

**EĞİTİM DÜZEYİNİN GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERDE  
AĞIZ SAĞLIĞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****THE EVALUATION OF THE EFFECT OF EDUCATIONAL STATUS ON  
ORAL HEALTH IN YOUNG ADULT MALES**

Sermet ŞAHİN<sup>1</sup> Işıl SAYGUN<sup>2</sup> Şükrü ENHOŞ<sup>3</sup> Mesut AKYOL<sup>4</sup> Ayberk ALTUĞ<sup>5</sup> Ömer Faruk TEKBAŞ<sup>6</sup>

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada; genç erişkin erkeklerde, deneğin ve ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma askerlik görevini yapmakta olan 109 deneğin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin periodontal durumunun ve dişlerin değerlendirilmesi için sırasıyla CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) ve DMFT (Decayed-Missing-Filled Teeth) indeksleri kullanılmıştır. Deneklerin oral hijyen alışkanlıklarını, sosyo-ekonomik durumları ve eğitim seviyelerini belirlemek için anket uygulaması yapılmıştır.

**Bulgular:** Deneklerin CPITN değerlerine göre % 4.6'sında sağlıklı periodontal durum, % 37.6'sında sondalamada kanama, % 40.4'ünde diş taşı, % 15.6'sında 4-5mm periodontal cep ve % 1,8'inde 6mm ve üzeri cep saptandı. Deneklerin % 56'sında oral hijyen eğitimi ve diş taşı temizliği yeterli iken sadece % 1.8'i kompleks tedaviye ihtiyaç duymaktaydı. Çürük prevalansı için DMFT indeksi değeri 4,33 bulundu. CPITN değerleri ile baba eğitim seviyesi arasında ( $r=0,070$ ,  $p=0.236$ ) ilişki bulunmazken, deneklerin eğitim seviyesi ( $r=0,259$ ,  $p=0.003$ ) ve anne eğitim seviyesiyle CPITN değerleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $r= 0,177$ ,  $p= 0.033$ ). Diş hekimine gitme ile DMF toplam skoru arasında pozitif ( $r= 0.267$ ;  $p= 0.005$ ), diş ipi kullanımı ile DMF toplam arasında da negatif korelasyon olduğu izlendi ( $r=-0.209$ ;  $p=0.029$ ). **Sonuç:** Çalışmaya katılan genç erişkin erkeklerin ve annelerinin eğitim düzeyinin ağız sağlığına etkisi olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çürük, periodontal sağlık, DMFT, CPITN

**SUMMARY**

**Objective:** The aim of the study was to evaluate the effect of person's and parents' educational status on oral health in young adult males.

**Material and Method:** For periodontal and dental examination CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) and DMFT (Decayed-Missing-Filled Teeth) indices were used respectively. This study was carried out on 109 recruits who were under obligatory military service. A questionnaire was used to assess oral hygiene habits, the socioeconomic and educational status of the subjects.

**Results:** According to CPITN indices 4.6 % of subjects were with healthy periodontium, 37.6 % of with bleeding on probing, 40.4 % of with calculus, 15.6 % of with 4-5 mm periodontal pocket and 1.8 % of with 6mm and over periodontal pocket. While scaling and planning was sufficient in 56 % of subjects, 1.8% of them needed complex treatment. The DMFT score for decay prevalence was 4.33. There was a correlation among CPITN scores and subjects' ( $r= 0.259$ ,  $p=0.003$ ) and mothers' educational status ( $r= 0.177$ ,  $p=0.033$ ) but not with fathers' educational status ( $r= 0.070$ ,  $p=0.236$ ). A positive correlation was seen between dental visits and DMFT scores ( $r=0.267$ ;  $p=0.005$ ). A negative correlation was seen between using dental floss and DMFT scores ( $r= 0.209$ ;  $p=0.029$ ).

