uygulanan anket sonucuna göre velilerin sadece %64'ünün ağız ve diş sağlığı ile enfektif endokardit ilişkisinden haberdar olduğu bulunmuştur. Ağız ve diş muayenesi bulgularında ise çocukların %58'inde mevcut veya önceki diş hastalıklarına dair kanıtlar rapor edilmiştir. Stecksén-Blicks ve ark. (2004), konjenital kalp hastası olan çocukların daimi dişlerinde yaş ve cinsiyete uygun sağlıklı çocuklara kıyasla daha yüksek oranda çürüğü ve tedavi gereksinimi olduğunu bulmuşlardır. Kalp hastası çocukların ailelerinde ağız sağlığının önemi üzerindeki farkındalığın artırılması, geri plana atılan ağız bakımının iyileştirilmesi ve enfektif endokarditin önlenmesi açısından çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının hastalara rehberlik etmesi değerlidir. Araştırmamızda, siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla uygulanan profilaksi bilgi sorusu eğitimden önce ve sonra oldukça yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır. Eğitim öncesi %90,4 oranında doğru yanıtlanmış ve eğitim sonrasında bu oran %100,0'e çıkmıştır.

Çocukluk çağı kanserlerinin teşhis ve tedavisindeki ilerlemeler sonucunda morbidite ve mortalitede küresel bir azalma olmuştur (National Cancer Institute, 2009). Uzun süreli sağ kalım, tedavinin olası birçok komplikasyonunu önlemeyi, yönetmeyi ve hastaların yaşam kalitesini olabildiğince iyileştirmeyi gerekli hale getirmiştir. Hastalığa ve terapilere bağlı yan etkiler, tedavi sırasında, tedaviden hemen sonra ve uzun dönemde ortaya çıkmaktadır. AAPD (2013a), kanser hastalarında ağız hijyeni uygulamalarının tüm tedavi boyunca sürdürülmesini ve hijyeninin tek belirleyicisinin trombositopeni durumu olmamasını tavsiye etmektedir. Ayrıca tüm diş tedavilerinin ideal olarak kanser tedavisine başlamadan önce tamamlanması, transplantasyon yapıldıysa en az 100 gün diş tedavilerinin ertelenmesi gerektiğini bildirmiştir. Alberth ve ark. (2004)'nin onkolojik tedavi gören ve uzun süreli

remisyonda olan 45 çocuk ve kontrol grubunu incelediği çalışmasında, 17 hastada, diş gelişim anomalilerinden v-şekilli kökler, 12 hastanın 48 dişinde mine hipoplazisi tespit etmişlerdir. Hasta ve kontrol gruplarında diş anomalileri prevalansı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızda, onkoloji terapilerinde ağız bölgesinde ortaya çıkan komplikasyonlardan mukozit, parestezi, diş çürüğü, ağız kuruluğu, dişlerde hassasiyet, diş ağrılarını taklit eden ağrılar, tat bozukluğu, dentoalveolar bozukluk ve osteoradyonekroz bulguları teorik eğitimle verilmiştir. Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda, dudak bakımı, çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede alınacak önlemlerle alakalı bilgisi sorusu eğitim öncesi %9,1 oranında doğru bilinirken eğitim sonrası bu oran %62,5'e yükselerek istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. (p=0,000)

Hemofili, pıhtılaşma faktörlerinin eksikliğinden kaynaklanan kalıtsal bir kanama bozukluğudur. Eklem içi, yumuşak doku ve mukozada kanamalar, uzamış kanama zamanıyla karakterizedir. Tedavisi eksik pıhtılaşma faktörlerinin yerine konulmasıyla mümkün olmaktadır. Hemofili hastalarında diş çekimi sonrası kanamayı azaltmak için lokal hemostatik prosedüre ihtiyaç vardır. Gazlı bez ile direkt tampon yapılması ve minimal travma yaratarak diş çekimine ek olarak, lokal hemostatik ajanların uygulanması kanamanın en aza indirilmesine yardımcı olabilir. (Peisker ve ark. 2014; Brewer ve Correa 2006; Mamtha ve ark. 2017.) Literatürde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının dental ve oral cerrahi sonrası hemofili hastalarına yaklaşımı hakkında bilgi düzeylerine yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır ancak hemofili hastalarına yönelik rehberlerde kanama ve faktör yüklemesi ile alakalı tavsiyeler bulunmaktadır. Hemofili tanısı alan çocuklarda diş çekimi sonrası oral hijyenin devam ettirilmesi konusunda yönelttiğimiz bilgi soru eğitim öncesi %51,3 oranında doğru yanıtlanırken eğitim sonra bu oran %75,0'a çıkarak ciddi bir artış göstermiş, istatistiksel olarak da anlamlı bir fark yaratmıştır. (p=0,019)

5.3.6. Travmatik Diş Yaralanma Bilgisinin Değerlendirilmesi

Çocuk ve gençlerde estetik, fonksiyonel, psikolojik ve ekonomik etkileri olan travmatik diş yaralanmaları zorlu bir halk sağlığı problemidir ve ciddi şekilde ihmal edilmektedir (Oliveira ve ark., 2007). Avülse dişlerin prognozu, uygun acil durum yönetimine büyük oranda bağlıdır. Diş travması geçiren çocukların ilk başvurdıkları yer genellikle tıp klinikleri olduğundan ve erken müdahalelerin prognozu büyük oranda etkilemesinden dolayı

tıp hekimlerinin avülse diş uygun yaklaşımı bilmesi gerektiği bildirilmiştir (AAP, 2014a). Araştırmamızda, travma sonrası geçen zamanın tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde rolü ile ilgili bilgi eğitim öncesi ve sonrası oldukça yüksek bulunmuştur. (eğitim öncesi %96,2, eğitim sonrası %100,0 $p=0,135$)

Daimi dişlerin travma sonrası saklanma yöntemiyle alakalı bilgi eğitim öncesi %54,3 oranında doğru yanıtlanırken, eğitim sonrası bu oran %91,1'e çıkarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p=0,000$) Daimi diş avülsiyonunda dişin yerine yerleştirilmesi ile ilgili bilgi sorusu eğitim öncesi %20,0 oranında doğru yanıtlanırken, eğitim sonrası bu oran ciddi bir artış göstererek %80,7'ye çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p=0,000$). Travma sonucu yuvasından çıkan diş acil müdahale yaklaşımı ile ilgili bilgi sorusu eğitim öncesi %68,1 oranından, eğitim sonrası %96,0 oranına çıkarak anlamlı bir istatistiksel fark oluşmuştur. ($p=0,001$) Daimi diş avülsiyonundan sonra tetanoz aşısının sorgulanması ile ilgili bilgi sorusu eğitim öncesi %56,4 oranından %91,1 oranına çıkarak anlamlı bir istatistiksel fark oluşmuştur. ($p=0,000$) Süt dişi avülsiyonlarında acil müdahale ile ilgili bilgi sorusuna katılımcılar eğitim öncesi ve sonrası yüksek oranda doğru yanıt vermişlerdir. Diş travmasıyla ilgili eğitim öncesi düşük skorların, uzmanlık öğrencilerinin pratikte diş travmasıyla sık karşılaşmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuda Türkiye'de az sayıda çalışma bulunmaktadır. Acil doktorlarının, travmatik diş avülsiyonunda ilk müdahale bilgisinin araştırıldığı bir çalışmada, hekimler bu konudaki bilgilerini orta-yetersiz olarak değerlendirmiş ve sadece %18,8'i hastayı diş hekimine yönlendireceğini belirtmiştir. Daimi bir dişin reimplantasyonuyla ilgili fikirleri sorulduğunda sadece %15,9'nun uygun şartlarda yapacağı, %42'sinin bir fikri olmadığı bulunmuştur. Süt dişinde ise hekimlerin %29'u hiçbir şartta reimplante edilmeyeceğini, %47,8'si ise bir fikri olmadığını belirtmiştir; 446 hekimin sadece %25,6'sının diş avülsiyonunda uygun acil müdahaleden haberdar olduğu belirtilmiştir (Ulusoy ve ark., 2012). Kebriaei ve ark. (2008)'nin 32 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisine çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili verilen eğitimi değerlendirdiği çalışmasında diş travma bilgisi, eğitim öncesi ve sonrasında düşük skorlarda bulunmuştur. Bottenberg ve ark. (2008)'nin 276 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile yaptıkları anket çalışmasında ise diş avülsiyonu hakkında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının %72'sinin acil yaklaşımları ve diş en iyi koruma yöntemini bildiği bulunmuştur. Diş avülsiyonu üzerine acil serviste çalışan hekimlerle yapılan bir başka anket çalışmasında hekimlerin sadece %4'ünün uygun müdahaleyi uygulayabileceği bulunmuştur. Hekimlerin %8'i bu konuda bir fikri olmadığını, %50'si ise kesinlikle reimplantasyon yapılmaması gerektiğini bildirmiştir (Holan ve Shmueli, 2003).

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır:

Katılımcıların önceden aldıkları ağız ve diş sağılığı eğıtimi bilinmediğınden katılımcılar homojen olarak dağılmamıştır.

Araştırmada verilen eğıtimde, didaktik sunum şeklinde tek bir metot kullanıldığı ve tek oturumda gerçekleştirildiğı için etkili olabilecek diğereğıtım tiplerinin kıyaslaması yapılamamıştır.

Araştırma verilen eğıtim ile edinilen bilgilerin asistanların pratiğine geğışi araştırılmamıştır.

