



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AMACA ULAŞMA KURAMINA GÖRE
ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ERKEN SÜT DİŞİ
ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİ KONUSUNDA
EBEVEYNLERE VERİLEN EĞİTİMİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serpil BORAN

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2026

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, üretken yapay zeka araçlarını Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Faaliyetlerinde Üretken Yapay Zekâ Kullanımına Dair Etik Rehber'ine uygun kullandığımı, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/02/2026
Serpil BORAN

İthaf

Bu doktora tezimi, bu günlere gelmem konusunda hiçbir fedakârlığı esirgemeyen ve daima yanımda olan sevgili eşim Halis BORAN'a ve varlıkları ile hayatıma değer katan çocuklarım Enes ve Kerem'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim ve tez danışmanlığı süresince; yeni bilgiler öğrenmeme yardım eden, bilimsel katkılarının yanında akademik gelişimime katkı sağlayan, deneyim ve önerileriyle bana yol gösteren değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Tez aşamasında tez izleme komitesinde yer alarak katkı ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER'e ve Doç. Dr. Şule BIYIK BAYRAM'a,

Eğitimim boyunca bana bilgi ve tecrübeleriyle destek olan Sayın Doç. Dr. Hacer Kobyay BULUT'a,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'na,

Araştırmaya destek veren Sayın Doç. Dr. Ayça KURT'a,

Araştırmama katılımlarıyla destek sağlayan Arş. Gör. Hatice YILDIRIM'a, Arş. Gör. Hande Nur KABASAKAL'a ve tüm Pedodonti Anabilim Dalı ekip üyelerine,

Eğitim rehberi ve eğitim videolarının oluşturulması sürecinde uzman görüşü veren bilim insanlarına,

Araştırmanın istatistiksel analizinin yapılmasında bana yardımcı olan eistatistik firmasına ve araştırmaya katılımları ile destek veren tüm ebeveynlere,

Daima yanımda olarak desteklerini esirgemeyen, en değerli varlıklarım eşim ve çocuklarıma sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2025-16367 kodlu Lisansüstü Tez Destek Programı ile desteklenmiştir.

Serpil BORAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

x

ŞEKİLLER DİZİNİ

xi

RESİMLER DİZİNİ

xii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xiii

ÖZET

xiv

ABSTRACT

xv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

3

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Çocuklarda Diş Sağlığı

4

2.1.1. Dişlerin Görevi ve Yapısı

4

2.1.2. Çocuklarda Diş Sürme Zamanları

4

2.2. Süt Dişlerinin Önemi

5

2.3. Diş Çürüğünün Tanımı ve Patogenezi

7

2.4. Erken Çocukluk Çağı Diş Çürüklerinin Tanımı ve Kullanılan İndeksler

8

2.5. Diş Çürüğü Etiyolojisi

8

2.5.1. Mikrobiyolojik Risk Faktörleri

8

2.5.2. Sosyoekonomik Faktörler

9

2.5.3. Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları

9

2.5.3.1. Şeker Tüketimi

9

2.5.3.2. Biberon ve Emzik Kullanımı

10

2.5.3.3. Emzirme ve Anne Sütü

10

2.5.3.4. Çocuklarda Sık Görülen Kötü Ağız Sağlığı Alışkanlıkları

11

2.5.3.5. Ebeveynlere Ait Faktörler

12

2.6. Erken Süt Dişı Çürüklerinin Önlenmesi İçin Yapılması Gereken Uygulamalar	13
2.6.1. Diş Fırçalama	13
2.6.2. Diş Fırçası Seçimi ve Değişimi	14
2.6.3. Florürlü Diş Macunu Kullanımı	14
2.7. Amaca Ulaşma Kuramı Çerçevesinde Erken Süt Dişı Çürüklerini Önleme Eğitimi	15
2.8. Imogene Martina King'in Amaca Ulaşma Kuramı	19
2.8.1. King'in Kuramının Kavramsal Sistemi	20
2.8.1.1. Kişisel Sistemler	20
2.8.1.2. Kişiler Arası Sistemler	21
2.8.1.3. Toplumsal Sistemler	21
2.8.2. Kuramda İletişim Süreci	22
2.8.3. Kuramın Metaparadigması	22
2.8.3.1. Hemşirelik Kavramı	22
2.8.3.2. Sağlık Kavramı	23
2.8.3.3. İnsan Kavramı	23
2.8.3.4. Çevre Kavramı	23
2.8.4. Hemşirelik Süreci	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	27
3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	27
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	27
3.4.3. Kontrol Değişkenleri	27
3.5. Randomizasyon	27
3.6. Körleme Yöntemi	28
3.7. Veri Toplama Araçları	29
3.7.1. Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu	30
3.7.2. Erken Süt Dişı Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu	30

3.7.3. Ebeveyn Eğitim Memnuniyet Formu	31
3.8. Araştırmanın Uygulanması	31
3.8.1. Kuramın Eğitime Entegre Edilmesi	31
3.8.1.1. Bireyi Tanıma ve İhtiyaçlarını Belirleme (Perception) Aşaması	33
3.8.1.2. Hedef Belirleme (Goal Setting) Aşaması	34
3.8.1.3. Eyleme Geçme (Action)/Eğitimi Uygulama Aşaması	35
3.8.1.4. Sonuçların Değerlendirilmesi (Evaluation) Aşaması	36
3.8.1.5. Sağlık Hedefine Ulaşma ve Sürekli Destek (Follow-up) Aşaması	37
3.8.2. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	37
3.9. Araştırma Materyalleri	40
3.9.1. Eğitim Rehberi	41
3.9.1.1. Eğitim Rehberinin Uzman Değerlendirme Süreci	41
3.9.1.2. Eğitim Rehberinin Okunabilirlik Düzeyinin Belirlenmesi	44
3.9.2. Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme ve Diş Fırçalama Eğitimi Videoları	45
3.9.2.1. Eğitim Videolarının DISCERN Ölçüm Aracına Göre Uzman Değerlendirmeleri	46
3.9.3. Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme ve Maket Üzerinde Diş Fırçalama Eğitimi	48
3.9.4. Eğitim Broşürü	48
3.9.5. Mobil Destekli İletişim	49
3.9.6. Hatırlatma Mesajı	49
3.10. Verilerin Toplanması	50
3.10.1. Uygulama Basamakları	50
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri	52
3.12. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	53
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
3.14. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü	53
3.15. Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.16. Araştırma Planı	55
4. BULGULAR	56
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	91
7. KAYNAKLAR	93
EKLER	116
EK 1. Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu	117

EK 2. Erken Süt Dişı Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu	119
EK 3. Eğitim Rehberi	122
EK 4. Eğitim Broşürü	125
EK 5. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	126
EK 6. Eğitim Rehberinin Güvenirlik ve Kalite Ölçümü-DISCERN Ölçüm Aracı-1	127
EK 7. DISCERN Ölçüm Aracı-2	130
EK 8. Araştırmanın Kurum İzni	133
EK 9. Etik Kurul Onayı	134
EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	137
EK 11. Eğitim Rehberini ve Eğitim Videolarını Değerlendiren Uzman Listesi	140
EK 12. Araştırma Formlarını Değerlendiren Uzman Listesi	140
EK 13. DMFT Değerlendiren Uzman Listesi	140
ÖZGEÇMİŞ	141

