

To cite this article: Topal Y, Topal H, İnanç BB. Türkiye’de 0-14 yaş grubu çocuklarda 2014 yılında diş sağlığı kontrollerinin yaptırılma durumunun değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Derg 2019; 11(2): 148-154. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.347539>

■ Orijinal Makale

Türkiye’de 0-14 yaş grubu çocuklarda 2014 yılında diş sağlığı kontrollerinin yaptırılma durumunun değerlendirilmesi

Assessment of dental health check-ups in Turkey between 0-14 years of age in 2014

Yaşar Topal^{1*} , Hatice Topal¹ , Betül Battaloğlu İnanç² 

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

² Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

* Sorumlu Yazar: Yaşar Topal E-posta: yasardr68@yahoo.com ORCID: 0000-0002-7059-4823

Gönderim: 28 Ekim 2017 Kabul: 20 Kasım 2017

ÖZ

Amaç: Çocuklarda ağız-diş sağlığı ile ilişkili sorunlar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de 0-14 yaş grubundaki çocuklarda düzenli diş sağlığı kontrollerinin yaptırılma durumunu ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisini ortaya koymayı amaçladık

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Türkiye İstatistik Kurumu’nun Sağlık Araştırması Anketi 2014 yılı verileri kullanılarak yapıldı. Çalışma kapsamında 0-14 yaş arasında bulunan toplam 6946 bireye ait veriler üzerinde çalışıldı. Yaşları 0-6 ve 7-14 arasında olan çocukların diş kontrollerine yönelik olarak gerçekleştirilen bu çalışmada ilk olarak tanımlayıcı istatistiksel analizle yapıldı. İkinci aşamada ise diş sağlığı ile ilgili alışkanlıkların demografik özellikler ile yaş grupları arasındaki farklılıklar incelendi.

Bulgular: Çocuklardan 0-6 yaş grubundakilerin %82,7’ünün, 7-14 yaş aralığında olanların %41,7’sinin hiç diş hekimi kontrolüne götürülmediği saptandı. Yakınma olmadan kontrol amaçlı diş hekimine başvuru oranının yaşla birlikte arttığı görüldü (0-6 yaş: % 9,9; 7-14 yaş: %21,9). Her iki yaş grubunda da aylık gelirin yükselmesi ile diş hekimine başvuru oranında artış saptandı. Sağlam çocuk izleminin yapıldığı çocuklarda, kontrol amaçlı diş hekimine başvuru oranının da yükseldiği gözlemlendi.

Sonuçlar: Diş hekimine başvurular arasında rutin kontrol amaçlı başvuranların oranı, 0-6 yaş grubundaki çocukların 1/10’u kadardı. Çocukların ilk defa diş hekimine getirilme oranının ailelerin ekonomik durumu ve sağlam çocuk izleminin düzenli yapılmasına bağlı olarak arttığı saptandı.

Anahtar kelimeler: çocuklar, diş sağlığı taraması, diş çürüğü

ABSTRACT

Aim: Dental problems in children are important health problems all over the world as well as in our country. In this study, we aimed to determine the status of regular dental health checkups and some sociodemographic characteristics in 0-14 year old children in Turkey

Material and Method: The study was conducted using data from the Turkish Statistical Institute Health Study Questionnaire 2014. Within the scope of the study, a total of 6946 individuals between 0-14 years of age were studied. Descriptive statistics were taken first in this study, which was conducted for dental control of children aged 0-6 and 7-14. In the second phase, the differences between age groups according to demographic characteristics of dental health related habits were examined.

Results: It has been determined that 82.7% of children at the age group 0-6 and 41.7% of children at the age group 7-14 are not taken to the dental control until this age. The proportion of those who are taken to the dentist for control without complaints increases with age (0-6 years: 9.9%, 7-14 years: 21.9%). In both age groups, the rate of bringing children to the dentist increases by the higher monthly income level. The rate of children, who are taken to the healthy child follow-up, brought back to the dentist for control purposes are also escalating.