Araştırmayı değıerlendirme aşamasında kullandığımız testler; süt dişlerinin önemi, dişlerin sürme zamanları, sayıları, dişlerde görülebilen sayı, şekil, boyut anomalileri, koruyucu diş hekimliğı uygulamaları, beslenme ve çürük ilişkisi, oral hijyen ve florür, sistemik hastalıklar ile oral bulgular ve dental travmaların acil yönetimi konularını içeren sorulardan oluşmaktadır. Bu kısıtlılıklara rağmen anketten elde ettiğimiz bulgular, çalışmamıza katılan çocuk sağılığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin çocuk ağız ve diş sağılığı hakkındaki bilgi düzeyi ve yaklaşımının başlangıçta başarı yüzdesinin %39,06'dan eğıtim sonrası %76,36 seviyesine çıkarak kısa dönemde yeterli seviyede artışın olduğunu ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Program değerlendirme aşamasında yönelttiğimiz testler; süt dişlerinin önemi, dişlerin sürme zamanları, sayıları, dişlerde görülebilen sayı, şekil, boyut anomalileri, koruyucu diş hekimliği uygulamaları, beslenme ve çürük ilişkisi, oral hijyen ve florür, sistemik hastalıklar ile oral bulgular ve dental travmaların acil yönetimi konularını içeren sorulardan oluşmaktadır. Bu kısıtlılıklara rağmen anketten elde ettiğimiz bulgular, çalışmamıza katılan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin çocuk ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi ve yaklaşımının başlangıçta başarı yüzdesinin %39,06'dan eğitim sonrası %76,36 seviyesine çıkarak kısa dönemde yeterli seviyede artışın olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmanın sonuçları:

1. Çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim alma konusunda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin pozitif yaklaşımları gözlemlenmiştir,
2. Uzmanlık öğrencilerinin tamamına yakınının müfredatları dahilinde çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili bir eğitim almadığı, buna bağlı olarak yetersiz bilgiye sahip olduğu,
3. Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili verilen eğitimin kısa dönemde etkili olduğu bulunmuştur.

Hekimlerin yoğun çalışma koşulları altında ağız ve diş sağlığı konularını içeren seminer, kongre vb. eğitim faaliyetlerine katılamamaları ve lisans eğitimi sırasında bu bilgilerin müfredatta yer almaması nedeniyle, konuyla ilgili bilgi düzeylerinin ölçüldüğü farklı anket çalışmalarının, ön ve son test uygulamaları arasında yapılan eğitimlerin, hekimlerin bilgi düzeyi ve farkındalıklarına olan katkıları oldukça değerlidir.

Bu sonuçların ışığında, çocuk ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde eşsiz bir role sahip olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının mevcut ağız ve diş sağlığı bilgisini değerlendiren, pratiklerine ağız ve diş sağlığı bakımını dahil etmelerinin önündeki engelleri belirleyen, bilgi eksikliği sorununun aşılmasında farklı eğitim metotlarını kıyaslayarak en iyi yöntemi bulmayı amaçlayan daha geniş çapta araştırmaların planlanması önerilmektedir.

1. Çocukları sık gören ve çocuk ağız ve diş sağlığı konusunda önemli bir role sahip olan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına mesleki sürekli eğitimler kapsamında kongre ve seminerlerin düzenlenmesi,

2. Tıp fakóltesi ve uzmanlık eğitimi programlarına ağız ve diş sağığı konusunda yapılandırılmış eğitimlerin dahil edilmesi,

3. Çocuk ağız ve diş sağığı ile ilgili çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanlarına ve birinci basamak sağık çalışanlarına belirli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilmesi,

4. Çocukların ağız ve diş sağığının geliştirilmesi için çocuk sağığı ve hastalıkları uzmanları, aile hekimleri ve aile diş hekimleri ile çocuk diş hekimleri ile iş birliğı içinde olması,

5. Hastanelere ve aile sağığı merkezlerine asılacak afişlerle veya yazılı, görsel veya sosyal medya aracılığı ile çocuk ağız ve diş sağığı hakkında kamu spotları hazırlanarak hekimlerin ve ebeveynlerin bilgilerini güncellemeleri ve farkındalıklarının artırılması

6. Geliştirilen eğitim programının yaygınlaştırılması sağılanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

AAP (2014a). Management of Dental Trauma in a Primary Care Setting. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/01/22/peds.2013-3792>, 2016.

AAP (2014b). Policy Statement: Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children. *Pediatrics* 2014; 134:1224–1229.

AAPD (2013a). Guidelines on the dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Chemo1.pdf, 2016.

AAPD (2013b). Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Periodicity7.pdf, 2016.

AAPD (2016). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. http://www.aapd.org/assets/1/7/P_ECCClassifications1.PDF, 2016.

Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 14:302-305, 1992.

Acs G, Shulman R, Ng M W, Chussid S. (1999). The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999; 21: 109–113.

Adair SM. Evidence-based use of fluoride in contemporary pediatric dental practice. *Pediatr Dent* 2006;28 (2):133-42.

Adams PF, Hendershot GE, Marano MA (1996); Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital Health Stat* 10 1999;200:1-203.

Akyıldız MB, Doğusal G, Sönmez I (2015). Knowledge of Pediatricians in Aydın and İzmir Regarding Oral and Dental Health. *J Pediatr Res*. 2015;2(1):21–5.

Alaki SM, Ashiry EA, Bakry NS, Baghlaf KK, Bagher SM (2013). The effects of asthma and asthma medication on dental caries and salivary characteristics in children. *Oral Health Prev Dent*. 2013;11(2):113-20.

Alberth M, Kovalecz G, Nemes J, Máth J, Kiss C, Márton IJ (2004). Oral health of long-term childhood cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer*. 2004 Jul;43(1):88-90.

Aldoobie, N. (2015). ADDIE model. *American International Journal of Contemporary Research*, 5(6), 68-72 (4th ed.).Columbus, OH: Pearson.

Alliger, G.M., & Janak, E.A. (1989). Kirkpatrick's Levels Of Training Criteria: Thirty Years Later. *Personnel Psychology*, 42, 331-342.

Alm A, Wendt L K, Koch G, Birkhed D (2007). Prevalence of approximal caries in posterior teeth in 15-year-old Swedish teenagers in relation to their caries experience at 3 years of age. *Caries Res* 2007;41: 392–398.

Alrashdi, M.; Cervantes Mendez, M.J.; Farokhi, M.R. (2021). A Randomized Clinical Trial Preventive Outreach Targeting Dental Caries and Oral-Health-Related Quality of Life for Refugee Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1686.

Alrashdi, M.; Hameed, A.; Cervantes Mendez, M.J.; Farokhi, M. (2020) Education intervention with respect to the oral health knowledge, attitude, and behaviors of refugee families: A randomized clinical trial of effectiveness. *J. Public Health Dent*. 2020, 81, 90–99.

Altıntaş, L., & Alimoğlu, M. K. (2013). Eğitim Becerilerini Geliştirmeye Yönelik Programların Üç Farklı Model İle Bir Arada Değerlendirilmesi: Logic-Bağlam-Girdi-Süreç-Ürün ve Kirkpatrick Modelleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 36, 19-30.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022a). Perinatal and infant oral health care. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:277-81.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022a1). Policy on interim therapeutic restorations (ITR). *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:78-9.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022b). Policy on the dental home. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:21-2.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022b1). Pediatric restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:401-14.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022c). Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:424-41.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022d). Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022e). Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment options. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:94-5.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022f). Adolescent oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:282-91.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022g). Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022h). Prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:273-6.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022i). Risk assessment and management of periodontal diseases and pathologies in pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:466-83.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022j). Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:321-39.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022k). Management of dental patients with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:302-9.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022l). Policy on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022: 67-9.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022m). Caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:266-72.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022n). Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:96-100.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022o). Fluoride therapy. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:317-20.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022p). Policy on use of fluoride. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:70-1.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022r). Policy on third-party reimbursement of fees related to dental sealants. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:163-4.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022s). Policy on pacifiers. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:86-9.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022t). Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:96-100.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022u). Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:121-6.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022v). Policy on emergency oral care for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:66.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022y). Policy on teledentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:50-1.

American Academy of Pediatric Dentistry (2022z). Policy on snacks and sugar-sweetened beverages sold in schools. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022: 101-2.

American Academy of Pediatric Dentistry (2021). Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:306-24.

American Academy of Pediatric Dentistry (2023). Fluoride therapy. https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_FluorideTherapy.pdf 2023

American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric restorative dentistry (2019). The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric; 2019:340-52.

American Academy of Pediatric Dentistry (2021). Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:87-9.

American Academy of Pediatric Dentistry (2020). Prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:248-51.

American Academy of Pediatric Dentistry (2021). Protective stabilization. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:325-31.

American Academy of Pediatric Dentistry (2021). Restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:386-98.

American Academy of Pediatric Dentistry (2007). Symposium on lifetime oral health care for patients with special needs. *Pediatr Dent* 2007;29(2):92-152.

American Academy of Pediatrics (2011). Early childhood caries in indigenous communities. *Pediatr Dent* 2011;127(6): 1190-8.

American Academy of Pediatrics (2014). Maintaining and improving the oral health of young children. *Pediatrics* 2014; 134(6):1224-9.

American Academy of Pediatrics (2003). Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home: AAP policy statement. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2003.

American Academy of Pediatrics (2008). Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics* 2008, 122, 1387–1394.

American Dental Association, U.S. Department of Health and Human Services (2012). Dental Radiographic Examinations: Recommendations for Patient Selection and Limiting Radiation Exposure. Revised 2012. Available at: "<https://www.fda.gov/media/84818/download>".

Anders PL, Davis EL. (2010). Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30(3):110-7.

Anderson MH, Shi W. (2006). A probiotic approach to caries management. *Pediatr Dent* 2006;28(2):151-3.

Axelsson S, Söder B, Norderam G, et al. (2004). Effect of combined caries-preventive methods: A systematic review of controlled clinical trials. *Acta Odontol Scand* 2004;62 (3):163-9.

Ayhan, H., Suskan, E., & Yildirim, S. (1996). The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 20(3), 209-212.

Bader JD, Rozier G, Harris R LK. (2004). Dental caries prevention: the physician's role in child oral health systematic evidence review. 2004.