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Suda bulunan florür miktarına göre Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerdiği florür destek dozları	18
Tablo 2. Randomizasyon tablosu	28
Tablo 3. Veri toplama yöntemi ve süresi	38
Tablo 4. Uzmanların eğitim rehberi ile ilgili yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunu değerlendirme formuna verdikleri yanıtların ortalamaları	42
Tablo 5. Uzmanların eğitim rehberi ile ilgili DISCERN ölçüm aracına verdikleri yanıtların ortalamaları	43
Tablo 6. DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puan ortalamaları	44
Tablo 7. Uzmanların eğitim videoları konusunda DISCERN ölçüm aracına verdikleri yanıtların ortalamalarının dağılımları	47
Tablo 8. DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puan ortalamaları	48
Tablo 9. Deney ve kontrol grubu ebeveynler için uygulama çizelgesi	52
Tablo 10. Deney ve kontrol gruplarına göre nicel değişkenlerin karşılaştırılması	56
Tablo 11. Gruplara göre çocuk ve ebeveynlere ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması	59
Tablo 12. Deney ve kontrol gruplarının zamana göre bilgi toplam puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 13. Deney ve kontrol gruplarının zamana göre davranış toplam puanlarının karşılaştırılması	62
Tablo 14. Deney ve kontrol grupları ile ön test ve son test sonuçları arasındaki bağlantının incelenmesi	71
Tablo 15. Ebeveynlerin bilgi ve davranış toplam puanlarına ait değişim değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması	73
Tablo 16. Bağımsız değişkenlerin bilgi değişim puanı üzerindeki etkisinin Robust Regresyon analizi ile incelenmesi	75
Tablo 17. Bağımsız değişkenlerin davranış değişim puanı üzerindeki etkisinin Robust Regresyon analizi ile incelenmesi	76
Tablo 18. Ebeveynlerin erken süt dişi çürüklerine yönelik verilen eğitime ilişkin memnuniyet düzeylerinin dağılımı	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Süt dişlerinde gelişim	5
Şekil 2. King'in amaca ulaşma kuramına göre transaksion süreci	22
Şekil 3. G*Power analiz sonucu	26
Şekil 4. Araştırmanın CONSORT akış şeması	29
Şekil 5. Ebeveyn eğitim rehberi QR kodu	41
Şekil 6. Eğitim videoları QR kodları	46
Şekil 7. Araştırma planı	55



RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Ebeveynlere eğitim rehberinin verilmesi	44
Resim 2. Diş fırçalama eğitim videosundan örnek görüntü alıntıları	45
Resim 3. Ebeveynlere EÇÇ'yi önleme ve maket üzerinde diş fırçalama eğitimi verilmesi	48
Resim 4. Teşekkür ve hatırlatma mesajı örneği	50



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
AAPD	Amerikan Pediatrik Diş Hekimleri Akademisi
AB	Avrupa Birliği
ADA	Amerikan Diş Hekimleri Topluluğu
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CONSORT	Consolidated Standarts of Reporting Trials
DISCERN	Quality of Criteria for Consumer Health Information
DMFS	Decayed missing filled surface (Çürük eksik dolgulu yüzey)
DMFT	Decayed missing filled teeth (Çürük eksik dolgulu diş)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EÇÇ	Erken çocukluk çağı çürükleri
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
Max	Maksimum
Min	Minimum
OECD	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı
Ppm	Parts per milion
SMS	Kısa mesaj hizmeti
SPSS	Statistical package for the social sciences
Ss	Standart sapma
Vb	Ve benzeri

Simgeler

α	Alfa
β	Beta

ÖZET

Amaca Ulaşma Kuramına Göre Çocuklarda Görülen Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesi Konusunda Ebeveynlere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Çocuklarda erken yaşta görülen çocukluk çağı diş çürükleri (EÇÇ), kalıcı dişlerde de çürük oluşumu riskini artırmaktadır. Dişlerde çürümenin ve buna bağlı olarak gelişen problemlerin önlenmesi için çocuklarının hayatlarının ilk yıllarında rol model aldıkları ebeveynlerinin ağız-diş sağlığı uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı, King'in amaca ulaşma kuramı çerçevesinde EÇÇ'nin önlenmesi konusunda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin ortaya konulmasıdır. Bu araştırma, ön ve son test randomize kontrollü deneysel desende yürütüldü. Araştırma, Mayıs 2024-Nisan 2026 tarihleri arasında Karadeniz Bölgesi'nde bir ilin Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti bölümüne tedavi amacıyla başvuran 0-3 yaş çocuğu olan toplam 100 ebeveynle yürütüldü. Araştırma verileri, anket yöntemiyle ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmaya katılan ebeveynlere EÇÇ'yi önlemeye yönelik eğitim rehberi, broşür ve video yardımıyla eğitim verildi. Ebeveynlere, verilen ilk eğitimden 1 ay sonra video, 3 ay sonra broşür gönderildi ve sonraki aylarda da mobil destekli hatırlatma yapıldı. Altıncı ay sonunda da verilen eğitimin etkinliği değerlendirildi. Araştırma verileri IBM SPSS v23, Jamovi 2.7.6. ve R v4.4.1 programı ile analiz edildi. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesinde Yates düzeltmesi ve Monte Carlo düzeltmeli Fisher Exact testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Z testi ile incelendi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri MASS paketi kullanılarak robust regresyon analizi ile incelendi. İstatistiksel önem düzeyi $p<0.05$ olarak sunuldu. Araştırma sonucunda kategorik değişkenler bakımından deney ve kontrol grupları arasında ön test ve son test sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu ($p<0.05$). Ebeveynlerin EÇÇ konusundaki bilgi ve davranış puanlarının, eğitim müdahalesi sonrasında anlamlı düzeyde arttığı görüldü ($p<0.001$). Robust regresyon analizi sonuçlarına göre de uygulanan eğitim modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=3.640$; $p<0.001$). Bu bulgular doğrultusunda, ebeveynlerin EÇÇ'ye yönelik bilgi ve davranış düzeylerinin eğitim müdahalesi sonrasında belirgin şekilde iyileştiği sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Diş Çürüğü, Ebeveynler, Eğitim, Farkındalık, Süt Dişi

ABSTRACT

Evaluation of the Effectiveness of Parent Education in Preventing Early Childhood Caries in Children According to Goal Attainment Theory

Early childhood caries (ECC) observed at an early age in children increase the risk of caries development in permanent teeth. In order to prevent dental caries and related problems, it is necessary to raise awareness of parents who are role models about oral and dental health practices during the early years of their children's lives. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of an educational intervention provided to parents within the nursing discipline for the prevention of ECC, based on King's Theory of Goal Attainment. This study was conducted using a randomized controlled experimental design with a pretest-posttest structure. The research was carried out between May 2024 and April 2026 with a total of 100 parents of children aged 0-3 years who admitted for treatment at the Department of Pediatric Dentistry of a Faculty of Dentistry in a province in the Black Sea Region. The study data were collected through face-to-face interviews with parents using a questionnaire. Parents participating in the study were provided with education aimed at preventing ECC using booklets, brochures, and videos. After the initial education, a video was sent to parents one month later, and the brochure three months later, and mobile-based reminders were sent in the following months. At the end of the sixth month, the effectiveness of the education was evaluated. The study data were analyzed using IBM SPSS v23, Jamovi 2.7.6, and R v4.4.1. Yates' continuity correction and the Monte Carlo-corrected Fisher's Exact test were used to examine relations between categorical variables. Multiple comparisons were analyzed using the Bonferroni-corrected Z test. The effects of independent variables on the dependent variable were examined using robust regression analysis with the MASS package. The statistical significance level is presented as $p < 0.05$. The results showed statistically significant differences between the experimental and control groups in terms of categorical variables according to pretest and posttest results ($p < 0.05$). Parents' knowledge and behavior scores regarding ECC increased significantly after the educational intervention ($p < 0.001$). According to the results of the robust regression analysis, the applied educational model was also found to be statistically significant ($F = 3.640$; $p < 0.001$). Based on these findings, it was concluded that parents' knowledge and behavior levels regarding ECC improved markedly following the educational intervention.