Conclusion: Children are usually not brought to the dentist for dental control without having dental problems. The proportion of children brought to the dentist for routine control is as low as 1/10 of those who are taken to the dentist at the age group of 0-6. The rate of first-time dentist visit for children is increasing due to economic status of their families and the fact that they are followed up by sound child monitoring.

Keywords: children, dental health screening, tooth decay

GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar, çocuğun yaşam kalitesini ve sağlığını da olumsuz etkileyen ve tedavi edilmediğinde başka kronik hastalıklara da zemin hazırlayan önemli bir halk sağlığı sorunudur [1]. Ülkemizde de gerek çocuklarda gerekse erişkin yaştakilerde diş sağlığı sorunları, en önemli konulardan biridir. Diş çürükleri, diş eti ve periodontal hastalıklar çocuklarda sık görülen ve önlenebilen hastalıkları arasındadır. Erken yaştaki ağız ve diş sağlığı sorunları ileriki dönemde ortaya çıkabilecek dental sorunların önemli bir belirleyicisidir [2]. Düzeltilmeyen kötü oral hijyenden kaynaklanan problemlerin, gelişmekte olan ülkelerde diş çürüklerinin sıklığında belirgin artışa neden olduğu bilinmektedir [1,2]. Diş çürümesi sonrası ortaya çıkan diş kaybı, çocuklarda gelişme geriliğine, konuşma gelişiminin geri kalmasına, benlik saygısının azalmasına yol açmaktadır. Oral hijyenin daha kötü olduğu yoksul bölgelerde yaşayan çocuklarda daha ağır diş sorunları görülmektedir [3]. ABD’de 3-4 yaşlarındaki çocukların yaklaşık %75’i ilgili referans merkezlerinin (Bright Futures) önerdiği sayıda diş muayenesine gitmediği bildirilmiştir [4]. Normal sağlam çocuk izlemine gelen çocukların, diş kontrolleri açısından da diş hekimlerine yönlendirilmesi kaçırılmaması gereken bir fırsat olarak değerlendirilmektedir [5].

Önceden 1 yaşını doldurduktan sonra yapılması önerilmekleyen, günümüzde 6 ay veya ilk dişin çıkmasından sonra ilk diş kontrolünün de yapılması önerilmektedir [5]. Bunda da temel amaç, diş çürüklerinin ortaya çıkmasının önlenmesi ve gelişen çürüklerin erken müdahale ile ilerlemesinin durdurulmasıdır.

Ülkemizde, çocukların diş hekimine götürülme durumu ve diş sağlığı konusunda tüm ülkeyi kapsayan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. TÜİK verilerindeki sosyodemografik verilerle diş problemleri arasındaki ilişkiyi ve ayrıca, sağlam çocuk izlemine diş hekimine götürülme üzerine etkilerini incelediğimiz bu çalışmada Türkiye’de 0-14 yaş grubundaki çocuklarda düzenli diş sağlığı kontrollerinin yaptırılma durumunu ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma da Türkiye’deki çocukların diş sağlığı ve uygulamaları ve bunları etkileyen değişkenleri incelemek amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin Türkiye Sağlık Araştırması 2014 (TÜİK Bilgi Dağıtım ve İletişim Daire Başkanlığı’nın 27964695-622.03-E.14973 sayılı ve 08.06.2017 tarihli yazısı kapsamında verilen izin doğrultusunda ham veri seti üzerinden çalışılmıştır) yılı mikro verilerinin kullanıldığı bu çalışma kesitsel bir araştırmadır. Çalışma kapsamında 0-

Tablo 1. Yaş gruplarına göre dağılım

	0-6 Yaş	7-14 Yaş n (%)	Toplam n (%)
Erkek	1564 (51,7)	1991 (50,8)	3555 (51,2)
Kız	1461 (48,2)	1930 (49,2)	3391 (48,8)
Toplam(%)	3025 (43,6)	3921 (56,4)	6946 (100)