Bader, J.D.; Rozier, G.; Harris, R.; Lohr, K.N. (2004). Dental Caries Prevention: The Physician's Role in Child Oral Health Systematic Evidence Review; Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville, MD, USA, 2004.

Balaban, R., Aguiar, C. M., Araújo, A. C. S., & Dias-Filho, E. B. R. (2012). Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22(4), 286-291.

Balmer R, Bu'Lock FA. (2003). The experiences with oral health and dental prevention of children with congenital heart disease. *Cardiol Young*, 2003; 13(5): 439-443.

Beil HA, Rozier RG. (2010). Primary health care providers' advice for a dental checkup and dental use in children. *Pediatrics* 2010;126(2):435-41.

Ben-Aryeh H, Fisher M, Szargel R, Laufer D. (1990). Composition of whole unstimulated saliva of healthy children: changes with age. *Arch Oral Biol* 1990; 11:929-931.

Berg JH, Stapleton FB. (2012). Physician and dentist: New initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease. *Clin Pediatr* 2012;51(6):531-7.

Berkowitz RJ. (2006). Mutans streptococci: Acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006;28(2):106-9.

Bernstein HH, Dhepyasuwan N, Connors K, et al. (2013). Evaluation of a national bright futures oral health curriculum for pediatric residents. *Acad Pediatr* 2013;13(2):133-9.

Bhat SS, Sargod SS, Kiran Kumar BS. (2006). Pediatricians' views about oral health care. *Indian J Pediatr.* 2006 Jun;73(6):535-6.

Bishara SE, Watten JJ, Broffitt B, et al. (2006). Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130 (1):31-6.

Bottenberg P, Van Melckebeke L, Louckx F, Vandenplas Y. (2008). Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health--results of a survey. *Acta Paediatr.* 2008 Jul;97(7):959-63.

Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, et al. (2020). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol* 2020;36(4):324-30.

Brewer A, Correa ME. (2006). Guidelines or Dental Treatment of Patients with Inherited Bleeding Disorders. Canada: World Federation of Hemophilia. 2006; 40: 4-6.

Brickhouse, T. H., Unkel, J. H., Kancitis, I., Best, A. M., & Davis, R. D. (2008). Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatric Dentistry*, 30(2), 147-153.

Brown E, Jr. Children's Dental Visits and Expenses, United States, (2003). Statistical Brief #117. March, 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Md. Available at: "http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st117/stat117.shtml".

Camargo, M. B. J., Barros, A. J. D., Frazão, P., Matijasevich, A., Santos, I. S., Peres, M. A., & Peres, K. G. (2012). Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré- escolares. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 87-97.

Casamassimo PS, Nowak AJ. (2016). Anticipatory guidance. In: Berg JH, Slayton RL, eds. *Early Childhood Oral Health*, 2nd ed. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.; 2016: 169-92.

Caspary G, Krol DM, Boulter S, Keels MA, Romano-Clarke G. (2008). Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating pediatric residents. *Pediatrics*. 2008 Aug;122(2):e465-71.

Cenci VS, Marciel SM, Jarrus ME, et al. (2015). Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res* 2015;29(1):1-7.

Chandiwal S, Yoon RK. (2012). Assessment of an infant oral health education program on resident physician knowledge. *J Dent Child (Chic)*. 2012 May-Aug;79(2):49-52.

Chankanka O, Marshall TA, Levy SM, et al. (2011). Mixed dentition cavitated caries incidence and dietary intake frequencies. *Pediatr Dent* 2011;33(3):233-40.

Cheung, L. (2016). Using the ADDIE model of instructional design to teach chest radiograph interpretation. *Journal of Biomedical Education*, 1-6.

Chi DL, Basson AA. (2018). Surveying dentists' perceptions of caregiver refusal of topical fluoride. *JDR Clin Trans Res* 2018;3(3):314-20.

Chi DL, Momany ET, Jones MP, et al. (2013). Relationship between medical well baby visits and first dental examinations for young children in Medicaid. *Am J Public Health* 2013;103(2):347-54.

Chi DL. (2014). Caregivers who refuse preventive care for their children: The relationship between immunization and topical fluoride refusal. *Am J Public Health* 2014;104(7):1327-33.

Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. (2006). Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent* 2006;28(3):254-9.

Clerehugh V, Tugnait A. (2001). Periodontal diseases in children and adolescents: 2. Management. *Dent Update* 2001;28 (6):274-81.

Clerehugh V. (2008). Periodontal diseases in children and adolescents. *Br Dent J* 2008;204(8):469-71.

Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. (2001). Natal and neonatal teeth: a review of the literature. *Pediatr Dent*, 2001; 23:158-162.

Çakır Kırılı M., & Genç Şen Ö. (2021), Renklenmiş Kanal Tedavili Dört Farklı Olgunun Beyazlatma Tedavisi ile Estetiklerinin Yeniden Kazandırılması, *Türkiye Klinikleri J Dental Sci.*; 27(3):514-20

D'Mello G I. (2012). Long-term oral and general health outcomes in adolescents who had extensive decay in early childhood. *DClinDent thesis*. Dunedin, New Zealand: University of Otago, 2012.

Da Silva DB, Souza IP, Cunha MC. (2002). Knowledge, attitudes and status of oral health in children at risk for infective endocarditis. *Int J Paediatr Dent*. 2002 Mar;12(2):124- 31.

Davis EE, Deinard AS, Maiga EW. (2010). Doctor, my tooth hurts: The costs of incomplete dental care in the emergency room. *J Pub Health Dent* 2010;70(3):205-10.

Day PF, Flores MT, O'Connell AC, et al. (2020). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2020;36(4):343-9.

Day PF, Flores MT, O'Connell AC, et al. (2020). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2020;36(4):343-9.

Dean JA, Hughes CV. (2016). Mechanical and chemotherapeutic home oral hygiene. In: Dean JA, ed. *McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent*. 10th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier; 2016:120-37.

Dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004 Nov;114(5):642-52.

Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD. 2000;332.

Di Giuseppe G, Nobile CGA, Marinelli A, Angelillo IF. (2006). Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. BMC Public Health. 2006;6(1):176.

Ditto MR, Jones JE, Sanders B, Weddell JA, Jackson R, Tomlin A. (2010). Pediatrician's role in children's oral health: an Indiana survey. Clin Pediatr (Phila). 2010 Jan;49(1):12-9.

Doğan D, Dülgergil CT, Mutluay AT, Yıldırım I, Hamidi MM, Çolak H. (2013). Prevalence of caries among preschool-aged children in a central Anatolian population. J Nat Sci Biol 2013; 4: 325-329.

Domejean S, White JM, Featherstone JD. (2011). Validation of the CDA CAMBRA caries risk assessment: A six year retrospective study. J Calif Dent Assoc 2011;39(10): 709-15.

Douglass AB, Douglass JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. Acad Pediatr 2009;9:452-6.

Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. (2005). Infant oral health education for pediatric and family practice residents. Pediatr Dent 2005; 27:284-91.

Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. (2008). Association of mutans streptococci between caregivers and their children. Pediatr Dent 2008;30(5):375-87.

Drummond, B. K.; Meldrum, A. M.; Boyd, D. (2013). Influence of dental care on children's oral health and wellbeing. British Dental Journal, 2013, 214.11: E27-E27.

Drury TF, Horowitz AM, Ismail AA, et al. (1999). Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. J Public Health Dent 1999;59(3):192-7.

Dye BA, Arevalo O, Vargas CM. (2010). Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994 and 1999-2004. Int J Paediatr Dent 2010;20:132-43.

Dye BA, Mitnik GL, Iafolia TJ, Vargus CM. (2017). Trends in dental caries in children and adolescents according to poverty status in the United States from 1999 through 2004 and from 2011 through 2014. J Am Dent Assoc 2017;148(8):550-74.

EAPD (2008). Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries. <http://www.eapd.eu/dat/1722F50D/file.pdf>, 2016.

Edelstein, B.L. (2002). Disparities in oral health and access to care: Findings of national surveys. *Ambul. Pediatrics* 2002, 2, 141–147.

Ellwood R, Fejerskov O, Clarkson JA. (2008). Fluorides in caries control. In: Ole Fejerskov and Edwina Kidd *Dental Caries The Disease and its Clinical Management* 2nd ed Blackwell, Munksgaard. 2008. p. 288–323.

Eroğlu, U. (2006). İşletmelerde Eğitim Faaliyetlerinin Etkinliğinin Ölçümüne İlişkin Bir Model Önerisi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 111-132.

Estrella MRP, Boynton JR. (2010). General dentistry's role in the care for children with special needs: A review. *Gen Dent* 2010;58(3):222-9.

Featherstone JD, Adair SM, Anderson MH, et al. (2003). Caries management by risk assessment: Consensus statement, April 2002. *J Calif Dent Assoc* 2003;331(3):257-69.

Featherstone JDB. (2006). Caries prevention and reversal based on the caries balance. *Pediatr Dent* 2006;28(2):128-32.

Fejerskov O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: Consequences for oral health care. In: *Caries Research*. 2004. p. 182–91.

Finucaine D. (2012). Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2012; 13: 281–292.

Fontana M, González-Cabezas C. (2015). The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: Evidence for caries risk assessment. *Pediatr Dent* 2015;37(3):217-25.

Fontana M. (2016). Noninvasive caries risk-based management in private practice settings may lead to reduced caries experience over time. *J Evid Based Dent Pract* 2016;16(4): 239-42.

Gereige RS, Dhepyasuwan N, Garcia KL, et al. (2015). Pediatric residents' knowledge and comfort with oral health bright futures concepts: a CORNET study. *Acad Pediatr* 2015;15(5):551-6.

Glendor U. (2008). Epidemiology of traumatic injuries - A 12 year review of the literature. *Dent Traumatol* 2008; 24(6): 603-11.

Golubović L, Selimović-Dragaš M, Kobašlija S, Huseinbegović A. (2020). The Role of the Pediatricians in Dental Caries Prevention in Montenegro-the Knowledge , Attitude and Practice. *Balk J Dent Med*. 2020;29–37.