Keywords: Awareness, Child, Dental Caries, Education, Parents, Primary Tooth

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Okul öncesi çocukluk dönemi süt dişi çürükleri, bebeklik ve erken çocukluk sürecinde oldukça yüksek düzeyde rastlanan ve önlem alınabilen bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Erken çocukluk çağı dişi çürükleri (EÇÇ) dünya genelinde, yaygın olarak görülen bir sağlık sorunu olarak düşünülmektedir. Çocuklarında dişi çürüğü oluşumunun önlenmesi konusunda, ağız ve dişi sağlığını koruyucu uygulamalara alışkanlık kazandıracak olan ebeveynlerin tutumları, bebeklerde ağız ve dişi sağlığının ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu yüzden, hedef olarak önemli bir grubu temsil eden ebeveynlerin; fissür örtücü, flor, beslenme ve oral hijyen gibi ağız ve dişi sağlığı konusunda yapılan uygulamalar açısından bilgilendirilmelerinin, çocuklarda küçük yaşlarda çürük olasılığının belirlenmesinde ve muhtemel sorunların önüne geçilmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir (1-4). Bu sağlık probleminin, çocuklarda hem davranışsal hem de bedensel sağlığı etkilediği bilinmektedir. Erken süt dişi çürüklerinin nedenleri incelendiğinde; mikrobiyolojik etkenler, beslenme alışkanlıkları ve ağız hijyeni ile ilgili davranış faktörleri ile bireye bağlı risklerin önemli olduğu görülmektedir. Halk dilinde “biberon çürüğü” şeklinde de ifade edilen çocukluk çağı dişi çürükleri, çocukluğun erken dönemlerinde dişi sağlığına zarar veren beslenme davranışlarıyla yakından ilgilidir. Yürütülen araştırmalar neticesinde erken süt dişi çürüklerinin; dişi sağlığını olumsuz etkileyen beslenme davranışlarına sahip olan, düşük eğitim seviyesi olan, düşük sosyo-ekonomik durumu olan, dişi sağlığı konusunda bilgi düzeyi düşük olan ve dişi sağlığı hizmetlerinden faydalanamayan toplumlarda daha sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir (5, 6).

EÇÇ’nin ilk süt dişlerinin çıkmasından sonra oluşması ve hızlı ilerlemesi; ilk olarak üst çene kesici dişlerini, bunun yanında köpek ve azı dişlerini de olumsuz etkilemektedir. Bunun sonrasında da alt çene kesici dişlerin sağlığı da bozulmaktadır (7, 8). Dişlerdeki çürükler için tedbir alınmadığı takdirde; beslenme yetersizliği, maloklüzyon, apse, iltihap, ağrı, rampant çürükler ve erken süt dişi kayıpları oluşabilmektedir. Bunun yanında sindirim sistemi bozuklukları, konuşma problemleri ve büyüme gelişme geriliği benzeri somatik ve bedensel sorunlar, çocukta özsaygı eksikliği, okula devam problemi, okuldaki öğrenim sürecinde dikkat eksikliği ve benzeri kişisel problemler, sağlık bakımı yetersiz olan bireylerde de muhtemel sistemsel problemler ve bu nedenlerden dolayı yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlar oluşabilmektedir (9). Bu yüzden, günümüzde ebeveynlerin eğitimini öne çıkaran önleyici bir tutum benimsenmesi sayesinde, çocukluk çağı süt dişi çürükleriyle

etkin mücadele edilerek çocuklarda ağız ve diş sağlığı konusunda yeterli koruma ve gelişim sağlanabilmektedir (10). Ülkemizde de EÇÇ konusunda doğum öncesi dönemden başlayarak multidisipliner, düzenli, erişilebilir, detaylı ve aile odaklı bakıma gereksinim duyulmaktadır. Bu konuda riskli grupların tespit edilmesi, değerlendirilmesi, bu gruplara uygun iyileştirici ve önleyici yaklaşımların planlanmasıyla; süt çocukluğu döneminden itibaren EÇÇ konusunda yapılacak olan tedavi masraflarının, hastalığın oluşma sıklığının ve şiddetinin azaltılması amaçlanmaktadır (11-14).

Ebeveynlerin yanlış uygulamaları nedeniyle EÇÇ'nin görülme düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Günlük olarak fazla miktarda fermente olabilen karbonhidratların tüketilmesi, normalden fazla şekerli besin alınması, gece yatmadan önce özellikle asit oluşumuna ve çürüklere neden olabilen devam sütlerinin ve şekerli içeceklerin biberonla verilmesi, emziğin şekerli besinlere bulaştırılarak kullanımı gibi hatalı yaklaşımlar bakterilerin üremesini ve diş çürüğü enfeksiyonunu artırmaktadır (15, 16). Bunun yanında, eksik florür uygulaması yapılan ve biberon yardımıyla beslenen çocuklarda, anne sütüyle beslenen çocuklara oranla daha fazla EÇÇ görüldüğü belirlenmiştir (17, 18).

Gerekli tedavisi yapılmayan süt dişi çürüklerinin ağız ve diş sağlığını etkilemesinin yanında, çocuğun yaşam kalitesini azalttığı ve vücudun diğer sistemlerinin de etkilenmesiyle genel sağlıkta da bozulmalara neden olduğu tespit edilmiştir. Sonuç itibarıyla; ülkemiz genelinde çocuklarla ilgili erişilebilir, aile öncelikli ve çok disiplinli sağlık hizmetlerine olan gereksinim artmaktadır. Bu nedenle, çocukluk dönemi süt dişi çürüklerinin önüne geçilebilmesi amacıyla hamileliğin başlangıcından itibaren ilk olarak anneye, sonrasında da çocuğun bakımıyla ilgilenen kişilere bu konuda eğitim verilmelidir (12, 19).

Imogene Martina King'in kuramının kavramsal çerçevesi; bireysel, bireylerarası ve toplumla ilgili sistemlerden oluşmaktadır. Bireysel sistem hem her bireyi hem de hemşireyi, bireylerarası sistem, belirli bir amaç ve zamana bağlı olarak iki ya da daha çok bireyin etkileşimlerini ve toplumsal sistem ise bireylerin ortak bir hedef için meydana getirdikleri büyük grupları ifade etmektedir. King'in amaca ulaşma kuramı, kişiler arasında var olan bireylerarası sistem ve etkileşimler üzerinde etkili olmuştur. Kişilerarası sistemde genellikle birbirine yabancı olan iki kişi, yardım almak ve yardım etmek amacıyla sağlık bakımı sisteminde bir araya gelirler (20, 21). Hemşirelik alanındaki son gelişmeler içerisinde sağlık rehberliği ve sağlık eğitimi, en az hastalık durumundaki bakım kadar öne çıkmaya başlamıştır (22). King, hemşirelerin amaca ulaşmada alternatif yöntemler kullanmaları, ortak

amaçlar için düzenlemelerde bulunmaları ve amaca ulaşmada başarılı olup olunmadığını değerlendirmeleri gerektiğini vurgulamıştır. King ayrıca, amaca ulaşma kuramında, hemşirenin bireylerin kendi sağlıkları konusundaki bilgi düzeylerini, düşüncelerini, duygu durumlarını ve sağlıklarını sürdürebilmek amacıyla nasıl davrandıklarını dikkate almaları gerektiğini ifade etmiştir (23). Bunun yanında, King'in amaca ulaşma kuramına göre ağız ve diş sağlığı konusunda ebeveynlerle iletişim halinde bulunulması, ayrıca hedefler belirlenerek harekete geçilmesi gerektiği vurgulanmıştır (24).