**Conclusion:** Subjects' and mothers' educational status has a positive effect on oral health in young adult males.

**Key Words:** Decay, periodontal health, DMFT, CPITN

**Makale Gönderiliş Tarihi : 02.03.2009**

**Yayına Kabul Tarihi : 29.03.2009**

<sup>1</sup>GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.,

<sup>2</sup>GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Doç.Dr.,

<sup>3</sup>GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Dr.Dt.,

<sup>4</sup>GATA Biyoistatistik Bilim Dalı, Uzm.,

<sup>5</sup>Kara Hap Okulu, Diş Servisi, Dr.Dt.,

<sup>6</sup>GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç.Dr.,

## GİRİŞ

Periodontal hastalıklar ve diş çürükleri günümüzde dünyanın birçok ülkesinde başta gelen halk sağlığı problemlerindedir<sup>32</sup>. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve düşük doğum ağırlığı gibi birçok sağlık problemleriyle beraber görülebilen bu hastalıklar diş kayıplarının öncelikli nedenlerinden biridir<sup>16</sup>. Periodontal hastalık, periodonsiyumdaki yapıları etkileyerek, klinik ataşman kayıpları, dişeti çekilmeleri, mobilite ve kök çürükleri gibi kümülatif etkiler göstermektedir<sup>17</sup>. Mikrobiyal dental plak, periodontal hastalığın ve diş çürüklerinin etiolojisinde primer faktör olarak kabul edilmekle birlikte, bu konu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda; bireylerin alışkanlıkları, sistemik hastalıkları, sosyo-ekonomik ve demografik durumlarına göre de ağız sağlık seviyelerinin değişebildiği sonucuna varılmıştır<sup>13,18,28</sup>.

Toplum periodontal tedavi ihtiyaç indeksi (CPITN); gingival ve periodontal hastalık taraması için 1978 yılında geliştirilmiş, zamandan tasarruf sağlayan basit bir yöntem olarak epidemiyolojik çalışmalarda çok sık kullanılmaktadır<sup>1,11,18,26,29</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) diş çürük prevalansının değerlendirilmesinde çürük (D), kayıp (M) ve dolgulu (F) diş sayısı (DMFT) veya yüzey sayısı (DMFs) bilgilerinin kullanılmasını önermektedir<sup>1</sup>. DMFT veya DMFs indeksleri aracılığıyla çürük prevalansının sayısal ortalama değerleri elde edilebilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sosyoekonomik düzeyin artışı, ve kişisel hijyen uygulama bilincinin artışı ile son yıllarda çocuklarda çürük prevalansı hızla azalmaya başlamıştır<sup>20</sup>. Ancak gelişmekte olan ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaya devam etmektedir<sup>14</sup>. Bu nedenle, diş hekimliğinde, ağız ve diş sağlığı bozulmadan, koruyucu önlemler alınarak ve tedavi hizmetlerinin, dişleri ağızda tutmaya yönelik olarak yapılması görüşü önem kazanmıştır.

Çocuklarda, oral hijyen uygulamaların kalıcılığı erken çocukluk döneminde sağlanmaktadır. Çocuklar bu dönemde, ailesinin, öğretmenlerinin ya da hekimlerin söz ve davranışlarından etkilenmekte, onları taklit etmeye başlamaktadır<sup>6,27</sup>. Önceki çalışmalarda