Gopinath VK, Arzreanne AR. (2006). Saliva as a diagnostic tool for assessment of dental caries. *Arch Orofac Sci* 2006; 1:57-59

Gökalp SG, Doğan BG, Tekçiçek MT, Berberoğlu A, Ünlüer S. (2010). National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dent Health* 2010; 27(1): 12-7.

Griffin SO, Gooch BF, Beltrán E, Sutherland JN, Barsley R. Dental services, costs, and factors associated with hospitalization for Medicaid-eligible children, Louisiana 1996-97. *J Public Health Dent* 60: 21-27, 2000

Guarnizo-Herreño, C.C.; Wehby, G.L. (2012). Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being. *J. Pediatrics* 2012, 161, 1153–1159.

Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. (2004). Risk factors for dental caries in young children: A systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004;21(suppl): 71-85.

Harrison-Barry L, Elsworth K, Pukallus M, et al. (2022). The Queensland Birth Cohort Study for Early Childhood Caries: Results at 7 years. *JDR Clin Trans Res* 2022;7(1): 80-9.

Hayes, A. (November, 2008). An interview with Donald Kirkpatrick: The father of evaluation. TrainingZone. <http://www.trainingzone.co.uk/topic/training-cycle/interview-donaldkirkpatrick-father-evaluation>.

Herndon JB, Tomar SL, Lossius MN, Catalanotto FA. (2010). Preventive Oral Health Care in Early Childhood: Knowledge, Confidence, and Practices of Pediatricians and Family Physicians in Florida. *J Pediatr*. 2010;157(6):1018- 1024.

Hinze, E.S.; Casamassimo, P.S.; Seale, N.S.; McIlroy, M.; Kerins, C.A.; McWhorter, A.G. (2014). Relative value of oral health in well-child care: A survey of pediatricians in Texas and Ohio. *J. Dent. Child*. 2014, 81, 84–90.

Holan G, Shmueli Y. (2003). Knowledge of physicians in hospital emergency rooms in Israel on their role in cases of avulsion of permanent incisors. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Jan;13(1):13-9.

Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012; 40: 873-5.

Ignelzi M. (2010). Pit and fissure sealants - An ongoing commitment. *Calif Dent Assoc J* 2010;38(10):725-8.

Indira MD, Dhull KS, Nandlal B. (2015). Knowledge, Attitude and Practice toward Infant Oral Healthcare among the Pediatricians of Mysore: A Questionnaire Survey. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2015 Sep-Dec;8(3):211-4.

Ismail AI, Nainar SM, Sohn W. (2003). Children's first dental visit: attitudes and practices of U.S. pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25: 425–430.

Jackson SL, Vann WF, Kotch J, Pahel BT, Lee JY. (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Amer J Publ Health* 2011;10(10):1900-6.

Jiang S, McGrath C, Lo E, Ho S, GaoX. (2020). Motivational interviewing to prevent early childhood caries: A randomized control trial. *J Dent* 2020;97(6):1-7.

Kalkani M, Ashley P. (2013). The role of paediatricians in oral health of preschool children in the United Kingdom: a national survey of paediatric postgraduate specialty trainees. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013 Oct;14(5):319-24.

Källestål C. (2005). The effect of five years' implementation of caries-preventive methods in Swedish high-risk adolescents. *Caries Res* 2005;39(1):20-6.

Kanasi E, Johansson J, Lu SC, et al. (2010). Microbial risk markers for childhood caries in pediatrician's offices. *J Dent Res* 2010;89(4):378-83.

Kaufman, R., & Keller, J. M. (1994). Levels of Evaluation: Beyond Kirkpatrick. *Human Resource Development*, 5(4), 371-380.

Kebriaei A, Rothe V, Pitner S, Balluff M, Salama F. (2008). Effectiveness of a basic training presentation on infant oral health care for pediatric medicine residents. *J Clin Pediatr Dent*. 2008 Winter; 33(2):143-6.

Khan AA. (1994). The permanent first molar as an indicator for predicting caries activity. *Int Dent J* 1994; 44: 623-7.

Kirkpatrick, D. (January, 1996). Great Ideas Revisited. *Training & Development*, 50(1), 54-59.

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2007). *Implementing the Four Levels*. California: BerrettKoehler Publishers

Kirkpatrick, J. (August, 2007). Hidden power of Kirkpatrick's Four Levels. *Training & Development*, 61(8), 34-37.

Kobayashi M, Chi D, Coldwell SE, Domoto P, Milgrom P. (2005). The effectiveness and estimated costs of the access to baby and child dentistry programs in Washington State. *J Am Dent Assoc* 2005;136(9):1257-63.

Koşan Z, Akgül N, Bedir B, Okşan E, Sinan Y. (2017). Tıp ve diş hekimliği fakültelerinde ağız – diş sağlığı eğitimi yeterli mi? Öğrencilerin bilgi düzeylerinin karşılaştırması. *Turk J Public Heal*. 2017;15(3):201–11.

Köksal E, Tekçiçek M, Yalçın SS, Tuğrul B, Yalçın S, Pekcan G. (2011). Association between anthropometric measurements and dental caries in Turkish school children. *Cent Eur J Public Health*. 2011;19(3):147–51.

Kranz S, Smiciklas-Wright H, Francis LA. (2006). Diet quality, added sugar, and dietary fiber intakes in American pre- schoolers. *Pediatr Dent* 2006;28(2):164-71.

Krol DM. (2003). Dental caries, oral health, and pediatricians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2003;33:253-70.

Krol DM. (2004). Educating pediatricians on children's oral health: Past, present, and future. *Pediatrics* 2004;113:e487-92.

Krol, D.M. (2010). Children's oral health and the role of the pediatrician. *Curr. Opin. Pediatrics* 2010, 22, 804–808.

Kumar A, Kumar V, Singh J, Hooda A, Dutta S. (2012). Drug-induced discoloration of teeth: an updated review. *Clin Pediatr (Phila)* 2012; 51:181-5.

Kumar, P.; Dixit, A.; Gupta, V.; Singh, H.P.; Sargaiyan, V. (2014). Cross sectional evaluation of awareness of prevention of dental caries among general paediatricians in Ghaziabad district, India. *Ann. Med. Health Sci. Res.* 2014, 4, 302–306.

Kumari NR, Sheela S, Sarada PN. (2006). Knowledge and attitude on infant oral health among graduating medical students in Kerala. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006 Dec;24(4):173-6.

Leal, S. C., Bronkhorst, E. M., Fan, M., & Frencken, J. E. (2012). Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Research*, 46(2), 102- 106.

Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann WF Jr. (2006). Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent* 2006;28(2):102-5, discussion 192-8.

Lee JY, Divaris K. (2009). Hidden consequences of dental trauma: The social and psychological effects. *Pediatr Dent* 2009; 31(2):96-101.

Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. (2000). The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics* 2000; 106(6):84.

Lewis CW. (2009). Dental care and children with special health care needs: A population-based perspective. *Acad Pediatr* 2009;9(6):420-6.

Lewis, C.W.; Barone, L.; Quinonez, R.B.; Boulter, S.; Mouradian, W.E. (2013). Chapter Oral Health Advocates: A nationwide model for pediatrician peer education and advocacy about oral health. *Int. J. Dent.* 2013, 2013, 498906.

Lewis, C.W.; Boulter, S.; Keels, M.A.; Krol, D.M.; Mouradian, W.E.; O'Connor, K.G.; Quinonez, R.B. (2009). Oral health and pediatricians: Results of a national survey. *Acad. Pediatrics* 2009, 9, 457–461.

Lin Y, Chou C, Lin Y. (2021). Caries experience between primary teeth at 3-5 years of age and future caries in the permanent first molars. *J Dent Sci* 2021;16(3):899-904.

Long, C.M.; Quinonez, R.B.; Beil, H.A.; Close, K.; Myers, L.P.; Vann, W.F.; Rozier, R.G. (2012). Pediatricians' assessments of caries risk and need for a dental evaluation in preschool aged children. *BMC Pediatrics* 2012, 12, 49.

Losso, E. M., Tavares, M. C. R., Silva, J. Y. B., & Urban, C. A. (2009). Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *Jornal de Pediatria*, 85(4), 295-300.

Lott M, Callahan E, Walker Duffy E, Story M, Daniels S. (2019). Consensus statement. Healthy beverage consumption in early childhood: Recommendations from key national health and nutrition organizations. September, 2019. Available at: “<https://healthyeatingresearch.org/wp-content/2019/09/HER-HealthyBeverage-ConsensusStatement.pdf>”.

Macek MD, Beltrán-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. *J Public Health Dent* 2003;63(3):174-82.

Maltz, M., & Lacerda, P. (2001). Conhecimento do pediatra na área da saúde bucal. *Revista ABO Nacional*, 9(4), 210-216.

Mamtha NS, Bhoboo PR, Felix K, Ranganatha N. (2017). Management of Hemophilia Patient. *J HealthSci Res.* 2017; 8(2) :1-6.

Marshall TA, Levy SM, Broffitt B, et al. (2003). Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics* 2003;112(3Pt1):e184-e191.

Marthaler TM. (2003). Successes and Drawbacks in the Caries-Preventive Use of Fluorides – Lessons to be Learnt from History. *Oral Heal Prev Dent*. 2003;1(2):129–40.

McDonald RE, Avery DR, Stookey GK. (2005). Dental caries in the child and adolescent. In: Mc-Donald RE, Avery DR, Dean JA, (Eds). *Dentistry for the child and adolescent*. 8th ed. New Delhi, Elsevier, 2005; 203-235.

McKinney R, Olmo H. Developmental Disturbances of the Teeth, Anomalies of Shape and Size. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574555/>

Mejàre I, Axelsson S, Dahlén D, et al. (2014). Caries risk-assessment: A systematic review. *Acta Odontol Scand* 2014;72(2): 81-91.