14 yaş arasında bulunan toplam 6946 bireye ait veriler üzerinde yapılan anket sonuçları değerlendirildi. Anket çalışması, TÜİK tarafından Türkiye'nin tüm bölgelerinde iki yıllık sürede rastgele seçilen örneklerden yüz yüze görüşülerek yapıldığından, ülke genelini yansıtan bir çalışmadır. Bu ankette sadece diş kontrolleri için ya da diş sorunları nedeniyle diş hekimine götürülme sorgulanmıştır. Altta yatan hastalık sorgulanmamış olup bilgiler, ebeveynlerden alınmıştır. Yaşları 0-6 ve 7-14 arasında yer alan çocukların diş kontrollerine yönelik olarak gerçekleştirilen bu çalışmada ilk olarak tanımlayıcı istatistikler uygulandı. Ailelerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, sağlık sigortası ve türü); ikinci aşamada ise diş sağlığı ile ilgili alışkanlıkların demografik özellikleri (diş kontrollerine götürülüp götürülmediği, ne amaçla diş hekimine götürüldüğü, götürüldüğü sağlık kuruluşları) açısından farklı yaş grupları arasında karşılaştırmalar yapıldı. Gelir durumuna ve cinsiyete bağlı olarak diş sağlığının incelendiği bu çalışmada nitel değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla ki-kare testlerinden yararlanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 6946 çocuğun 3025 (%43,6)'i 0-6 yaş grubunda, 3921 (%56,4)'si 7-14 yaş grubunda olduğu görüldü. Yaşı 0-6 arasında olanların 1564 (%51,7)'ü erkek, 1461 (%48,3)' kız, 7-14 yaş grubunda toplam 3921 çocuğun 1991 (%50,8)'i erkek, 1930 (%49,2)'u kızdı (**Tablo 1**).

Tedavi masrafları hastaların 2289 (%75,7)'unda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanırken, 564 (%18,6) kendisi tarafından, geri kalan %11,4'ü de diğerleri tarafından karşılandığı saptandı. Yaşı 7-14 grubunda olanların %74,1'inde masraflar SGK tarafından karşılanırken, %1 özel sağlık sigortası, %13,2'si yeşil kart, %18,2'sinin masrafları kendileri tarafından karşılanmış. Tüm çocuklar sosyal güvence kapsamında olmakla birlikte olguların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ü özel diş hekimlerinden hizmet aldığı saptandı.

Çalışmaya alınan 0-6 yaş grubundakilerin 2503 (%82,7)'ünün bu yaşa kadar çocuğu hiç diş kontrolüne götürmemişken, götürülenlerin sadece 298 (%9,9)'i rutin kontrol amacıyla diş hekimine götürülmüş, diğerleri çeşitli diş problemleri (diş çürüğü, diş ağrısı, dolgu, travma) nedeniyle diş hekimine götürülmüştür. Yaşı 7-14 aralığında olanlarda diş hekimine

Tablo 2. Ailelerin aylık ortalama gelir düzeylerine göre diş hekimine götürülme durumları

Aylık Ortalama gelir	En az 1 kez diş hekimine götürülenler		Toplam
	0-6 Yaş	7-14 Yaş	
0-1080	130 (%12,1)	683 (%45,6)	1499 (%100,0)
1081-1550	102 (%16,2)	476 (%59,4)	801 (%100,0)
1551-2170	79 (%17,6)	385 (%62,2)	619 (%100,0)
2171-3180	101 (%23,1)	382 (%69,1)	553 (%100,0)
3181+	110 (%25,5)	361 (%80,4)	449 (%100,0)
Toplam	2287 (%58,3)	522 (%17,3)	2287 (%58,3)

götürülme oranı erkeklerde %57,9, kızlarda %58,8 olarak saptandı ve kız ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.8$) (**Tablo 2**).