annelerin, genç erişkinlerin ağız sağlığı ile ilişkili davranışlarında model olarak etkili olduğu gösterilmiştir<sup>6,30</sup>. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı kişi ve ebeveyn eğitim düzeyinin genç erişkin erkeklerde ağız sağlığına etkisini incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, askerlik görevini yapmakta olan 109 denek üzerinde, Haziran 2007 yılında gerçekleştirilmiştir. Deneklerin sosyo-ekonomik durumlarını ve oral hijyen alışkanlıklarını belirlemek için anket uygulanmıştır. DMFT ve CPITN değerlendirmeleri, WHO kriterlerine göre, aynı diş hekimi tarafından yapılmıştır. 20 yaş dişleri çalışma dışı tutulmuştur. Periodontal sondalama derinliği WHO periodontal sondu ile, her dişin 6 yüzeyinden (mezio-bukkal, bukkal, disto-bukkal, disto-lingual, lingual ve mezio-bukkal) ölçülmüştür. Her bir sekstantdaki (17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 ve 44-47 nolu dişler arası) en yüksek diş skoru o sekstant için, en yüksek sekstant skoru da hastanın CPITN skoru olarak kaydedilmiştir. Periodontal durum CPITN skorlarına göre şu şekilde tanımlanmıştır: 0: Sağlıklı; 1: Sondalamayla kanama; 2: Supra veya subgingival diştaşı/taşkın restorasyon kenarları; 3: Cep derinliği 4-5 mm; 4: Cep derinliği  $\geq 6$  mm<sup>16</sup>. Denekler CPITN skorları ile bağlantılı tedavi gereksinimleri (TN) kaydedildi (Tablo I). Buna göre; TN 0: Tedavi ihtiyacı yok (Kod 0); TN I: Oral hijyen uygulaması (Kod 1), CPITN 1+2+3+4; TN II: TN I+ scaling (Kod 2+3), CPITN 2+3+4; TN III: TN I+TN II+ kompleks tedavi (Kod 4), CPITN 4, olarak değerlendirilmiştir.

**İstatistiksel Analizler:** Araştırma kapsamında tüm deneklerden sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde, ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama±standart sapma olarak tanımlayıcılar elde edildi. İkili karşılaştırmalarda (ör: eğitim düzeyine göre DMF gibi) Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi

Tablo I. Periodontal durum ve periodontal tedavi gereksinimi.

Periodontal Durum (CPI)		Periodontal tedavi gereksinimi (TN)	
Skor	Durum	Kod	Tanımlama
0	Sağlıklı	0	Tedavi ihtiyacı yok
1	Kanama	I	Oral hijyen geliştirilmeli
2	Diştaşı	I+II	Detertraj/Scaling
3	Cep 4-5 mm	I+II	Detertraj/Scaling
4	Cep $\geq 6$ mm	I+II+III	Kompleks tedavi

incelemek üzere Pearson Ki-kare testi uygulandı. Değişkenler arasındaki korelasyonları incelemek üzere Spearman sıra korelasyon katsayısına bakıldı. İstatistiksel analizler için MS-Excel ve SPSS for Windows Ver.15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programları kullanıldı. Tüm karşılaştırmalarda  $p \leq 0.05$  düzeyi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Bu çalışma yaş ortalaması  $22.12 \pm 2.17$  (20-27 yaş) olan erkekler üzerinde yürütüldü. Deneklerin % 2.8'i herhangi bir okul eğitimi almamışken ilkokul mezunu olanlar % 24.8, ortaokul ve lise mezunları % 43.1 iken, yüksek okul mezunu deneklerin oranı %

29.4 olarak belirlendi. Diğer tanımlayıcı bulgular Tablo II'de verilmiştir.

Tüm deneklerin 5'i (% 4.6) CPITN skorlarına göre periodontal olarak sağlıklı (skor 0) şeklinde nitelendirilebilirken, 41'inde (% 37.6) sondlamada kanama (skor 1), 44'ünde (% 40.4) diş taşı (skor 2), 17 (% 15.6) denekte 4-5 mm periodontal cep (skor 3) ve sadece 2 (% 1.8) denekte 6 mm ve üzeri cep (skor 4) gözlenmiştir (Tablo III). Deneklerin CPITN skorlarından TN kodları oluşturuldu. Buna göre tüm deneklerin % 4.6'sı periodontal tedaviye ihtiyaç duymazken (TN 0), % 56.0'ı ise başlangıç periodontal tedaviye ihtiyaç duymaktaydı (TN II+III) (Tablo III).

Tablo II. Deneklere ilişkin bazı tanımlayıcı bilgiler.