Mejia G C, Amarasena N, Ha D H, Roberts- Thomson K F, Ellershaw A C. (2012). Child Dental Health Survey Australia 2007: 30-year trends in child oral health. Canberra: AIHW, 2012. Available online at <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737421875>

Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M. Early childhood caries—a review. *Dent update* 34: 556-564, 2007.

Mouradian W E, Wehr E, James J D, Crall J. (2000). Disparities in children’s oral health and access to dental care. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 2625–2631.

Murthy GA, Mohandas U. (2010). The knowledge, attitude and practice in prevention of dental caries amongst pediatricians in Bangalore: a cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2010 Apr-Jun;28(2):100-3.

Namal N, Vehit HE, Can G. (2005). Risk factors for dental caries in Turkish preschool children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005;23(3):115–8.

National Cancer Institute (2009). The childhood cancer survivor study: An overview. <http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/ccss>, 2016.

National Institutes of Health Consensus Development Conference statement (2001), Diagnosis and management of dental caries throughout life. March 26 to 28, 2001. *J Dent Educ* 2001;65:1162-8.

New Zealand Ministry of Health (2010). Our oral health: key findings of the 2009 New Zealand oral health survey. Wellington: Ministry of Health, 2010.

Norwood KW, Slayton RL. (2013). Oral health care for children with developmental disabilities. *Pediatrics* 2013;131(3): 614-9.

Nowak AJ, Casamassimo PS, Scott J, Moulton R. (2014). Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children? *Pediatr Dent* 2014;36(7):489-93.

Nowak AJ. (2003). Oral management of pediatric patients for non dental professionals. 2003. Iowa City, Iowa: The Center for Leadership in Pediatric Dentistry, University of Iowa. http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.uiowa.edu/ContentPages/83483.pdf, 2016.

Nunn ME, Dietrich T, Singh HK, Henshaw MM, Kressin NR. (2009). Prevalence of early childhood caries among very young urban Boston children compared with U.S. children. *J Public Health Dent* 2009;69(3):156-62.

Olatosi OO, Sote EO, Akinsola OJ, Oredugba FA, Adenaike AS. (2013). Prevention of dental caries: knowledge, practice and opinion of paediatricians in Lagos. *West Afr J Med*. 2013 Jan-Mar;32(1):52-6.

Oliveira LB, Marcenes W, Ardenghi TM, Sheiham A, Bönecker M. (2007). Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. *Dent Traumatol* 2007; 23: 76–81.

Özaydın, B. , Günbatar, M. S. , Önal, N., & Çakır, H. (2012). Öğretmen Yetiştirme Programlarının Sistemik Ve Sistemik Değerlendirilmesi. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*. 2(1), 54-71

Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC, Quiñonez RB. (2011). Effectiveness of preventive dental treatments by physicians for young Medicaid enrollees. *Pediatrics* 2011;127(3):682-9.

Paiva, M. S., Bezerra, V. L. V. A., & Toledo, A. O. (1992). O pediatra e a saúde oral da criança. *RGO – Revista Gaúcha de Odontologia*, 38(2), 96-100.)

Pastor, I. M. O., & Rocha, M. C. B. S. (2003). Integração da pediatria médica e odontológica: uma visão ampliada de promoção de saúde. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*, 2(1), 62-71.

Patel S, Bay C, Glick M. (2010). A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. *J Am Dent Assoc* 2010;141(5):527-39.

Peisker A, Raschke GF, Schultze-Mosgau S. (2014). Management of Dental Extraction in Patients with Hemophilia A and B: a report of 58 extractions. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19(1): e55-e60.

Peltier B. (2009). Psychological treatment of fearful and phobic special needs patients. *Spec Care Dentist* 2009;29(1):51-7.

Peres, K. G., Peres, M. A., Boing, A. F., Bertoldi, A. D., Bastos, J. L., & Barros, A. J. D. (2012). Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 250-258.

Pienihakkinen K, Jokela J, Alanen P. (2005). Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: A 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic results. *BMC Oral Health* 2005;5(2):1-5.

Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. (2002). Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* 2002; 109(5); 82.

Pinkham J, Casamassimo P, Fields H, Mctigue D, Nowak A. (2009). American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline pediatric restorative dentistry. In: *Çocuk Diş Hekimliği: Bebeklikten Ergenliğe*. 2009. p. 330–42.

Pitts NB, Baez R, Diaz-Guallory C, et al. (2019). Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Pediatr Dent* 2019; 41(3):176-8.

Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A. (2017). Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 25;3:17030. doi: 10.1038/nrdp.2017.30. PMID: 28540937.

Pitts, N. B. & Zero, D. T. (2016). White paper on dental caries prevention and management. FDI World Dental Federation http://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf

Plutzer K, Keirse MJ. (2011). Incidence and prevention of early childhood caries in one- and two-parent families. *Child Care Health Dev* 2011;37(1):5-10.

Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. (2006). Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health*. 2006 Mar;11(3):151-7.

Praslova, L. (2010). Adaptation of Kirkpatrick's Four Level Model Of Training Criteria To Assessment Of Learning Outcomes And Program Evaluation In Higher Education. *Educ Asse Eval Acc*, 22, 215–225. Doi: 10.1007/s11092-010-9098-7

Quinonez RB, Kranz AM, Lewis CW, Barone L, Boulter S, O'Connor KG, Keels MA. (2014). Oral health opinions and practices of pediatricians: updated results from a national survey. *Acad Pediatr*. 2014 Nov-Dec;14(6):616-23.

Quinonez, R.B.; Kranz, A.M.; Long, M.; Rozier, R.G. (2014). Care coordination among pediatricians and dentists: A cross-sectional study of opinions of North Carolina dentists. *BMC Oral Health* 2014, 14, 33.

Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JI. (2012). Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health*. 2012 Oct 9;12:855.

Rajeev, P., Madan, M. S., & Jayarajan, K. (2009). Revisiting Kirkpatrick's Model –An Evaluation Of An Academic Training Course. *Current Science*, 96(2), 272-276.

Ramirez JH, Arce R, Contreras A. (2010). Why Must Physicians Know About Oral Diseases ? *Teach Learn Med*. 2010;(22):148–55.

Ramos-Gomez F, Ng MW. (2011). Into the future: Keeping healthy teeth caries free: Pediatric CAMBRA protocols. *J Calif Dent Assoc* 2011;39(10):723-33.

Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. (2010). Pediatric dental care: Prevention and management protocols based on caries risk assessment. J Calif Dent Assoc 2010;38(10):746-61.

Ramos-Gomez FJ. (2014). A model for community-based pediatric oral health: Implementation of an infant oral care program. Int J Dent 2014;2014:156821.

Reis, M. L., Luvison, I. R., & Faustino-Silva, D. D. (2015). Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, 20(2), 164-171

Reiser, R. A., & Dempsey, J. V. (2007). Trends and issues in instructional design and technology

Rooney E, Davies G, Neville J, Robinson M, Perkins C, Bellis M A. (2010). NHS Epidemiology Programme for England. Oral health survey of 12 year old children 2008/2009. Summary of caries prevalence and severity results. Preston: The Dental Observatory, 2010. Online article available at http://www.nwph.net/dentalhealth/reports/Report_NHS_DEP_for_England_OH_Survey_12yr_2008-09.pdf

Rotter T, Kinsman L, James E, et al. (2012). The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. Eval Health Prof 2012;35(1): 3-27.

Rozier RG, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. (2003). Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. J Dent Educ. 2003 Aug; 67(8): 876-85.

Sabbagh HJ, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno AG, Alamoudi NH. (2011). Assessment of pediatricians dental knowledge, attitude and behavior in Jeddah, Saudi Arabia. J Clin Pediatr Dent. 2011 Summer;35(4):371-6.

Sanchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. (1997). Physicians' views on pediatric preventive dental care. Pediatr Dent 1997;19(6):377-83.

Sasa I, Donly KJ. (2010). Dental sealants: A review of the materials. Calif Dent Assoc J 2010;38(10):730-4.

Saydam G, Oktay İ, Möller I. (1995). Türkiye’de ağız diş sağlığı durum analizi. İst Tür-Ağız-Sağ 001 (DSÖ), 1995.

Scalioni, F. A. R., Figueiredo, S. R., Curcio, W. B., Alves, R. T., Leite, I. C. G., & Ribeiro, R. A. (2012). Hábitos de dieta e cárie precoce da infância em crianças atendidas em faculdade de odontologia brasileira. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 12(3), 399-404.

Schafer TE, Adair SM. (2000). Prevention of dental disease. The role of the pediatrician. Pediatr Clin North Am 2000;47:1021-42.

Schaff-Blass E, Rozier RG, Chattopadhyay A, Quiñonez R, Vann WF Jr. (2006). Effectiveness of an educational intervention in oral health for pediatric residents. Ambul Pediatr. 2006 May-Jun;6(3):157-64.

Scharf RJ, Scharf GJ, Stroustrup A. (2016). Developmental milestones. Pediatr Rev 2016;37(1):25-37.

Schor EL. (2007). The future pediatrician: Promoting children’s health and development. J Pediatr 2007;151:S11-6.

Selden TM. (2016). Compliance with well-child visit recommendations: Evidence from the Medical Expenditure Panel Survey, 2000-2002. Pediatrics 2016;118(6):e1766-78.

Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. (2007). Dental caries. Lancet 2007;369:51-9.

Seow KW. (2012). Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: A unifying conceptual model. Int J Paediatr Dent 2012;22(3): 157-68.

Seymour B, Getman R, Saraf A, Zhang LH, Kalendarian E. (2015). When advocacy obscures accuracy online: Digital pandemics of public health misinformation through an antifuoride case study. Am J Public Health 2015;105(3): 517-23.

Sezer RG, Paketci C, Bozaykut A. (2013). Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatr Child Health*. 2013 Apr;18(4):e15-9.

Sharif M, Newton T, Cunningham S. (2019). A systematic review to assess interventions delivered by mobile phones in improving adherence to oral hygiene advice for children and adolescents. *Br Dent J* 2019;227(5):375-82.