EÇÇ'nin önlenmesine yönelik verilen eğitim, sonraki yaşlarda diş çürüğü yönetimi konusunda ebeveynlere bilgi ve farkındalık kazandırılmasını sağlayacaktır. Bu da King'in kuramına göre hemşirenin gerçekleştirdiği amaca odaklanan ve kişiselleştirilmiş sağlık eğitimi sayesinde mümkün olabilecektir. King'in kuramı, hemşirelikte bilimsel ilerlemenin bir parçası olarak geliştirilmiş olup, doğru eğitim yöntemlerinin seçilmesine ve öğrenmeyi kolaylaştırarak verilen eğitim ile ebeveynin EÇÇ'nin önlenmesi konusundaki yetkinliğini artırmaktadır. Ebeveynlere verilecek kuram temelli ağız ve diş sağlığı eğitiminde, ilk olarak çocukluk çağı süt dişi çürüklerinin önüne geçebilmek için anne-babaların bu konudaki bilgi düzeylerinin ortaya konulmasına ihtiyaç vardır. Bu araştırmada, çocukluk döneminde görülen erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi amacıyla ebeveynlerin bilgi düzeylerinin belirlenmesi, eğitim yoluyla diş çürüklerine ilişkin farkındalıklarının artırılması ve bu doğrultuda doğru ağız ve diş bakımı alışkanlıklarının kazandırılması amaçlandı.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Amaca ulaşma kuramı çerçevesinde, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik verilen eğitimin ebeveynlerin bilgi düzeyine etkisi vardır.

H2: Amaca ulaşma kuramı çerçevesinde, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik verilen eğitimin ebeveynlerin davranış düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Diş Sağlığı

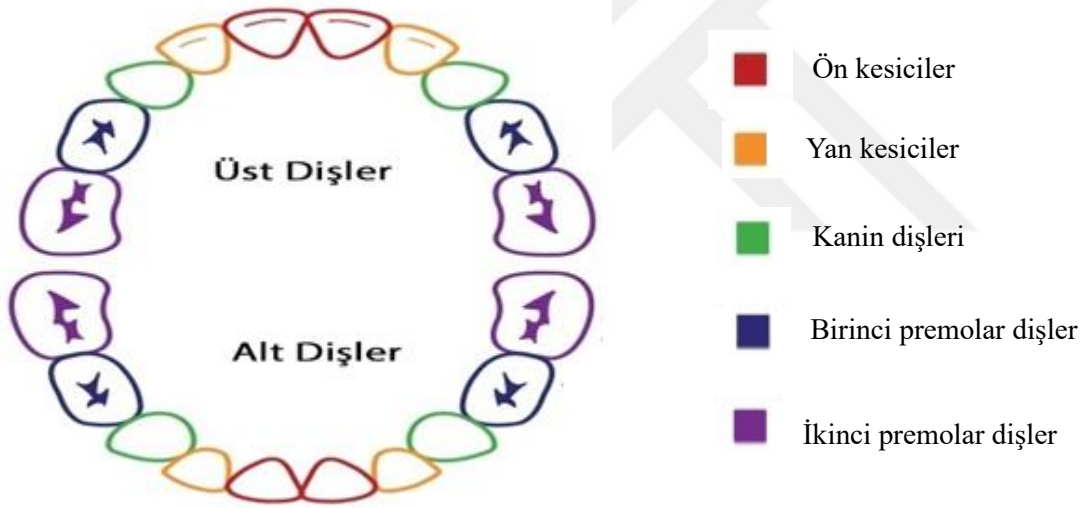
2.1.1. Dişlerin Görevi ve Yapısı

Besinlerin sindirimi ağızda başlamakta ve dişler besinlerin koparılmasını, ufalanıp parçalanmasını sağlamaktadır. Ayrıca dişler çiğneme, konuşma ve gülümsemeye yardımcı olmakla birlikte, dişlerin bir diğer görevi de kendini çevreleyen destek dokuları korumak ve gelişmelerini sağlamaktır (25). Süt dişlerinde ortaya çıkan ve ilerleyen dönemlerde devam eden oral ve dental problemler, çocukluk çağında büyüme ve gelişimin hızlı seyrettiği erken çocukluk döneminde fiziksel ve fonksiyonel gelişimi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (26). Dişler, farklı yapı ve işlevlere sahip dokulardan oluşmaktadır. Dişin en dış tabakası olan mine (enamel), vücudun en sert dokusu olup dişi dış etkenlere karşı korumaktadır. Mine tabakasının altında yer alan dentin, dişin büyük bir kısmını oluşturmakta ve mineye göre daha az mineralize yapısı nedeniyle daha yumuşak özellik göstermektedir. Dişin merkezinde bulunan pulpa dokusu ise sinirler ve kan damarlarından oluşan yumuşak bir bağ dokusu olup dişin beslenmesi ve duyu fonksiyonlarından sorumludur. Diş eti (gingiva), dişi çevreleyen ve destekleyen yumuşak dokudur. Dişleri çevreleyen ve alveol içerisinde tutan kemik yapı ise dişlerin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır (27).

2.1.2. Çocuklarda Diş Sürme Zamanları

Diş sürme zamanı, çocukların büyüme ve gelişmesinin doğal bir parçası olan fizyolojik bir süreçtir (28). Çocukların diş sürme evresi, devam eden ve karmaşık bir süreç olması sebebiyle prenatal dönemde ve postnatal dönemde aile öyküsü; çevresel, konjenital ve genetik faktörlerden, doğum özelliğinden, sistemik hastalık varlığından, boy ve kilosundan, beslenmesinden, cinsiyetinden, sosyoekonomik durumundan ve iklimsel değişikliklerden etkilenmektedir. Sağlıklı bir diş yapısına sahip olmak için çocuklarda tiroid hormonu yeterli olmalıdır. Süt dişlerinin çıkışındaki gecikmeler; hipotiroidi, hipoparatiroidi, ailesel ve idiopatik nedenlere bağlı olabilmektedir. Ayrıca, Raşitizm gibi D vitamini yetersizliğine bağlı hastalıklarda da diş sürme sürecinde gecikmeler görülebilmektedir. Bu nedenle, çocuklarda dişlerin sürme zamanı bireysel farklılık göstermektedir (29, 30). Özellikle erken ergenlik, diyabet, konjenital adrenal hiperplazi, hemifasiyal hipertrofi gibi çeşitli sistemik hastalıklar, dişlerin sürme hızını artırırken; gluten enteropatisi (çölyak hastalığı), anemi, fenitoin kullanımı, kemoterapi uygulamaları, oral yarık varlığı, serebral palsi ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi hastalıklar diş sürme hızında gecikmeye

neden olmaktadır (31, 32). Diş gelişimi; mineralizasyon süreci, süt dişlerinin çıkması ve yerini kalıcı dişlerin alması şeklinde sıralı bir süreçten oluşmaktadır. İlk mineralizasyon intrauterin dönemde başlamaktadır. Mineralizasyon dişin taç kısmından başlar ve köke doğru ilerler. İlk olarak alt ön kesiciler, ardından üst ön kesiciler, sonrasında üst yan kesiciler, daha sonrasında da alt yan kesiciler çıkmaktadır. Bunları sırasıyla birinci premolar, kanin ve ikinci premolar süt dişleri izlemektedir. Bebeklerde ilk dişler çıkmadan önce ağızda salya akması ve damaklarda kaşıntı görülmektedir (33). Süt dişleri beyaz ve opak renkte görünmektedir ve bebeklerde ilk dişler yaklaşık olarak 6 aylıkken çıkmaya başlamaktadır. Yirmi dört-otuzuncu aylarda ise toplam 20 adet süt dişi tamamlanmaktadır. Altı-yedi yaşlarında ise süt dişleri yerlerini kalıcı dişlerle değiştirmeye başlamakta ve bu değişim 12-13 yaşlarına kadar devam etmektedir (Şekil 1) (34, 35).