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde	Yığılmış Yüzde
Eğitim	Eğitim Yok	3	2.8	2.8
	İlkokul	27	24.8	27.5
	Orta+Lise	47	43.1	70.6
	Yüksekokul +	32	29.4	100.0
Anne Eğitimi	Eğitim Yok	31	28.4	28.4
	İlkokul	53	48.6	77.1
	Orta+Lise	21	19.3	96.3
	Yüksekokul +	4	3.7	100.0
Baba Eğitimi	Eğitim Yok	13	11.9	11.9
	İlkokul	60	55.0	67.0
	Orta+Lise	29	26.6	93.6
	Yüksekokul +	7	6.4	100.0
Sigara	İçmiyor	41	37.6	37.6
	Hafif (1-5)	3	2.8	40.4
	Orta (6-19)	36	33.0	73.4
	Ağır (20+)	29	26.6	100.0
Sistemik Hastalık	Yok	104	95.4	95.4
	Var	5	4.6	100.0
Ailede Sistemik Hastalık	Yok	88	80.7	80.7
	Var	21	19.3	100.0
Diş Fırçalama sıklığı	Fırçalamıyor	8	7.3	7.3
	Günde 1 kez	53	48.6	56.0
	Günde 2 kez	37	33.9	89.9
	Günde 3 kez	11	10.1	100.0
Diş Fırçası Değiştirme Sıklığı	Değiştirmiyor	9	8.9	8.9
	0-3 Ayda bir	50	49.5	58.4
	4-6 Ayda bir	18	17.8	76.2
	7+ Ayda bir	24	23.8	100.0
Diş ipi	Kullanmıyor	101	92.7	92.7
	Kullanıyor	8	7.3	100.0
Kürdan	Kullanmıyor	33	30.3	30.3
	Kullanıyor	76	69.7	100.0
Diş Hekimine gitme sıklığı	Gitmiyor	38	34.8	34.8
	1-6 Ayda bir	5	4.6	39.4
	7+ Ayda bir	5	4.6	44.0
	İhtiyaç olunca	61	56.0	100.0
Periodontal Tedavi	Görmemiş	98	89.9	89.9
	Görmüş	11	10.1	100.0

Tablo III. Deneklerin CPITN skorları

CPITN	Frekans	Yüzde	TN Kodu	Frekans	Yüzde
0. Sağlıklı	5	4.6	TN 0	5	4.6
1. Kanamalı	41	37.6	TN I	41	37.6
2. Diş Taşı	44	40.4	TN I+II	61	56
3. Cep 4-5mm	17	15.6			
4. Cep ≥ 6mm	2	1.8	TN I+II+III	2	1.8

Eğitim seviyesine göre CPITN ile ilişkiyi belirlemek için denekler eğitimsiz + temel eğitim ile lise ve sonrası olarak ikiye ayrıldı. CPITN ile baba eğitim seviyesinin ( $r = -.070$ ,  $p = 0.236$ ) ilişkisi bulunmazken, deneklerin eğitim seviyesi ( $r = -.259$ ,  $p = 0.003$ ) ve anne eğitim seviyesinin anlamlı derecede ilişkisi bulundu ( $r = -.177$ ,  $p = 0.033$ ).

Deneklerin DMFT değerleri Tablo IV'te, eğitim durumuna göre DMFT değerleri Tablo V'te gösterilmiştir.

Deneklerin eğitim düzeylerine göre DMF toplamaları ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ( $Z = 0.107$ ;  $p = 0.915$ ). Buna rağmen, eğitim seviyesi yüksek denekler daha yüksek DMF toplamı ortalamasına sahipti. Ayrıca bu grupta daha az çürük, daha az kayıp diş ve daha fazla dolgu kaydedildi.