Shariff, J.A.; Edelstein, B.L. (2016). Medicaid meets its equal access requirement for dental care, but oral health disparities remain. *Health Aff*. 2016, 35, 2259–2267.

Sheiham A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; 25: 625–626.

Shivaprakash PK, Elango I, Baweja DK, Noorani HH. (2009). The state of infant oral healthcare knowledge and awareness: disparity among parents and healthcare professionals. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009 Jan-Mar;27(1):39-43.

Sigurdsson A. (2013). Evidence-based review of prevention of dental injuries. *Pediatr Dent* 2013;35(2):184-90.

Silk H, Kwok A. (2017). Addressing adolescent oral health: A review. *Pediatr Rev* 2017;38(2):61-8.

Siribaddana, D. (2010). The Future of Instructional Desinging in Medical Education: Letting the Computer do the Work. *Sri Lanka Journal of Bio-Medical Informatics*. 1(1): 76-85.

Southward LH, Robertson A, Edelstein BL. (2008). Oral health of young children in Mississippi Delta child care centers. A second look at early childhood caries risk assessment. *J Public Health Dent* 2008;68(4):188-95.

Stecksen-Blicks C, Rydberg A, Nyman L, Asplund S, Svanberg C. (2004). Dental caries experience in children with congenital heart disease: a case-control study. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14(2), 94-100.

Stensson M, Wendt LK, Koch G, Oldaeus G, Birkhed D. (2008). Oral health in preschool children with asthma. *Int J Paediatr Dent* 2008;18: 243–250.

Şimşek, A. (2014). Öğretim Tasarımı. İstanbul: Nobel Basımevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri (2018)

https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokoller_2018.pdf

Tagliaferro EP, Pereina AC, Meneghin MDC, Ambrosoni GBM. (2006). Assessment of dental caries prediction in a seven- year longitudinal study. *J Pub Health Dent* 2006;66(3): 169-73.

Talib N, Onikul R, Filardi D, Simon S, Sharma V. (2010). Effective educational instruction in preventive oral health: hands-on training versus web-based training. *Pediatrics*. 2010 Mar;125(3):547-53.

TDB, TPD. (2019). Türk Pedodonti Derneği Florür Durum Raporu Güncelleme (*). 2019.

Thomson W M, Broadbent J M, Locker D, Poulton R. (2009). Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 209–219.

Thomson W M, Poulton R, Milne B J, Caspi A, Broughton J R, Ayers K M. (2004). Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 345–353.

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (2023). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzm Kurulu. 27 şubat 2023.

Tinanoff N. (2016). Use of fluoride. In: *Early Childhood Oral Health*. Berg JH, Slayton RL, eds. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.; 2016:104-19.

Tseng R, Vann WF Jr, Perrin EM. (2010). Addressing childhood overweight and obesity in the dental office: Rationale and practical guidelines. *Pediatr Dent* 2010;32(5):417-23.

Tulunoğlu, Haluk Bodur NA. (1999). Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. GÜ DişhekFak Derg. 1999;27–32.

Turkistani JM, Farsi N, Almushayt A, Alaki S. (2010). Caries experience in asthmatic children: a review of literature. J Clin Pediatr Dent 2010; 35:(1): 1-8.

TÜİK (2022). Türkiye Sağlık Araştırması 2022 raporu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Health-Survey-2022-49747>

U.S. Department of Health and Human Services. (2003). Office of the Surgeon General. A National Call to Action to Promote Oral Health. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2003. Available at: “<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47472/>”.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. (2005). The Surgeon General’s Call to Action to Improve the Health and Wellness of Persons With Disabilities. Rockville, Md: DHHS, Office of the Surgeon General; 2005.

Ulusoy AT, Onder H, Cetin B, Kaya S. (2012). Knowledge of medical hospital emergency physicians about the first-aid management of traumatic tooth avulsion. Int J Paediatr Dent. 2012 May;22(3):211-6.

Uşun, S. (2012). Eğitimde Program Değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.

Van Houte J. (1994). Role of Micro-organisms in caries etiology. J Dent Res 1994; 73:672-681.

Wawrzyniak MN, Boulter S, Giotopoulos C, Zivitski J. (2006). Incorporating caries prevention into the well-child visit in a family medicine residency. Fam Med. 2006; 38:90–92.

Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Qian F. (2010). Iowa's public health-based infant oral health program: A decade of experience. *J Dent Educ* 2010;74(4):363-71.

Wender EH, Bijur PE, Boyce WT. (1992). Pediatric residency training: ten years after the task force report. *Pediatrics* 1992;90(6):876-80.

Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, et al. (2013). Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *J Amer Dent Assoc* 2013;144(11):1279-91.

WHO (2000) Health 21: The health for policy framework for the WHO European Region European Health for all series No.6, 2000.

Wright JT, Crall JJ, Fontana M, et al. (2016). Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants. American Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association. *Pediatr Dent* 2016;38(5): E120-E36.

Wright JT, Hanson N, Ristic H, et al. (2014). Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years. *J Am Dent Assoc* 2014;145(2):182-9.

Wright JT, Tampi MP, Graham L, et al. (2017). Sealants for preventing and arresting pit-and-fissure occlusal caries in primary and permanent molars. A systematic review of randomized controlled trials—A report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* 2016;38(4):282-94. E1-E4. Erratum in: *Pediatr Dent* 2017;39(2):100. Available at: "<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27557916/>".

Yaşar, Ş. (1998). Evaluation of educational programmes in Turkey. AECT Annual Meeting, San Diego. (ERIC Document No. ED 419 846).

Yelken N, Sert T, Döğər C, Arıkan V. (2018). Pediatristlerin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2018;20(1):73–83.

Yu SM, Bellamy HA, Schwalberg RH, Drum MA. (2001). Factors associated with use of preventive dental and health services among U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29(6):395-405.

Yüksek Öğretim Kurumu. (2020). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çekirdek Eğitim Programları. 2020.



8. EKLER



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştirilen Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nazan ERSİN
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Doc. Dr. Seçil ARSLANSOYU ÇAMLAR Doc. Dr. Özlem Sürel KARABİLGİN ÖZTÜRKÇÜ Dr. Gökçe KURNAZ Öğr. Gör. Dr. Merve TOSYALI Doc. Dr. Nilüfer DEMİRAL YILMAZ Dr. Bengü KAHRAMAN KARACA Doc. Dr. Feyza Umay KOÇ
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kat:2 35040 Bornova-İzmir
DESTEKLEYİCİ	YOKTUR.
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Tanımlayıcı Anket Çalışması (Survey)

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 23-7T/62	Tarih: 13.07.2023
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Guzide Aksu				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan Yardımcısı	Tıbbi Biyokimya Uzmanı	EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Yasemin Yıldırım Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Meltem Seziş Demirci Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Gülbin Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ahmet Özgür Yeniel Üye	kadın hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Banu Sarsık Kumbaracı Üye	Tıbbi Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Doc. Dr. Tahir Atik Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doc. Dr. Fatma Sert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Sizi Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nazan ERSİN danışmanlığında, diş hekimliği uzmanlık öğrencisi Dt. Gökçe KURNAZ tarafından yürütülen, Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'nun 9 Şubat 2023 tarihli 23-2T/22 karar numaralı etik onayını vermiş olduğu "Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması" başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Mezun olduğunuz üniversiteyi belirtiniz.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda eğitiminizin kaçınıcı yılındasınız?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Medeni haliniz ve çocuk sahibi olma durumunuzu işaretleyiniz.

- | | Çocuk sahibiyim | Çocuk sahibi değilim |
|-------|-----------------------|-----------------------|
| Bekar | ☐ | ☐ |
| Evli | ☐ | ☐ |

Aşağıda verilen ifadeleri cevaplandırınız.

- Süt dişleri 20 tane dir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum
- Süt dişlerinin sürme zamanı ortalama 6-18. aylar arası tamamlanır.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum
- Süt dişlerindeki çürükler daimi dişleri etkilemez.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum
- Süt dişlerinin zamanından erken kaybedilmesi daimi dişlenmeyi etkiler.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum
- Erken çocukluk çağı çürükleri ilk önce üst çene süt keser dişleri etkiler.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum
- Anne sütü rampant çürük nedenidir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Aşağıda verilen ifadeleri cevaplandırınız.

7. Hamilelik döneminde kullanılan tetrasiklin grubu antibiyotikler bebeğin dişlerinde “Tetrasiklin Renklenmesi” denilen geri dönüşümü olmayan renklenmelere neden olur.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

8. Tiroid bezi hiperfonksiyonu durumunda daimi dişler erken sürer.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

9. Hamilenin dişeti sağlığının kötü olması, düşük kilolu bebek dünyaya getirmesine sebep olur.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

Çocuklarda oral hijyen ve maloklüzyon oluşumu ilgili olarak verilen ifadeleri cevaplayınız.

10. 6. aydan itibaren bebeğin ağız temizliğine başlanmalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

11. 3 yaş altı çocuklar florürlü macun kullanmamalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

12. 5 yaşında son bir yılda 2 yeni çürüğü oluşmuş çocuğa 1000 ppm florür içeren diş macunu önerilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

13. İlk dişini çıkaran bebeğin ebeveynine dişlerin temizliği için parmak fırçaları önerilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

14. Okul öncesi yaş grubu çocukların rutin ağız bakımında günde iki defa gargara kullanması faydalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

15. Çocuklar 8-10 yaşına kadar veli gözetiminde diş fırçalamalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

16. Uzun süreli biberonla beslenme, emzik kullanımı ve parmak emme gibi davranışlar derin damak, üst çenenin ileri itimi, açık kapanış vb. maloklüzyonlara neden olabilir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Çocuklardaki diş çürüğü ile ilgili ifadeleri cevaplayınız.