Şekil 1. Süt dişlerinde gelişim (ADA'dan, 36)

2.2. Süt Dişlerinin Önemi

Ağız-diş sağlığı kavramı, dişler ve çevresinde bulunan tüm dokuların hem korunması hem de tedavi edilmesini kapsamaktadır. Ağız-diş sağlığı her bireyin genel sağlık düzeylerinin ve toplumun refah düzeyinin ayrılmaz bir parçasıdır (37). Ağız sağlığı sadece yaşam kalitesini artırmakla kalmayıp çeşitli hastalıkların önlenmesine ve genel sağlığın sürdürülmesine de katkıda bulunmaktadır (38). Gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde koruyucu ağız sağlığı uygulamaları yeterince yaygınlaştırılamamış olmasına rağmen, ağız

hijyeni; bireylerin benlik saygısı, beslenme, konuşma ve genel sağlık düzeyi üzerinde belirleyici bir rol oynamakta olup, genel iyilik halini doğrudan etkilemektedir (39). Süt dişleri; çocukların beslenmesine, konuşmasına ve çene gelişimine estetik yönden katkı sağlamasının yanı sıra, sonradan sürececek olan sürekli dişlerin yerlerini korumaları amacıyla yer tutmada da görev almaktadır. Süt dişlerinde oluşan bir çürük, özellikle enfeksiyon oluşumu, kronik ağrı ve başka problemlere sebep olabileceğinden çocuk sağlığı açısından oldukça önemli görülmektedir (40). Süt dişi çürüklerinde ortaya çıkan ağrıya bağlı olarak çocuklar yemek yemede güçlük yaşamaktadırlar. Ayrıca süt dişlerinin erken kaybedilmesi beslenme sorunlarına yol açtığı için, çocuklarda büyüme ve gelişme olumsuz etkilenebilmektedir (25, 41, 42).

Süt dişleri ayrıca konuşma açısından oldukça önemlidir. Okul öncesi dönemde ön dişlerin eksikliğinde, anormal dil alışkanlıkları ve konuşma bozuklukları ortaya çıkmakta, özellikle f, v, s, z ve t seslerinin doğru artikülasyonu tam olarak sağlanamamaktadır. Süt dişleri çocuklar için estetik öneme sahip olduğu için, eksikliğinde ciddi estetik kaygı oluşturmakta ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Buna ek olarak süt dişleri çene ve yüz gelişimini sağlamaktadır ve yerlerine sürececek olan kalıcı dişlere rehberlik ederek yerlerini korumaktadır (42, 43). Enfekte olmuş süt dişi, yerine gelecek olan kalıcı dişlerin de enfekte olmasına neden olacağından, süt dişlerine önem gösterilmeli, temizlenmeli ve çürük gelişimi engellenmelidir. Bu nedenle, ebeveynlerin konuya yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitim müdahaleleri önem taşımaktadır (25). Ayrıca ilerleyen dönemlerde süt dişlerinin erken kaybedilmesi nedeniyle ortodontik ve periodontal sorunların beraberinde, diş hekimleri ile erken tanışmanın verdiği şiddetli korkuya bağlı olarak çocuklarda diş hekimi fobisi gelişebilmektedir (44, 45). Özellikle kronik hastalığa sahip olan ve özel bakım gereksinimli çocukların ebeveynleri, çocuklarının genel sağlık problemleri ile uğraşırken ağız ve diş sağlığını göz ardı edebilmektedirler. Bu nedenle bu gruptaki çocuklar EÇÇ bakımından yüksek risk grubundadırlar (46). Özel gereksinimli çocuklarda ve özellikle çiğneme ve yutkunma problemi olan çocukların beslenmesinde, genellikle püre kıvamında ve yapışkan gıdalar tercih edilmesi, dişlerde yapışmaya ve çok daha hızlı çürük oluşumuna neden olmaktadır (47). Özel bakım gereksinimli çocuklar, ağız bakımlarını kendi başlarına yapamadıkları için bu konuda anne ve babalarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocukların gündelik diş temizliğine bakıcıları veya ebeveynleri tarafından özel bir çaba sarf edilmesi gerekir. Süt dişi çürüklerinin önlenmesinde en önemli strateji; bakteriyel bulaşın engellenmesi, diyetteki şeker tüketiminin kısıtlanması, dişlerin florür içeren diş

macunlarıyla fırçalanması, topikal florür uygulanması ve düzenli diş hekimi ziyaretlerinin gerçekleştirilmesidir (48, 49). Çürük oluşumu çocuklarda önlenemez ise diş ağrısı, uyku sorunları, konsantrasyon problemleri, öğrenme güçlüğü, genel sağlık sorunları, okul devamsızlığı, iştahsızlık ve oral alımda güçlük meydana gelmektedir. Bu durumda da beslenmenin olumsuz etkilenmesi ve benlik saygısının azalması gibi sorunlar oluşmakta, ayrıca çocuk ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (50-53). Sonuç olarak, süt dişleri genel sağlığın bir parçası olması sebebiyle tedavi edilmelidir. EÇÇ'nin önlenmesinde interdisipliner bir şekilde koruyucu uygulamalar benimsenmeli ve eğitimin ön planda olduğu bir yaklaşım sergilenmelidir (54).

2.3. Diş Çürüğünün Tanımı ve Patogenezi

Diş çürükleri, dünya çapında bebekler ve okul öncesi çocuklarda yaygın olarak görülen önlenabilir halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir (55). Diş çürükleri, dişin bakteriyel bir enfeksiyonu olup dişin en dış tabakası olan mine (enamel) tabakasından başlayarak mine tabakasının altında bulunan dentin tabakası ve nadiren de kök yüzeyini saran sert dokuya ilerleyerek dişlerin tahrip olmasıdır (56). Ayrıca diş çürüğü, dental plak içerisinde yer alan karyojenik bakterilerin karbonhidratları metabolize etmesi sonucu oluşan asitlerin diş dokularında demineralizasyona yol açmasıyla gelişen bakteriyel bir hastalıktır (57). Diş çürüğü etiolojisinde dört temel bileşenden söz edilmektedir. Bu bileşenlerin içerisinde; dental plak, karyojenik mikroorganizmalar, konak faktörler (diş, tükürük), zaman ve diyet yer almaktadır. Tükürüğün görevi; ağız boşluğu içindeki bakteri sayısını ve diş yüzeyindeki asit miktarını azaltmak, mukozayı nemlendirmek, ağzın pH'sını düzenlemek ve yiyecekleri sindirerek ağız hijyenine önemli katkılarda bulunmaktır (58). Eğer bu bileşenlerden herhangi birisi eksik ise çürük meydana gelmektedir. Ayrıca diş çürüğü oluşumuna, ailenin sosyokültürel durumu, ekonomik durumu, eğitim seviyesi, gelir seviyesi, beslenme özellikleri, bağışıklık sistemi, çevresel faktörler, sistemik hastalık varlığı, genetik yapısı, tükürük akış kalitesi ve hızı, florür kullanım durumu ve ağız bakımı uygulama durumu gibi birçok faktör de etki etmektedir (59-62). Dişlerin hızlı bir şekilde çürümesinin başlıca nedenleri arasında ağız hijyeninin yetersizliği ve gerekli diş tedavilerinin yapılmaması bulunmaktadır (63, 64). Özellikle sağlıklı dişlere sahip olmak ve diş çürüklerinin kontrol altına alınabilmesi için, diş çürüklerinden korunma bilinci geliştirilmeli ve gerekli tedavi uygulamalarının gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır (65).