Aylık geliri 0-1080 Türk lirası (₺) aralığında olan 0-6 yaş grubundakilerin %87,9'u 1081-1550 ₺ arasında olanların %83,8 bu yaşa kadar hiç diş kontrolüne gitmemişken, aylık geliri 3181 ₺ olanların sadece %25,5'i diş hekimine başvurmuş. Gelir düzeyinin artışı ile birlikte diş hekimine götürülme oranında artış olmakta ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.00$). 7-14 yaş grubunda aylık ortalama geliri 0-1080 ₺ olanların %45,6'sı, 1081-1550 ₺ olanların %59,4'ü, 3181 ₺ ve üzerinde geliri olanların %80,4'ü en az 1 kez çocuğunu diş hekimine götürdüğü saptandı (**Tablo 3**). Bu yaş grubunda gelir düzeyinin artması ile diş hekimine götürme oranında anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p=0.00$).

Yaşı 0-6 aralığında olan çocukların diş hekimine götürülenlerin %57,1'i kontrol amacıyla götürürken, ağrı nedeniyle getirenlerin oranı %39,3 olarak saptandı. Gerek ağrı gerekse rutin kontrol amaçlı getirenlerde kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı fark saptanmadı (**Tablo 3**). Çürük dişini çekirtmek için gelen 100 (%19,2) hastanın yanında, 116 (%22,2) hasta çürük dişine dolgu yaptırmak ve %3,4 ise travma nedeniyle diş hekimine getirilmiştir. Yaşı 7-14 aralığında olanların %37,6'sı kontrol amacıyla getirilirken, bu amaçla gelen erkeklerin oranı %36,9 kızlarınki ise %36,9 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Yaşı 7'den büyük olan çocukların 1302 (%56,9)'ünün diş ağrısı nedeniyle getirildiği görüldü. Başvuru sırasında diş ağrısı erkeklerin %57,1'inde, kızların ise %56,7'sinde saptanmıştır. Kız ve erkekler arasında (7-14 yaş) bu açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($P=0,4$). Yaş olarak 7-14 grubunda olan çocukların %50,9'u diş çekimi amacıyla getirildiği gözlemlendi. Bu amaçla getirilenlerde kız ve erkek arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı. Bu çocukların %37,8'i dolgu için, %6,9'u ise diş eti hastalıkları nedeniyle getirilmiş olduğu gözlemlendi.

Tablo 3. Çocukların diş hekimine götürülme nedenlerine göre dağılımı

	Cinsiyet	0-6 yaş			7-14 yaş		
		Erkek	Kız	Toplam	Erkek	Kız	Toplam
Diş hekimine götürülme nedeni	Kontrol	146 (%53,7)	152 (%60,8)	298 (%57,1)	425 (%36,9)	434 (%38,2)	859 (%37,6)
	Ağrı	112 (%41,2)	93 (%37,2)	205 %39,3	658 (%57,1)	644 (%56,7)	1302 (%56,0)
	Diş Çekimi	160 (%58,8)	157 (%62,8)	317 (%60,7)	599 (%52,0)	564 (%49,7)	1163 (%50,0)
	Dolgu	64 (%23,5)	52 (%20,8)	116 (%22,2)	417 (%36,2)	447 (%39,4)	864 (%37,8)
	Travma	14 (%5,1)	4 (%1,6)	18 (%3,4)	22 (%1,9)	9 (%0,8)	31 (%1,4)
	Diş Eti	16 (%5,9)	12 (%4,8)	28 (%5,4)	68 (%5,9)	89 (%7,8)	157 (%6,9)