17. Annenin/bakıcının dişlerinin sağlıklı olması, bebekte çürük oluşma riskini azaltır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

18. Çocuğu gece biberonla besleyerek uyutmak erken çocukluk çağı çürüklerine neden olabilir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

19. Bebeği ağızdan öpmek çürük oluşma riskini arttırır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

20. 3 yaşından daha küçük çocuklarda herhangi bir düz yüzey çürüğü bulunması şiddetli erken çocukluk dönemi çürüklerinin belirtisidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

21. Kronik pediatrik şurup kullanımı çürük riskini etkilemez.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum

22. Aşağıdaki besinlerden hangisi/hangileri diş çürüğüne yol açar? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

☐ Meyve suyu	☐ Çay
☐ Kahvaltılık gevrek	☐ Tatlandırıcılı (ksilitollü) sakız
☐ Şekerlemeler	☐ Kakao
☐ Kuru meyve	☐ Ballı süt
☐ Elma	☐ Cips
☐ İnek sütü	☐ Rafine edilmemiş hububat
☐ Peynir	☐ Kola
☐ Fıstık	



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

SİSTEMİK HASTALIKLAR-AĞIZ SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

Onkolojik tedavi gören çocuklarla ilgili olarak verilen ifadeleri cevaplayınız.

23. Kanama tablosuna bakılmaksızın dişler günde 2-3 kez fırçalanmalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐Bilmiyorum

24. Onkoloji tedavisi bitene kadar diş tedavilerine başlanmamalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐Bilmiyorum

25. Klorheksidin gargaranın yüksek alkol içeriği, mukozitli hastalarda rahatsızlığa ve dokuların kurumasına neden olabilir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐Bilmiyorum

26. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda periodontal hastalığın belirti ve semptomları azalabilir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐Bilmiyorum

27. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri onkolojik terapilerin ağız bölgesinde neden olduğu komplikasyonlardandır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

☐ Mukozitis	☐ Diş hassasiyeti
☐ Kandidiazis	☐ Diş ağrısını taklit eden ağrılar
☐ Herpes simpleks	☐ Tat bozukluğu
☐ Parestezi	☐ Dentoalveolar bozukluklar
☐ Çürük	☐ Osteoradyonekroz
☐ Ağız kuruluğu	☐ Çenenin kilitlenmesi



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

SİSTEMİK HASTALIKLAR-AĞIZ SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

28. Astımın ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Astımlı çocuklar rahat nefes alamadığından ağız solunumu yapar.
- ☐ Astım ilaçlarının çoğu ağız kuruluğuna sebep olur.
- ☐ Astımlı çocuklarda dentoalveolar yapıda bozukluklar oluşabilir.

29. Çölyak hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Ağızda tekrarlayan aftlar
- ☐ Anguler chelitis
- ☐ Diş minesinde mineralizasyon bozukluğu

30. Gastroözefageal reflü hastalığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Dişlerde erozyonlar (diş aşınmaları) oluşur.
- ☐ Ağız içi pH'ı düşer.
- ☐ Mide içeriği ağza geldiğinde dişler hemen fırçalanmalıdır.

31. Kronik böbrek yetmezliğinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Diş mineralizasyonunda bozukluk
- ☐ Dişeti inflamasyonu
- ☐ Dişeti büyümesi

32. Tip 1 diabetin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Dişeti hastalıklarında artış
- ☐ Nefeste aseton kokusu
- ☐ Tükürük akışının azalması

33. Konjenital kalp rahatsızlığının ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Ağızda stomatit, glossit
- ☐ Çürük artışı
- ☐ Tükürük azalması
- ☐ Siyanotik dişetleri



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

34. Dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğunun ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Diş fırçalama ve dental bakım konusunda uyumsuz olabilirler.
- ☐ Tükürük akışları azalmıştır.
- ☐ Gün içinde daha fazla atıştırma şeklinde ara öğünleri vardır.
- ☐ Diş travması görülme sıklığı daha fazladır.

35. Epilepsinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Antiepileptik ilaçlar dişeti büyümesine neden olur
- ☐ Diş çürüğünde artış görülür.
- ☐ Diş travmaları sık görülür.
- ☐ Oral bakım performansları düşüktür.

36. Serebral palsinin ağız sağlığı üzerine etkileri aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- ☐ Dişeti hastalıkları sık görülür.
- ☐ Maloklüzyon ve brüksizm (diş sıkmaları/diş gıcirtmaları) görülür.
- ☐ Diş travmaları sık görülür.

Aşağıda verilen çoktan seçmeli soruları cevaplandırınız.

37. Çocuk ilk kez diş hekimine ne zaman götürülmelidir?

- a) Çürük veya başka bir problem saptandığında
- b) Okula başlarken
- c) 1 yaşında
- d) 3 yaşında veya daha erken dönemde bir probleme rastlanırsa

38. 2-6 yaş arası yüksek çürük riski taşıyan çocuklar için EAPD'ye göre önerilen diş macunu hangisidir?

- a) Florürsüz- organik diş macunları
- b) 500 ppm flor içeren diş macunları
- c) 1000 ppm flor içeren diş macunları
- d) 1450 ppm flor içeren diş macunları



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Aşağıda verilen çoktan seçmeli soruları cevaplandırınız.

39. Beslenmeyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çürük oluşumu açısından şekerli yiyeceklerin tüketim sıklığı, tüketim miktarından daha önemlidir.
- b) Şeker yedikten sonra bakterilerin ürettiği asit, tükürükle 30 dk içinde nötralize edilir.
- c) Ağız pH'ını 7'nin altına düşüren besinler çürük oluşumuna sebep olur.
- d) Tatlandırıcı (ksilitollü) sakızlar çürük yapıcı mikroorganizmaların sayısını düşürür.

40. Ara yüzdeki diş çürüğünün tespiti için hangi radyografi tekniği daha başarılıdır?

- a) Bitewing radyografi
- b) Panoramik radyografi
- c) Periapikal radyografi
- d) Tomografi

41. Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda süt dişi sürmesi sırasında görülen lokal semptomlardan biridir?

- a) Ateş
- b) İshal, iştah kaybı
- c) Tükürük artışı
- d) Huzursuzluk, hırçınlık

42. İlk süren daimi diş hangisidir?

- a) Keser diş
- b) Köpek dişi
- c) Birinci küçük azı dişi
- d) Birinci büyük azı dişi



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Aşağıda verilen çoktan seçmeli soruları cevaplandırınız.

43. Sürekli dişlerin sürmesinde gecikme ve buna bağlı süt dişi persistansı gözlenen sendrom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ektodermal displazi
- b) Down sendromu
- c) Kleidokranial displazi
- d) Amelogenesis imperfecta

44. Bebeğin ağızında doğuştan var olan dişlerle ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Çoğunlukla azı dişlerinde rastlanır.
- b) Emme sırasında anneye güçlük çıkarabilir.
- c) Bebek dişi aspire edebilir.
- d) Tedavisi dişin çekimidir.

45. Diş çürüğüyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çürük, bulaşıcı ve enfeksiyöz bir hastalıktır.
- b) Çürük, çocukluk çağıının en sık görülen kronik hastalığıdır.
- c) Dişler yeni sürdüğünde çürüğe karşı çok dirençlidir.
- d) Çürük, beyaz nokta ve çizgiler şeklinde başlayabilir.
- e) Çocuklarda çürükten ilk etkilenen dişler, üst ön dişlerdir.

46. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri çocuklarda diş çürüklerinin etkilerindendir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- ☐ Ağrı
- ☐ Uyku bozukluğu
- ☐ Enfeksiyon
- ☐ Beslenme bozukluğu
- ☐ Gastrointestinal rahatsızlıklar
- ☐ Kendine saygıyı yitirme
- ☐ Büyüme gelişimin yavaşlaması



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

Aşağıda verilen çoktan seçmeli soruları cevaplandırınız.

47. Dişlerin çiğneyici yüzeylerinde bulunan girinti ve oluklarının akışkan bir dolgu maddesi ile örtüldüğü koruyucu diş tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?



- a) Flor vernik uygulaması
- b) Dolgu işlemi
- c) Fissür örtücü uygulaması
- d) Paslanmaz çelik kron uygulaması

48. 8 yaşında hastanın alt çenesinde işaretlenen dişler aşağıdakilerden hangisidir?



- a) Birinci büyük azı dişi
- b) İkinci büyük azı dişi
- c) Birinci süt azı dişi
- d) İkinci süt azı dişi



Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Geliştiren Eğitim Programının Değerlendirilmesi: Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Uzmanlık Öğrencileri Örneklem Çalışması

TRAVMATİK DİŞ YARALANMASI

49. Travmayla daimi dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?

- a) Diş akan su altında iyice fırçalanarak temizlenir ve yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; su içine konarak hızla diş hekimine yönlendirilir.
- b) Diş yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; soğuk, kuru ve steril bir ortamda taşınarak hızla diş hekimine yönlendirilir.
- c) Diş yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; süt veya ağız içinde taşınarak hızla diş hekimine yönlendirilir.
- d) Diş kesinlikle tekrar yerine yerleştirilmemelidir ve ağız yüz bölgesindeki yaralar tamamen iyileşmeden diş müdahalesi yapılmamalıdır.