2.4. Erken Çocukluk Çağı Diş Çürüklerinin Tanımı ve Kullanılan İndeksler

Erken yaştaki çocuklarda görülen diş çürüğü oluşumu; “nursing caries”, “milk bottle syndrome”, “baby bottle tooth decay” veya “biberon çürüğü” olarak da isimlendirilmektedir (66). Amerikan Pediatrik Diş Hekimleri Akademisi (AAPD), erken süt dişi çürüğünü “yetmiş bir aylık veya daha küçük bir çocukta oluşan, birden çok çürüğe bağlı lezyon varlığı, çürüyen dişlerin kaybedilmesi ya da herhangi bir süt dişinin dolgulu diş yüzeyi varlığına sahip olması” olarak tanımlamıştır (25). Diş çürüklerini tanılamada en sık kullanılan terim DMFS/DMFT indeksleridir. DMFS indeksi dişlerin çürük şiddetinin belirlenmesinde, DMFT indeksi ise diş çürüklerinin prevalansında kullanılmaktadır. DMFT (çürük, çekilmiş ve dolgulu daimî diş sayısı) indeksi; “D”, çürük dişlerin toplam sayısını belirtir ve dolgu yapılan dişi ve yeniden çürüyen dişi, yalnızca ağızda kökü kalan dişi, geçici dolgu yapılan dişi ve bir yüzeyi dolgulu diğer kısmı çürümüş dişleri kapsamaktadır. “M”, çürüğe bağlı olarak gelişmiş olan diş kayıplarını belirtir ve çürük dışı nedenlerle çekilmiş dişleri, ortodontik tedavi, gömülü sıkışan dişleri, çıkmamış dişleri, konjenital olarak eksik olan dişleri, travma ya da kaza sonucu kaybedilen dişleri ve periodontal hastalıkları kapsamaktadır. “F” ise çürüğe bağlı olarak dolgu yapılan dişlerin sayısını ifade etmektedir ve travma, kırık, hipoplazi, fissür onarımı ve önleyici dolgu yapılan dişleri kapsamaktadır. Şiddetli EÇÇ ise, DMFS skorunun (çürük, çürüğe bağlı kaybedilmiş ve dolgulu yüzey sayısı) 3 yaşındaki çocuklarda 4 ve üzerinde, 4 yaşındaki çocuklarda 5 ve üzerinde, 5 yaşındaki çocuklarda ise 6 ve üzerinde olması olarak tanımlanmıştır. Maksimum skorlar DMFT için 20, DMFS için ise 88 olabilmektedir (25, 67).

2.5. Diş Çürüğü Etiyolojisi

2.5.1. Mikrobiyolojik Risk Faktörleri

Diş çürüğünün ortaya çıkmasında; laktobasiller, aktinomisetler, *Streptococcus mutans* ve *Candida albicans* gibi karyojenik bakterilerin önemli rol oynadığı varsayılmaktadır. Laktobasiller ve *S. mutans*’lar düşük pH ortamlarında hayatta kalabilme ve çoğalabilme özelliğine sahiptir (68). *S. mutans*’ların, başlangıç aşamasındaki çürüklerden, laktobasillerin dentin tabakasındaki çürüklerden, aktinomisetlerin ise diş kök çürüğünün lezyonlarından sorumlu olduğu düşünülmektedir (69). Özellikle yapılan bazı araştırmalarda ağızda bulunan *S. mutans* seviyesinin çocuklarda görülen çürük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (70-72). Yapılan bir araştırmada, *S. mutans*’ların dişin epiteliyal tabakasına tutunma oranının çok az olduğu, özellikle bebeklerin ağızında diş bulunmadığı

için kolonize olamayacağı düşünülmekteydi (73). Fakat sonradan yapılan araştırmalarda, *S. mutans*'ın dişi olmayan bebeklerde dahi ağızda kolonizasyona neden olabileceği ve annelerin tükürüklerinde bulunan fazla miktarda *S. mutans*'ın, anneden bebeğe enfekte tükürük teması sonucu vertikal geçişiyle bebeklerde enfeksiyon riskinin artabileceği saptanmıştır (73, 74). *S. mutans* geçişinin primer kaynağı olan annelerin ya da bakıcıların, bebeklerini dudaklarından öpmeleri, bebeklerle ortak kaşık kullanılması, yemeğin ısı kontrolü için kaşığın tadılması ya da bebeklerin emziğini ebeveynin kendi ağzına götürerek temizlemesi durumunda bebeğe bakteri geçişi gerçekleşmektedir (75, 76). Erkek ve kız kardeşler ya da diğer çocuklar arasında oyuncakların paylaşılması veya emziklerinin takas edilmesi de *S. mutans*'ın yatay bulaşmasına zemin hazırlamaktadır (76). Çocuklarda, süt dişi çürüklerinin gelişiminin azaltılmasında en önemli faktör, anneden ya da bakıcılardan *S. mutans* geçişini ve kolonizasyonunu engellemektir (77).

2.5.2. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik seviyesi düşük bazı gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde süt dişi çürüklerine oldukça sık rastlanmaktadır. Bununla beraber sosyoekonomik seviyesi düşük olan ülkelerin diş çürüğü görülme olasılığının özellikle son dönemlerde yükselmesi ve hala güncelliğini koruması dikkate değer bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise sosyoekonomik nedenlerin beraberinde getirdiği; sağlıksız beslenme, yetersiz diş hekimliği ziyaretleri ve yetersiz ağız bakım alışkanlıkları gibi nedenlerden ötürü dişlerde çürük oluşma oranının arttığı saptanmıştır (78, 79).

2.5.3. Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları

2.5.3.1. Şeker Tüketimi

Süt dişi çürüklerinin oluşumunun ve ilerlemesinin temel nedenleri arasında nişasta ve şeker gibi fermente karbonhidratların tüketimi gelmektedir (80). Özellikle aşırı meyve suyu, şekerli içecek ve gıdaların sık aralıklarla tüketilmesi okul öncesi dönemde süt dişi çürüklerinin başlıca nedenini oluşturmaktadır (81). Şekere maruz kalmanın ortalama süresi 20-40 dakika olmakla birlikte, bu süre aşıldığında asit üretimi başlamakta ve diş minesine zarar vermektedir. Basit yapıli şekerlerden rafine edilmiş glikoz, sakkaroz ve fruktoz gibi karbonhidratların da diş çürüğünün oluşumunda etkisi bulunmaktadır (82). Yapılan bir araştırmada şeker tüketim sıklığının önemli olduğu ve gün içerisinde şeker içeren içecek ve yiyecek tüketiminin günde üçten fazlayı geçmesinin çürük oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır. Tükürük, çürükleri önlemede en önemli savunma mekanizmasıdır. Özellikle

tükürük akışının gece saatlerinde azalması nedeniyle biberonlara şeker ilave edilmiş besinlerin konulmasının, ayrıca emziklerin şekere batırılarak bebeklere verilmesinin, *S. mutans* enfeksiyonunun kolonizasyonunu artırdığı bulunmuştur (83).