Sağlam çocuk izlemi için çocuk hekimine götürülen 0-6 yaş grubu çocuklarda, diş hekimine götürülme oranının da arttığı saptandı. Son 12 ay içinde sağlam çocuk izlemi için çocuk hekimine götürülen 922 çocuğun 170 (%18,4)'i kontrol amaçlı olarak diş hekimine götürülürken, sağlam çocuk izlemine götürmeyenlerde bu oran %16,7 olarak bulundu ($p=0.255$). Sağlam çocuk izlemine giden (170 çocuk) bu yaş grubundaki çocukların 122 (%71,8)'si kontrol için diş hekimine getirilirken, sağlam çocuk izlemine gitmeyen 352 çocuğun 176 (%50,0)'sı kontrol amaçlı diş hekimine götürülmüştür. Bu yaş grubunda sağlam çocuk izlemine gidenlerde aynı zamanda kontrol amaçlı diş hekimine götürülme oranının anlamlı olarak arttığı gözlemlendi ($p=0.00$). Sağlam çocuk izlemine götürülen 0-6 yaş grubu çocuklarda, kontrol dışı nedenlerle diş hekimine diş hekimine götürülme oranları azalmaktadır. Diş ağrısı, çürük, dolgu nedeniyle götürülenlerin oranı, sağlam çocuk izlemi yaptıranlarda sırasıyla %26,5; %9,4; % 17,6 iken, sağlam çocuk izlemi yaptırmayanlarda bu oranlar sırasıyla %45,5; %23,9; %24,4 olarak saptandı. Diş ağrısı ve diş çürüğü nedeniyle getirilenlerin oranı, sağlam çocuk izlemi yaptıranlarda anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.00$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, ailelerin gelirlerinin, çocuğun yaşının artışı ile birlikte diş hekimine götürülme oranlarının arttığını saptadık. Aynı şekilde sağlam çocuk izlemine götürülen çocuklarda da diş hekimine götürülme oranlarının da arttığını gözlemledik. Bununla birlikte diş sağlığı ile ilgili ağrı ya da çürük benzeri problemler olmadan genellikle diş hekimine getirilmediği görüldü. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) Bright Futures rehberlerinde, çocukların 6-9. aylardaki sağlam çocuk kontrollerine geldiklerinde diş sağlığı açısından da diş hekimine yönlendirilmelerini önerilmektedir [5]. Çocukların büyük bir kısmı, bir yaşından önce rutin kontrol amacıyla çocuk hekimine getirilirken, ilk diş kontrolü geciktirilmektedir. Birçok çalışmada ilk diş kontrolünün 3 hatta 6 yaşına kadar geciktirildiği gözlenmektedir [4-8]. Çalışmamızda 6 yaşına kadar olanların 1/5'inden daha azı en az bir kez diş hekimine getirilmiş, getirilenlerin %90'dan fazlası da kontrol amaçlı olmayan

(çürük, ağrı, diş çekimi gibi) nedenlerle getirildiği saptanmıştır.

ABD'de çocukların genel olarak %23,4'ünün, bir önceki yıl içinde AAP'nin önerdiği sağlam çocuk izlemine yaptırmazken, %46,8'i diş kontrollerini yaptırmamıştır. Yine 1-17 yaş aralığında olanların ¼'ünün, 5 yaşından küçüklerin ise yaklaşık yarısının önceki yıl diş hekimine gitmediği görülmüştür [9]. Okul çağı çocukların, küçük çocuklara göre kontrollere daha fazla gittiği bildirilmiştir [10]. Brezilya'da çocuklarını rutin diş hekimine kontrole götürülenlerin oranı %37 iken, 4 yaşındaki çocuklarda %26,5; 5-9 yaşındaki çocukların yaklaşık yarısı rutin kontrollere gittiği saptanmıştır [11,12]. Ülkemizde yapılan benzer çalışmada da yaşın artışı ile çocukların diş hekimine götürülme oranlarının da arttığı saptanmıştır [13]. Biz, bu çalışma ile çocukların diş hekimine götürülme oranlarının düşük olduğunu saptadık. Çalışmamızda, 0-6 yaş grubu çocukların ancak 1/5'i' en az 1 kez diş hekimine götürülmüşken, götürülenlerin de ancak 1/10'u rutin diş kontrolü amacıyla muayene ettirilmiş. Çocukların çok büyük bir kısmı, diş ile ilgili bir yakınma olmadıkça götürülmemiştir. Yaşın artışı ile birlikte diş hekimine götürülme oranının da artması önceki çalışmalarla uyumludur [10-12]. Yaşı 7-14 arasında olan çocukların %58,3'ü en az bir kez diş hekimine getirilmiş. Yaşın artışı ile birlikte yakınması olmadan, rutin diş hekimine başvurma oranının da arttığı gözlemlenmekle birlikte, rutin kontrol amacıyla getirilenlerin oranı da 7-14 yaş aralığında olanlarda %21,9'a çıkmaktadır. Bunda neden, çürük ve bununla bağlantılı olarak diş ağrısının ortaya çıkması olabileceği gibi, adolesan dönemde fiziksel görünüme önem verme algısının daha fazla önem kazanması çocukların eğitime başlamalarının da katkısı olabilir.