50. Travmayla süt dişi yerinden çıkmış (avülsiyon) bir çocukta doğru müdahale hangisidir?

- a) Diş akan su altında iyice fırçalanarak temizlenir ve yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; su içine konarak hızla diş hekimine yönlendirilir.
- b) Diş yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; soğuk, kuru ve steril bir ortamda taşınarak hızla diş hekimine yönlendirilir
- c) Diş yerine yerleştirilir eğer mümkün olmadıysa; süt veya ağız içinde taşınarak hızla diş hekimine yönlendirilir.
- d) Diş yerine yerleştirilmez, diş hekimine yönlendirilir.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI EĞİTİM PROGRAMI ÖN TEST / SON TEST				
Adı Soyad / Rumuz:				
Kurum:				
No	Önermeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Süt dişleri 6-8 aylıkken çıkmaya başlar; 1,5-2 yaşında tamamlanır, toplam 24 adet süt dişi vardır.			
2	Daimi dişler 6 yaşında sürmeye başlar; 12-13 yaşında yirmi yaş dişleri hariç tamamlanır, toplam 32 adet daimi diş vardır.			
3	Diş patolojilerinden sayı anomalisi olan; sürnümerer diş ve anadonti, şekil anomalisi olan kronda talon tüberkülü sadece çocukluk çağında karşımıza çıkabilen diş patolojileridir.			
4	Süt dişlerinde sürme öncesinde dişin süreceği bölgedeki histamin artışına bağlı kaşıntıyla birlikte görülebilen sürme hematomunun tedavisinde lokal antihistaminikler ve profilaktik olarak antibiyotik kullanılmaktadır.			
5	Dişlerin sürmeleri esnasında diş yüzeylerinde mevcut olan Nasmyth zarının zamanla parçalanarak diş yüzeyinden tamamen uzaklaşamamasına bağlı olarak gelişen çürükler, 0-6 yaş arasında sıkça görülmektedir.			
6	Diş çürüğü diyagramında bulunan dört ana faktörden; diş yüzeyi, besin, zaman ve mikroorganizmadan, çürüğe en sık neden olan faktör besinlerdir.			
7	Erken çocukluk dönemi çürükleri (6 yaş ve daha küçük çocuklarda süt dişlerinde bir veya daha fazla çürük, çürük nedeniyle kayıp diş ve dişte dolgu bir veya daha fazla yüzey bulunması), diş hekimlerinin karşılaştığı en bulaşıcı hastalıktır.			
8	Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi için, bebek beslendikten sonra hemen uyutulmamalı ve mutlaka su içirilmelidir.			
9	Kuru meyveler, yüksek karbonhidrat içeriğine rağmen diş çürüklerine neden olmamakta, diş dostu kabul edilmektedir.			
10	Organik florürsüz diş macunu kullanımı ve karyojenik beslenme, çocuklarda çürük görülme riskini arttırmaktadır.			
11	Bebeklikte ilk dişin sürmesi ile ilk diş hekimi muayene randevusu alınmalıdır.			
12	Bebek-çocukta birinci basamak ağız-diş muayenesi ilk olarak 3. ayda yapılmalıdır.			
13	1-3 yaş arası çocuklarda florozise yol açması nedeniyle 1000 ppm üstü florürlü diş macunlarından kaçınılmalıdır.			
14	37. haftadan önce veya 2500 gram altında doğan, beyaz lezyon veya diş plağı görülen çocuklarda çürük riski artmıştır.			
15	Kalıcı dişler travma sonucu düştüğünde; buz içerisine konularak en kısa sürede diş hekimine götürülmelidir.			
16	Bebek-çocuklarda en önemli diş fırçalama zamanı, sabah uyandıktan sonradır.			

17	Verimli ve yeterli bir fırçalama için, fırça ıslatıldıktan sonra küçük bir miktar macun sıkılarak diş ile diş eti yüzeyine 45 derece açı ile yerleştirilmeli ve 2 dakika fırçalanmalıdır.			
18	Kakao ve yer fıstığı, diş dostu olarak kabul edilmekte olup diş çürüklerinin oluşmasını önleyen besinlerdir.			
19	Diş fırçalama 7-8 yaşına kadar ebeveyn tarafından yapılmalıdır.			
20	Yerel florür uygulaması, çocuğun bulunduğu çürük risk grubuna göre çocuk diş hekimi tarafından uygulanmalıdır.			
21	Ksilitollü sakız çiğnenmesi, tükürük salgısını arttırarak diş çürüklerini önlemeye yardımcı olur.			
22	Astım hastalığı olan ve inhale kortikosteroid kullanan hastalarda maskeli inhalatörlerin kullanılması kandida sıklığını azaltmaktadır.			
23	Baş ve boyun kanserine yönelik radyoterapi alan çocuklarda; dudak bakımı; çatlamış dudaklar ve buna bağlı görülebilen enfeksiyonları önlemede vazelin bazlı kremler kullanılmaktadır.			
24	Hemofili tanısı alan çocuklarda, diş çekimi sonrası diş fırçalanması önerilmemektedir.			
25	Siyanotik konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda, enfektif endokardit riskini önlemek amacıyla işlemten 30-60 dakika önce 50 mg/kg amoksisilin profilaktik olarak uygulanmalıdır.			
26	Kazadan sonra geçen zaman, tedavi planlaması ve prognozun belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.			
27	Daimi diş avülsiyonunda, diş yerine yerleştirilmeye çalışılarak vakit kaybedilmemeli, acilen diş hekimine başvurulmalıdır.			
28	Travma sonucu yuvasından çıkan diş, dezenfekte edici bir maddeyle iyice yıkanmalıdır.			
29	Süt diş avülsiyonlarında, dişin yerine yerleştirilmesine gerek yoktur.			
30	Daimi diş avülsiyonunda hastanın mutlaka tetanoz aşısı olması gerekir.			

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA GELİŞTİREN EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ – GERİBİLDİRİM FORMU

Değerli Meslektaşımız,

Bu anket, görüşleriniz doğrultusunda daha iyi bir öğrenme ortamı hazırlamak amacı ile uygulanmaktadır. Anketlerden elde edilen bilgiler araştırmamızda kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz eksiksiz ve tarafsız cevaplar, sizlerin beklentilerini karşılamaya yönelik düzenlemeler yapmamıza, eğitimlerimizin gelişim ve ilerlemesine olanak sağlayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

KİŞİSEL BİLGİLER

Cinsiyet:	Kadın:	Erkek:	
Mezuniyet Yılı:			
Mezun olduğunuz fakülte:			
Uzmanlık eğitimi aldığınız kurum:			
Uzmanlık eğitim süresiniz (kıdem yılınız):			
Daha önce hiç ağız ve diş sağlığı alanında eğitim aldınız mı?	Evet	Hayır	
Aldığınız eğitimden kısaca bahseder misiniz			
Daha önce kliniğinizden servis/poliklinik hastalarından çocuk diş hekimine hasta sevk ettiniz mi?	Evet	Hayır	

Aşağıda verilen ifadeleri 1'den 5'e kadar puanlayınız.

- 1: Hiç Katılmıyorum
- 2: Katılmıyorum
- 3: Kararsızım
- 4: Katılıyorum
- 5: Tamamen Katılıyorum

EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ VE UYGULANMASI

Eğitim programının amaçları eksiksiz olarak açıklanmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimin teorik bilgi bölümünde verilen bilgiler işlevsel ve yeterliydi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimde verilen olgu/vaka sayısı yeterliydi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimde kullanılan görsel materyaller yeterliydi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimde yaptığımız küçük grup çalışması, bilgi alışverişi yapmamıza katkı sağladı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimde kullanılan öğrenme materyalleri, öğrenmemi kolaylaştırdı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitime ayrılan süre yeterliydi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitime katılan kişi sayısı, sorularımıza cevap bulmamız açısından idealdi.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EĞİTİCİLER

Eğitici, öğrenme katkı sağlayarak uygulamalar sırasında yardımcı oldular.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitimle ilgili fikir ve bilgiler eğitici tarafından anlaşılacak biçimde aktarıldı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitim süresince, eğitici katılımcılara soru-cevap için yeterli zaman ayırdı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitici, katılım ve aktif öğrenme konusunda katılımcılara adil davrandı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitici, zamanı programa uygun şekilde kullandı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EĞİTİM PROGRAMININ MESLEĞE KATKISI

Eğitimin mesleğim açısından yararlı olacağını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimin mesleğime katkı sağlayacak yeni yeterlikler kazandırdığını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimden öğrendiklerimi meslek hayatımda kullanacağımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitim, uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığına ait motivasyonumu arttırdı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitim sonrası, ağız ve diş sağlığı ve bu alandaki sorunlar hakkında farkındalığım arttı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitim, ağız ve diş sağlığına yönelik eksik noktalarımı fark etmemi sağladı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesini yapacak ve gerekli durumlarda sevkini planlayacak kadar bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Eğitim sonunda, klinikte ağız ve diş muayenesinde problem saptadığım hastaları takibini ve gerekli müdahaleyi yapacak bilgi düzeyine sahip olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitimin, ağız ve dişlerde görülen sorunları erken dönemde saptamaya yardımcı olacağını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili anabilim dalımızda/kliniğimizde düzenli etkinliklerin olmasını isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EĞİTİM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu eğitimi alırken zorlandım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitime katıldığıma memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimin uzmanlık eğitimime katkı sağladığını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitim mesleğim açısından gerekli olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimden öğrendiklerimi meslektaşlarımla paylaşacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimi eş kıdemlerime tavsiye ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimi üst kıdemlerime tavsiye ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bu eğitimi alt kıdemlerime tavsiye ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitimin, pratisyen hekimlerin de alması gerektiğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitimin, aile hekimlerinin de alması gerektiğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitimin, uzmanlık eğitimi müfredatında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitimde yer alan öğrenme hedeflerinin TUKMOS'ta yer alması gerektiğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığım eğitim beklentilerimi karşılamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aldığınız eğitimi puanlayınız:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ekleme istedikleriniz, önerileriniz ve ayrıntılı geribildirimleriniz:					



9. ÖZGEÇMİŞ VE BİLİMSEL ESERLER

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı: Gökçe

Soyadı: KURNAZ

Doğum Yeri ve Tarihi:

E-mail:

II. EĞİTİM

2020-2023 Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi/ İzmir

2010- 2015 Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi/ Trabzon

2006-2010 Aydın Adnan Menderes Anadolu Lisesi

Yabancı Dil: İngilizce

III. BİLİMSEL ETKİNLİKLER

Katıldığı Bilimsel Etkinlikler

- Türk Pedodonti Derneği 27. Bilimsel Kongresi. 7-10 Ekim 2021 Kıbrıs- Sözlü sunum
- 27. İZDO Uluslararası Bilimsel Kongre ve Sergisi. 28-31 Ekim 2021, İzmir, Türkiye.- Poster Bildirisi