Anne eğitim seviyesi D, M ve F için anlamlı etkiye sahip olmamasına rağmen ( $Z = 0.799$ ;  $p = 0.424$ ,  $Z = 0.659$ ;  $p = 0.510$ ,  $Z = 1.396$ ;  $p = 0.163$ ) eğitim seviyesi düşüklerin çocuklarında daha fazla çürük, daha fazla kayıp ve daha az dolgu kaydedildi. Aynı şekilde baba eğitim seviyesi D, M ve F için anlamlı etkiye sahip değilken ( $Z = 1.529$ ;  $p = 0.126$ ,  $Z = 0.350$ ;  $p = 0.726$ ,  $Z = 1.953$ ;  $p = 0.051$ ), eğitim seviyesi düşüklerin çocuklarında daha fazla çürük, daha fazla kayıp diş ve daha az dolgu kaydedildi.

Deneklerin CPITN değerleri ile sigara içmesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki yoktu ( $X^2 = 3.836$ ;  $p = 0.429$ ). Diş hekimine gitme ile DMF toplamı arasında pozitif korelasyon varken ( $r = 0.267$ ;

Tablo IV. Deneklerin D, M, F ve DMFT ortalamaları.

	En Az	En Çok	Ortalama	Std. Sapma
D	0	9	2,72	2,232
M	0	8	0,83	1,346
F	0	10	0,80	1,671
DMFT toplam	0	14	4,33	3,151

$p < 0.05$ ) diş ipi kullanma ile DMF toplamı arasında negatif korelasyon vardı ( $r = -0.209$ ;  $p < 0.05$ ).

## TARTIŞMA

Çürük prevalansı ve periodontal sağlığın birlikte araştırıldığı bu çalışmada kişinin ve anne eğitim seviyesinin genç erişkin erkeklerde ağız sağlığına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur.

Türkiye'de ağız ve diş sağlığını belirlemek için yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, diş ve diş eti sağlığına verilen önemin yeterli olmadığı, çürük ve diş eti hastalıklarına bağlı diş kayıplarının ise çok yüksek düzeyde olduğu görülmektedir<sup>7-9,13</sup>

Bireylerin periodontal durumlarını ve tedavi ihtiyacını belirlemek amacı ile WHO tarafından epidemiyolojik çalışmalarda CPITN indeksi kullanılması önerilmektedir. Bu indeks zamandan tasarruf sağlayan, büyük epidemiyolojik çalışmalarda çok denenmiş, basit bir yöntemdir<sup>1,11,18,26</sup>. Literatürde ülkemizde bu araştırmanın yaş grubu ile uyuşan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Katz ve arkadaşlarının<sup>15</sup>, bizim çalışmamızdaki deneklerle benzer yaş grubuna sahip, İsrail askerlerinde yaptıkları bir çalışma sonucuna gö-

Tablo V. Deneklerin eğitim durumuna göre D, M, F ve DMFT ortalamaları.

		En az	En çok	Ortalama	Std. Sapma
Eğitimsiz+ temel eğit. (n=54)	D	0	9	3.06	2.58
	M	0	8	0.96	1.63
	F	0	4	0.43	0.96
	DMFT toplam	0	14	4.44	3.51
Lise ve sonrası (n=55)	D	0	8	2.38	1.79
	M	0	5	0.69	0.99
	F	0	10	1.16	2.09
	DMFT toplam	0	13	4.22	2.78

re; sağlıklı dişetlerini gösteren Kod 0 değeri bizim bulgularımızdan daha düşük, kompleks tedavi ihtiyacını gösteren Kod 4 değerini de daha yüksek bulmuşlardır. Bu farklılık, bizim çalışma grubumuzdaki bireylerin sosyoekonomik durumlarının daha iyi olması ve nispeten daha küçük yaş grubunda olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmaya dahil edilen deneklerin yalnız ikisinde (% 1.8) kompleks periodontal tedavi gereksinimi göstermesi, basit önleyici tedbirler ile kişisel ağız hijyeninin geliştirilmesi ve profesyonel profilaksi işlemlerinin, bireylerin büyük çoğunluğunda ağız ve diş sağlığının idamesi için yeterli olduğunu düşündürmektedir. Güngör ve arkadaşları<sup>13</sup> geniş katılımlı bir hasta grubunda yaptıkları araştırma sonucunda artan yaşla birlikte bireylerin tedavi gereksinimlerinin arttığını bildirmişlerdir. Çalışmamıza katılan deneklerin yaş grubunun düşük olması kompleks tedavi gereksiniminin azlığını açıklayabilir.