Gelir düzeyi ile çocukların diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma düzeyi arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir [14,15]. Genellikle düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarının diş kontrolü yaptırmama oranı düşük bulunurken, gelir düzeyinin artışına paralel olarak diş kontrollerine gitme oranının arttığı görülmüştür [16-19]. Ülkemizde, 18 yaş altı tüm çocukların sosyal güvence kapsamında olmasına rağmen, gerek 0-6 yaş grubunda

gerekse 7-14 yaş grubunda en düşük gelir düzeyine sahip olanların diş kontrollerini yaptıran oranları ve sağlam çocuk kontrollerine gitme oranlarının da düşük olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi düşük, küçük yaş grubunda bu oran daha da dikkat çekicidir. 0-6 yaş grubunda en düşük gelir düzeyinde olanların %87,9'u hiç diş hekimine götürülmemişken, büyük yaş grubunda bu oran %45,6 olarak bulunmuştur. Bu durum, düşük gelir düzeyine sahip olanların aynı zamanda eğitim düzeylerinin ve diş sağlığı konusunda bilgi ve algılarının düşük olması ile açıklanabilir. Çocukların sağlık sigortalarının olmaması düzenli diş kontrollerinin yapılamamasında en önemli nedenlerden biridir. ABD'de çocukların %22,1'inin, diş sigortasının olmadığı ve bundan dolayı da çocukların yaklaşık ¼'ü koruyucu diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmadığı bildirilmektedir[9]. Sağlık sigortası olmayan çocuklar, düşük gelirlilere benzer şekilde, çürük ya da diş ağrısı gibi zorunlu bir durum olmadıkça diş hekimine götürülmemektedir [20,21]. Sadece sağlık sigortasının olması 1-5 yaş ve 6-11 yaş aralığında olan çocuklarda koruma amaçlı diş kontrollerine gitme oranını tek başına değiştirmede gösterilmiştir. Benzer şekilde resmi diş sigortasının koruyucu diş hizmetlerini her zaman arttırmadığı, ancak karşılanmamış hizmet alımını azalttığı gözlenmiştir [22,23]. Ülkemizde 18 yaş altı çocukların hepsi genel sağlık sigortası kapsamındadır ve diş sağlığı ve bakımı giderleri de bu kapsamda karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi açısından sorunu olmayan çocukların rutin kontrollere getirilme oranlarının düşüklüğü, ailelerin bu konuda farkındalığının az olması ve rutin çocuk sağlığı kontrollerinde yeterince diş hekimine yönlendirmenin yapılmaması ile ilişkilendirilebilir. Çocukların diş tedavi giderlerinin yaklaşık olarak ¼'ünün sosyal güvenceleri olmasına rağmen kendileri tarafından karşılanmış olması, buldukları bölgede tüm diş müdahalelerinin yapılamaması ya da daha konforlu hizmet almak istemeleri nedeniyle özel kliniklere götürülmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Diş çürükleri, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de en önemli kronik hastalıklardan birini oluşturmaktadır ve daha çok yüksek risk gruplarını etkilemektedir [24]. Ülkemizde yapılan çalışmada 5 yaşındaki erkek çocukların yaklaşık ¼'ünde çürük saptanmazken, 12 ve 15 yaşlarında %60'a yakın çürük saptanmıştır [13]. Aynı çalışmada 12 yaşındaki çocuklarda diş çürüğü prevalansı %61,1 olarak saptanırken, Babo Soares ve ark. [25]'nin Avustralya'daki çalışmalarında diş çürüğü prevalansı %69,8 olarak bulunmuştur [25]. Biz bu çalışmada 0-6 yaş grubunda olan hastaların yaklaşık %90'ının diş çürüğü ya da çürükle ilişkili olabilen rahatsızlıklar (çürük, ağrı, diş dolgusu, diş çektirme) veya periodontal problemler nedenlerden dolayı