2.5.3.2. Biberon ve Emzik Kullanımı

Bebeklerde emzik kullanımının mümkün olduğunca sınırlandırılması önerilmektedir. Ebeveynlerin, bebeklerine emzik kullanımı durumunda yalnızca uykuya dalma sürecinde emzik vermeleri ve bebek uykuya daldıktan sonra emziğin ağızdan çıkarılması gerekmektedir. Emziklerin 3-3.5 yaşına kadar kullanılması, kalıcı ağız ve diş bozuklukları ve dişlerin erkenden çürümesine neden olmaktadır. Ayrıca bebeklerde biberon kullanımı ön dişlerde erken dönemde süt dişi çürüklerine sebep olduğu için önerilmemektedir. Biberon kullanımı tıpkı emzik kullanımı gibi, ağız ve diş yapısının bozulmasına neden olabilmektedir (84). Emzik ya da biberon kullanılması ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkileyerek çene kapanış bozukluklarına (maloklüzyonlara) neden olabilmektedir (83, 85).

2.5.3.3. Emzirme ve Anne Sütü

Anne sütü, bebeklerde büyüme ve gelişme için gereken bütün besin maddelerini içeren en ideal besindir. Anne sütünde lipitler, proteinler, karbonhidratlar, vitaminler, hormonlar, büyüme faktörü, makrofajlar, nötrofiller, epitelyal hücreler, lenfositler gibi çok sayıda bileşenler, mikroRNA ve kök hücreler de bulunmaktadır. Anne sütünün içeriğinde bulunan bu bileşenler tüm vücut bölümlerinde büyüme ve gelişmeyi sağlamakta, bağışıklık sisteminin aktivasyonunu gerçekleştirmekte, antiinflamatuvar ve antibakteriyel etkiler göstermekte ve sindirim sisteminin işleyişine yardımcı olmaktadır (86, 87). Özellikle anne sütünün içeriğinde yüksek oranda bulunan ve savunmada aktif rol oynayan IgA antikoru ve lizozim enzimi, genel sağlığın ve ağız sağlığının korunmasında aktif rol oynamaktadır (88). Anne sütünde bulunan laktoferrin, antibakteriyel etkinlik göstererek *S. mutans*'ların dişin yüzeyine yapışmasına engel olmaktadır. Ayrıca kazein gibi diğer bileşenler de çürük önlemede aktif rol oynamaktadır (89).

Amerikan Pediatri Akademisi, yaklaşık 6 ay boyunca yalnızca emzirme, ardından tamamlayıcı gıdalara geçilerek emzirmeye devam edilmesi ve emzirmeye 1 yıl süreyle devam edilmesini önermektedir. Ayrıca, anne ve bebeğin karşılıklı olarak arzu ettiği süreden daha fazla zaman anne sütüyle emzirme de tavsiye edilmektedir (85, 90). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve BM Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ise bebeğin doğumundan sonraki ilk 6 aylık dönemde yalnızca anne sütüyle beslenmesini, yedinci ayından itibaren iki yaşına

kadar da ilave besinlerle birlikte emzirmenin sürdürülmesini önermektedir (91). Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (AAPD), 12. aydan itibaren bebeklerin, günde yedi defa veya daha çok emzirilmesinin diş çürüğü oluşum risklerini artırabildiğinden bahsetmektedir (57). Sistematik bir derleme ve meta-analiz araştırmasına göre on iki aydan küçük olan bebeklerde sık aralıklarla ve uzun süre emzirilenlerin daha düşük düzeyde süt dişi çürüğüne sahip olduğu görülmüştür. Bunun yanında, on ikinci aydan sonra da emzirmeye devam edilmesinin bebeklerde süt dişi çürüğü sıklığında artışa sebep olduğu saptanmıştır. Ayrıca, emzirilen bebekler arasında gece emzirilen bebeklerin diğerlerine oranla süt dişi çürüğü konusunda daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, ebeveynlerin koruyucu diş hekimliği uygulamalarına yönelik bilgiler ve öneriler doğrultusunda eğitilmesinin ve ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğunu belirtilmektedir (92).

2.5.3.4. Çocuklarda Sık Görülen Kötü Ağız Sağlığı Alışkanlıkları

Psikoseksüel gelişim kuramında Freud, bağımlılık davranışının gelişmesinde etkili olan ve 0-1 yaş arası dönemde oluşan, temel haz kaynağı emme davranışı olan oral dönemi vurgulamıştır. Bu yaş döneminde bebek ve bakım vericiler arasındaki etkileşimlerde aşırı doyurulma ya da yetersiz doyum gibi durumlar nedeniyle sağlıklı biçimde tamamlanamayan oral dönemin, çocuğun benlik gelişimini olumsuz etkileyebileceği ve ilerleyen süreçte çeşitli psikolojik sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Bu durum oral fiksasyon şeklinde tanımlanmakta ve bu durumun pasif bağımlı kişilik durumu, ayrılık endişesi, oral parafonksiyonel davranışlar şeklinde tanımlanan vazgeçilemeyen emzik ve parmak emme, tırnakları yeme, dudak ve yanak ısırılması, sık sık yeme, kalemi ısırma ve sigara kullanma alışkanlığı gibi davranışlarla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (26, 93). Parmakları emme davranışı sağlıklı bireylerde, herhangi bir neden olmadan üç veya dört yaşına dek görülebilen bir alışkanlıktır. Bu alışkanlığın, bireyin çevresini keşfetme ve tanıma ihtiyacından doğduğu kabul edilmektedir. Parmak emmek zararsız bir davranış olmakla birlikte hemen hemen tüm bebeklerde görülmektedir. Bebekler diş çıkartırken, uykuya dalarken, zorluklarla karşılaştıklarında, utandıklarında veya sıkıldıklarında parmak emebilirler. Ortalama 18. ay civarında başlayan parmak emme davranışının çocuklarda dört yaşında kaybolması beklenir. Parmak emmenin en geç 5-6 yaşlarında sona ermesinin zararlı olmadığı fakat bu yaşlardan sonra parmak emme davranışının devam etmesinin özellikle alt ve üst dişlerin geri itilmesine ve dişlerde deformasyonlara neden olduğu belirtilmektedir

(94). Bu nedenle dört yaş ve üzerindeki bireyler sık sık uzmanlar tarafından değerlendirilmeli ve uygun tedavi programına alınmalıdırlar (95). Ayrıca parmak emme davranışı olan bireylerde, emilen parmağın yapısında önemli düzeyde bozulma ve tahriş, ağız ve diş yapılarında bozulmalar ve bu durumlar sonucu oluşan ses ve konuşma bozuklukları görülmektedir (96).