Çalışmamızda, diş çürüğü şiddetinin belirlenmesi amacıyla, DMFT indeksleri kullanılmıştır. Bu çalışmada DMFT ortalama skoru 4.3 olarak tespit edildi ve bu skorlar ülkemizdeki diğer rapor edilen bulgudan<sup>10</sup> daha düşüktür. Buna göre, araştırmamızda bulduğumuz DMFT değerleri, ülkemizde yapılan başka bir çalışmanın bulgularından farklılık göstermektedir<sup>22</sup>. Benzer şekilde çalışmamızdaki çürük dişlerin oranını veren D değeri Ceylan ve arkadaşlarının<sup>10</sup> bulgularından daha düşüktür. Bu çalışmada, kavite oluşturmamış başlangıç lezyonları çürük olarak kaydedilmediği için çürük prevalansı daha düşük çıkmış olabilir. Bu çalışmada kaybedilen diş miktarını belirten M değerinin, Ceylan ve arkadaşlarının<sup>10</sup> bulgularından düşük olması, sosyoekonomik olarak daha yüksek bir hasta grubunda çalışmış olmamıza bağlanabilir. Çalışmamızda dolgu yapılan diş miktarını gösteren F değerinin, Ceylan ve arkadaşlarının<sup>10</sup> bulgularından yüksek olması, deneklerin ailelerinin eğitim ve bilinç düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Ailelerinin eğitim ve bilinç düzeyi arttıkça dolgu yapılan diş sayısı arttığı bildirilmiştir<sup>25</sup>.

Çalışmamızın sonuçlarına göre diş ipi kullanma ile DMF toplam arasında da anlamlı derecede negatif korelasyon vardır. Diş ipi kullanımı deneklerin DMF toplamlarını azaltmaktadır.

Anne ve babanın eğitim düzeyleri, ağız sağlığı ile ilgili bilgileri konusunda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır<sup>13,27,28</sup>. Çocuklar diş sağlığı ile ilgili davranışlarda ebeveynleri taklit etmektedir ve ebeveynlerin ağız ve diş sağlığına yönelik davranışlarının ergenlik çağına kadar çocuğun bu konudaki davranışlarına direkt etkili olduğu da bildirilmektedir<sup>1</sup>. Diş fırçalama alışkanlığının bireylere yeterli ve iyi düzeyde kazandırılmaması sonucu, periodontal hastalık görülme oranında artış saptandığı belirtilmiştir<sup>27</sup>. Diş fırçalama ve hekime gitme sıklığı ile DMFT skorları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada<sup>13</sup>, diş fırçalama sayısı ve diş hekimine gitme sıklığının artması ile birlikte tedaviye olan gereksinimin azaldığı bulunmuştur. Bununla birlikte bu çalışmada deneklerin DMF toplamı ile; diş fırçalama, kürdan kullanma, diş fırçası değiştirme sıklıkları arasında anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır.

Ailenin eğitim düzeyinin, çocuğun çürük insidansı ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir<sup>12,13,27</sup>. Diş fırçalamanın, çürük riskini anlamlı olarak azalttığı bilinen bir gerçektir. Dişlerini günde en az iki kez fırçalayanların ve bu alışkanlığı erken yaşta edinenlerin daha az çürüğü olduğu bildirilmiştir<sup>21,22</sup>.