hastaneye başvurdıklarını saptadık. 7-14 yaş grubunda rutin kontrol amaçlı başvuruların daha fazla olması nedeniyle, diş problemleri nedeniyle başvuruların oranı azalmaktadır (%88,1). Ancak bu istatistiklerde anket çalışması olup, ailelerin beyanlarını yansıtmaktadır.

Sağlam çocuk izlemine getirilen çocukların en azından 1 yaşından sonra diş hekimine yönlendirilmeleri ve diş hekimi ile iletişim kurulmasında eksiklik olduğunu saptadık. Çalışmamızda sağlam çocuk izlemine getirilen 0-6 yaş aralığındaki çocuklarda kontrol amaçlı olarak diş hekimine götürülenlerin oranı, izlem yaptırmayanlara göre yüksek bulunurken, sağlam çocuk izlemi yaptırmayanlarda kontrol amaçlı diş hekimine götürülme oranı azalmakta olduğunu, ağrı, çürük, dolgu gibi nedenlerle diş hekimine götürülenlerin oranının arttığını gözlemledik. Bu yaş grubunda olan çocuklardan çocuk izlemine yaptıranların %71,8'i diş kontrolüne götürülürken, izlem yaptırmayanların ancak %28,2'si diş kontrolüne götürülmektedir. Rutin sağlam çocuk izlemleri, çocukların diş kontrolleri için yönlendirilmelerinde önemli bir unsurdur ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve çocuk hekimlerine başvuran çocukların diş kontrolüne yönlendirilmesi, diş sağlığı açısından bir fırsat olarak değerlendirilmektedir [25-28]. Sağlam çocuk izleminin ve bu izlem sırasında referans merkezlerin önerileri doğrultusunda diş sağlığı için yönlendirmenin, ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşıdığına inanılmaktadır [29]. Çalışmalar, pediatristlerin diş sağlığı konusunda deneyimlerinin yetersizliğini ve bu konuda bilgilerini tamamlamak istediklerini ortaya koymaktadır [30].

Diş hekimi muayenesi sonuçlarının ankette sorgulanmaması, diş fırçalamaya başlama yaşı, günlük fırçalama sayısı ve ailelerin eğitim seviyelerinin(verideki eğitim seviyesi anketi, çocuklara ait eğitim durumu) bulunmaması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak; ülkemizde diş sağlığı açısından sağlıklı olan çocukların rutin kontrol amaçlı diş hekimine genellikle götürülmemektedir. Sosyoekonomik durumun bunda etkisi olmakla birlikte 18 yaş altındaki tüm çocukların sosyal güvence kapsamında olan ülkemizde diş hekimine götürülmemesinde bilgisizlik, hekim tarafından yeterince yönlendirilmeyen yapılmaması ve ailelerin farkındalığının yetersiz olması bunda rol oynayabilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI / FİNANSAL DESTEK BEYANI

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkarı dayalı bir ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into social determinants framework. *Community Dentistry Oral Epidemiol* 2012; 40: 289–96.
2. Jürgensen N, Petersen PE. Promoting oral health of children through schools results from a WHO global survey 2012. *Community Dental Health* 2013; 30: 204–18.
3. WHO Global Oral Health Data Bank. Cote d'Ivoire/WHO/ORH/J2/347/1993.
4. Daou MH, Eden E, El Osta N. Age and reasons of the first dental visit of children in Lebanon. *J Med Liban* 2016 Jan-Mar; 64: 18-22.
5. American Academy of Pediatric Dentistry 2014. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 36: 6: 1141–5.
6. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004; 114: e418–23.
7. Farid H, Khan FR, Aman N. Knowledge, attitude and practice of mothers regarding their own and children's dental health—a tertiary care hospital based study. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2013; 25: 35-7.
8. Rodrigues Gomes SS, Barreto Bezerra AC, Maia Prado AC. Salivary biomarkers, vital signs and behaviour of pre-school children during their first dental visit. *Eur J Paediatr Dent* 2013; 4: 279–83.
9. Liu J, Probst JC, Martin AB, Wang JY, Salinas CF. Disparities in dental insurance coverage and dental care among US children: The National Survey of Children's Health. *Pediatrics* 2007; 119: 12-21.
10. Stella M, Hilary Y, Bellamy A, ve ark. That influence receipt of recommended preventive pediatric health and dental care. *Pediatrics* 2002; 110: 1-8.
11. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fisher LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publica* 2008; 24: 150-6.
12. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24: 1509-16.
13. Güçüz BD, Gökalp S. Türkiye'de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Derg 2008; 32: 45-57.
14. Newacheck PW, Hughes DC, Yun-Yi H, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 2000; 105: 989–99.
15. Rui Arantes, Paulo Frazão. Income as a protective factor for dental caries among indigenous people from Central Brazil. *J Health Care Poor Underserved* 2016; 27: 81-9.
16. Nasseh K, Vujicic M, O'Dell A. Affordable Care Act expands dental benefits for children but does not address critical access to dental care issues. Health Policy Resources Center Research Brief. American Dental Association. April 2013. Available from: http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/HPRCBrief_0413_3.pdf. Accessed September 27, 2013.
17. Pizzo G, Piscopo MR, Matranga D, Luparello M, Pizzo I, Giuliana G. Prevalence and socio-behavioral determinants of dental caries in Sicilian schoolchildren. *Med Sci Monit* 2010; 16: 83–9.
18. Costa SM, Martins CC, Bonfim MC, ve ark. A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 3540–74.
19. Saldūnaitė K, Bendoraitienė EA, Slabšinskienė E, Vasiliauskiene I, Andruškevičienė V, Zūbienė J. The role of parental education and socioeconomic status in dental caries prevention among Lithuanian children. *Medicina (Kaunas)* 2014; 50: 156-61.
20. Yu SM, Bellamy HB, Schwalberg RH, Drum MA. Factors associated with use of preventive dental and health services among U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29: 395–405.
21. Holl JL, Szilagyi PG, Rodewald LE, Byrd RS, Weitzmann MD. Profile of uninsured children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 398–406.
22. Oh J, Fuller D, Leonard L, Miller K. Primary care physicians' role in promoting children's oral health. *Health By Numbers* 2011; 94: 20-2.
23. Lave JR, Keane CR, Lin CJ, Ricci EM. The impact of dental benefits on the utilization of dental services by low-income children in western Pennsylvania. *Pediatr Dent* 2002; 24: 234-40.

24. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, ve ark. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res* 2015; 94: 650–8.
25. Babo Soares LF, Allen PL, Kingi J, Roberts-Thomson K, Bettiol S, Crocombe L. Changes in the oral health of the children of Dili, Timor Leste, between 2002 and 2014. *Rural and Remote Health* 2016; 16: 3853.
26. Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT. Use of preschool dental services in a New Zealand birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982; 10: 249-52.
27. Romaine MA, Bell JF, Grossman DC. Health care use and expenditures associated with access to the medical home for children and youth. *Med Care* 2012; 50: 262–9.
28. Beil HA, Rozier RG. Primary health care providers' advice for a dental checkup and dental use in children. *Pediatrics* 2010; 126: e435–41.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on oral health care programs for infants, children and adolescents, Chicago, IL, 2011. Available from http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf. Accessed April 26, 2017.
30. Dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics* 2004; 114: e642-52.