Tulunoğlu ve arkadaşları<sup>27</sup> aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız-diş sağlığı uygulamaları üzerine etkilerini değerlendirdikleri epidemiyolojik bir çalışmada; eğitim seviyesi ile çürük diş sayısı arasında negatif korelasyon, eğitim seviyesi ile dolgulu diş sayısı arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermişlerdir. Eğitim seviyesi arttıkça hastaların ağız ve diş sağlığına verdikleri önemin arttığı ve bunun da dolgulu diş sayısını arttırdığı bildirilmiştir<sup>23,25</sup>.

Bireylerin eğitim seviyeleri ile ağız diş sağlıkları arasında pozitif ilişkiyi rapor eden bir çok çalışma vardır<sup>7-9,21</sup>. Bizim bulgularımız da bu çalışmalarla uyumlu olup bireylerin eğitim düzeyi ile ağız sağlığına verdikleri önemin paralel bir artış gösterdiği saptanmıştır. Eğitim kurumlarında küçük yaşlardan itibaren, ağız sağlığı ile ilgili doğru bilgilerin verilmesi, bireylerin bilinç düzeylerini arttırmaktadır<sup>27</sup>.

## SONUÇ

Anne-babalara çocuklarının oral hijyen eğitiminin sağlanmasında önemli görevler düşmektedir. Ça-

lışamamızın sonuçlarına göre; anne eğitim seviyesinin genç erişkin erkeklerin ağız ve diş sağlığına etki eden önemli faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Annenin rol model alındığı oral hijyen alışkanlığında, annenin çocuğuyla daha fazla vakit geçirmesi, çocuğun hijyen alışkanlığında anneyi örnek almasının en önemli sebebidir. Bu nedenle ülkemiz sağlık politikalarında ana-çocuk sağlığı eğitim programlarında annelere oral hijyen eğitimlerinin ısrarla verilmesi ve programların takip edilmesi; ağız diş sağlığı açısından günümüzden daha sağlıklı nesillerin yetiştirilmesine yardımcı olacaktır. Ülkemizin ağız-diş sağlığı politikalarının belirlenmesinde etkili olacak daha geniş kitlelerde yapılacak benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

#### KAYNAKLAR

1. Ahrens G, Bublitz KA. Periodontal diseases and treatment needs of the population of Hamburg. An epidemiological study with 11305 probands. *Dtsch Zahnärztl Z* 42: 433-437, 1987.
2. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 32: 281-291, 1982.
3. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A: Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. *Commun Dent Oral Epidemiol* 26: 31-36, 1998.
4. Amarante E, Raadal M, Espelid I. Impact of diagnostic criteria on the prevalence of dental caries in Norwegian children aged 5, 12 and 18 years. *Commun Dent Oral Epidemiol* 26: 87-94, 1998.
5. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *An Periodontol* 4: 1-6, 1999.
6. Astrom NA, Jakobsen R. The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontol Scand* 54: 235-241, 1996.
7. Baloş K, Eren K, Akkaya M. Farklı yaş gruplarındaki ağız bulgularının karşılaştırılması. *AÜ Dişhek Fak Derg* 10: 163-167, 1983.
8. Baloş K, Eren K, Taplamacıoğlu B, Yavuz D, Aykaç Y. Değişik branşlarda eğitim gören üniversite öğrencilerinin periodontal durumlarının CPITN'e göre karşılaştırılması. *GÜ Dişhek Fak Derg* 7: 165-177, 1990.
9. Bayırlı K, Sungur T, Abacıer G. Farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki 10 yaş grubu okul öğrencilerinin periodontal ve diş çürükleri yönünden 1,5 yıl süre ile izlenimleri. *AÜ Dişhek. Fak. Derg.* 6: 1-16, 1979.
10. Ceylan S, Açıklık CH, Okçu KM, Kılıç S, Tekbaş ÖF, Ortakoğlu K. Evaluation of the dental health of the young adult male population in Turkey. *Military Medicine* 169: 885-889, 2004.
11. Cutress TW, Ainamo J, Sardo- Infirri J. The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. *Int Dental J* 37: 222-233, 1987.

12. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: association with social class, tooth brushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. *Caries Res* 33: 101-113, 1999.
13. Güngör K, Tüter G, Bal B. Eğitim düzeyi ile ağız sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *GÜ Dişhek Fak Derg* 16: 21-25, 1999.
14. Kallestall C, Matsson L. Periodontal conditions in a group of Swedish adolescents. *J Clin Periodontol* 17: 609-612, 1990.
15. Katz J, Peretz B, Sgan-Cohen HD, Horev T, Eldad A. Periodontal status by CPITN, and associated variables in an Israeli permanent force military population. *J Clin Periodontol* 27: 319-324, 2000.
16. Lai H, Lo MT, Wang PE, Wang TT, Chen THH, Wu GHM. A community-based epidemiological study of periodontal disease in Keelung, Taiwan: a model from Keelung community-based integrated screening programme (KCIS No. 18). *J Clin Periodontol* 34: 851-859, 2007.
17. Mack F, Mojon P, Jorgensen EB, Kocher T, Splieth C, Schwahn C, Bernhardt O, Gesch D, Kordass B, John U, Biffar R. Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the study of health in Pomerania. *Gerodontology* 21: 27-36, 2004.
18. Mengel R, Koch H, Pfeifer C, Flores de Jacoby L. Periodontal health of the population in eastern Germany. *J Clin Periodontol* 20: 752-755, 1993.
19. Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* 29: 400-410, 2002.
20. Öztunç H, Haytaç MC, Özmeriç N, Uzel I. Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 17: 1-6, 2000.
21. Phipps KR, Reifel N, Bothwell E. The oral health status treatment needs and dental utilization patterns of native American elders. *J Public Health Dent* 51:228-223, 1991.
22. Saydam G, Oktay I, Müler I. Türkiye'de ağız ve diş sağlığı durum analizi. *Türk-Ağız-Sağ-001 (WHO) 001: 36-39, 1991.*
23. Sgan-Cohen HD, Horev T, Zusman SP, Katz J, Eldad A: The prevalence and treatment of dental caries among Israeli permanent force military personnel. *Milit Med* 164: 562-565, 1999.
24. Sgan-Cohen HD, Katz J, Horev T, Dinte A, Eldad A: Trends in caries and associated variables among young Israeli adults over 5 decades. *Commun Dent Oral Epidemiol* 28: 234-240, 2000.
25. Skudutyte R, Aleksejuniene J, Eriksen HM: Dental caries in adult Lithuanians. *Acta Odontol Scand* 58: 143-147, 2000.
26. Toygar HU, Seydaoglu G, Kurklu S, Guzeldemir E, Arpak N. Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. *J Periodontol* 78: 2081-2094, 2007.
27. Tulunoğlu Ö, Bodur H, Akal N. Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız-diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 16: 27-32, 1999.
28. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solis CE, Maupome G, Vallejos-Sanchez AA, Lau-Rojo L, Leon-Viedas PL. Socioeconomic and sociodemographic variables associated with oral hygiene status in Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years. *J Periodontol* 78: 816-822, 2007.
29. WHO Epidemiology, Etiology and Prevention of Periodontal Diseases, Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO Technical report Series,; 621: 1-60, 1978.
30. WHO Oral Health-The CAPP index; <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>; accessed March 20, 2001.

31. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 3rd ed. Geneva 31-32, 1986.
32. Zerfowski M, Koch MJ, Niekush U, Staele HJ. Caries prevalence and treatment needs of 7-to 10-years- old schoolchildren in Southwestern Germany. *Commun Dent Oral Epidemiol* 25: 348-351, 1997.

**Yazıřma Adresi**

Yrd. Doç. Dr. Sermet şAHİN  
GATA Diş Hekimliği Bilimler Merkezi,  
Periodontoloji Anabilim Dalı, Ankara  
e-posta: sermetsahin@superonline.com