Çocuklarda sık görülen psikososyal sorunlardan biri de tırnak yeme davranışıdır. Tırnakların yenmesi, bir ya da daha çok parmağın ağıza sokulması ve tırnağın dişler vasıtasıyla ısırılması şeklinde ifade edilmekte ve tıpta onikofaji terimiyle isimlendirilmektedir. Genellikle 3-4 yaşından önce rastlanmayan tırnak yeme alışkanlığı çocukların %33'ünde görülür ve ergenlik çağına artmaktadır. Tırnakların yenmesi temelde bir güvensizlik işareti olarak düşünülmektedir (97). Tırnak yeme alışkanlığı psikolojik kökenlidir. Hangi dönemde olursa olsun altta yatan nedenler araştırılmalı ve ortadan kaldırılmalıdır (93). Çocuklarda davranış sorunları oluşmasında, ebeveyn ile çocuklar arasında karşılıklı ilişkinin önemi oldukça fazladır. Otoriter ve gereğinden fazla baskıcı bir aile içerisinde bulunma, bireyin sürekli eleştirilmesi ve azarlanması, sevgisizlik, ilgisizlik ve kıskançlık yaşama, çocukların üstesinden gelemediği endişe, korku, aşağılık ve yalnızlık hissi gibi etkenler tırnak yeme alışkanlığının oluşmasına sebep olabilmektedir (98). Kötü ağız sağlığı alışkanlıkları; çocukluk çağına parmakların emilmesi, tırnakların yenmesi, dişlerin gıcırdatılması, dudakların, yanakların ve sert cisimlerin ısırılması gibi alışkanlıklardır. Kötü ağız sağlığı davranışları, psikolojik yönden herhangi bir bozukluğun göstergesi olmayabileceği gibi duygusal nedenlerden dolayı da oluşabilmektedir. Sonuç olarak kötü ağız sağlığı alışkanlıkları kısa ve uzun dönemde çocuk için olumsuz sonuçlara neden olarak, ağız ve diş sağlığını ve ağız-çene yapısını olumsuz etkileyerek kapanış bozukluklarına (maloklüzyonlara) neden olabilmektedir (99).

2.5.3.5. Ebeveynlere Ait Faktörler

Dişlerin oluşum aşaması ve gelişimi gebeliğin ilk aylarında, anne karnında başlamaktadır. Annenin gebelik süresi boyunca geçirdiği hastalıklar ve kullandığı ilaçlar bebeğin ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Gebelik boyunca annenin geçirmiş olduğu viral enfeksiyonlar dişin mineralizasyonunu bozmakta ve kalsifiye olamadığı için süt dişlerinde çürük gelişim riskini artırmaktadır (100). Amerikan Pediatri Akademisi tarafından yayınlanan EÇÇ riskleri değerlendirme aracında, ebeveynlerde son 12

ayda yeni diş çürüğü lezyonlarının oluşması ve düzenli olarak bir diş hekimi kontrolüne gidilmemesi yüksek oranda riskli kategori olarak değerlendirilmektedir (25, 101).

Yapılan araştırmalarda annenin sigara kullanım durumunun, annede diş kaybı bulunmasının, annenin sık aralıklarla doğum yapmasının, ebeveynlerin düşük eğitim seviyelerinin, etnik kökenlerinin, anne ve bakıcılarının tükürüklerinde *S. mutans* düzeyinin yüksek bulunmasının diş çürükleri ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (102-107). Pasif içiciliğin de bağışıklık sistemi ve tükürük kalitesi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (108). Ayrıca yapılan bir araştırmada görüldüğü gibi ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı eğitimi alma durumlarının, çürük vakalarının azaltılmasında önemli olduğu saptanmıştır (109).

2.6. Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesi İçin Yapılması Gereken Uygulamalar

2.6.1. Diş Fırçalama

Sağlıklı diş ve dişetlerine sahip olmak, düzenli bir oral hijyen alışkanlığı kazanmakla mümkün olabilmektedir. Oral hijyenin sağlanmasında da dişlerin fırçalanması önemli bir yer tutmaktadır. Diş fırçası dişlerin fırçalanması esnasında, dişeti ile dişlerin birleştiği bölgeye 45 derecelik açı yapacak şekilde yerleştirilmelidir. Dişler, hafif ve kısa hareketlerle dişeti üzerinden dişlere doğru süpürme hareketi şeklinde fırçalanmalı ve daire şeklinde küçük hareketlerle temizlenmelidir. Diş fırçası ıslatılmadan kullanılmalıdır. Diş fırçalama sırasında diş fırçası üzerine gerektiği kadar diş macunu konulduktan sonra dişlerin sırasıyla dış kısmı yani yanağa bakan kısmı, ağız boşluğuna bakan kısmı yani dile bakan yüzeyleri, sonrasında yemeklerin çiğnendiği üst kısımları temizlenmelidir. Dişler kapatılarak ön kesici dişlerin alt ve üst dış yüzeyleri 1 veya 2 dişi içerecek şekilde yuvarlak hareketlerle fırçalanmalıdır. Sonrasında ön kesici dişlerin, dile bakan iç kısımları fırçalanırken, üst dişlerde diş fırçası dik tutulmalı, alt dişlerde 45 derece açı ile yatay olarak yerleştirilmeli ve süpürme hareketi ile dişler temizlenmelidir. Sonrasında üst ve alt kesicilerin çiğneyici yüzeyleri ileri-geri süpürme hareketleri ile fırçalanmalıdır. Tüm dişlerin iç ve dış yüzeyleri, çiğneyici yüzeyleri olmak üzere önce ön kesiciler sonrasında sırasıyla sağ üst bölüm, sol üst bölüm, sağ alt bölüm ve sol alt bölüm olacak şekilde sırasıyla iyice fırçalanmalıdır (42). Diş fırçalaması sonrasında durulamanın mümkün olduğunca az (en az bir kez su ile çalkalama) ya da hiç olmaması önerilmektedir. Ayrıca, 0-3 yaş döneminde çocuklarda dil temizliğinin öğürme refleksini tetikleyebileceği göz önünde bulundurularak, diş fırçalama sırasında dil temizliği önerilmemektedir (110).

Süt dişi çürüklerinin oluşumunu önlemek amacıyla tüm çocuklara diş fırçalama alışkanlığı kazandırmak gerekmektedir. Yapılan bir araştırmada diş fırçalamanın, plak oluşumunu azalttığı ve periodontal hastalıkları da engellendiğı saptanmıştır (111). Ebeveynler, çocuklarını diş fırçalamaları esnasında gözlemlemeli, tavsiye edilen seviyede macun kullanmalarına ve diş macununu yutmamalarına dikkat etmelidirler (112). Diş temizliğinde ebeveyn desteğı oldukça önemlidir. Çocuklar ebeveynlerini rol model olarak diş fırçalamayı öğrenmektedirler. Çocuklar 5 yaşına kadar ebeveynleri ile birlikte dişlerini fırçalamalıdır. Beş-yedi yaş aralığındaki çocukların ebeveynleriyle birlikte diş fırçalamaları ve çocukların fırçalamakta zorlandığı arka dişlerini ya da ulaşmakta zorlandığı kısımları tekrar fırçalamaları sağlanmalıdır. Bu dönemde çocuk aktif bir rol üstlenmekte olup, diş fırçalama sürecinde ebeveynin rehberlik ve denetim sağlaması ve rol model olması gerekmektedir. Çocuklar, 8-10 yaşlarında ebeveynleriyle birlikte yaptıkları uygulamalar sayesinde artık tek başlarına dişlerini temizleyebilmektedirler (49, 112).

2.6.2. Diş Fırçası Seçimi ve Değışimi

Çocuklar için diş fırçası seçerken fırçanın boyutuna dikkat edilmelidir. Çocukların ağız büyüklüğüyle uyumlu ve yumuşak naylon kıllara sahip olan diş fırçaları tercih edilmelidir. Fırçanın baş kısmı, çocuğun ağızına uygun olmalıdır (57). Amerikan Diş Hekimleri Topluluğı (ADA), bakteri plağının önlenmesinde yıpranan diş fırçasının etkili olmayacağını, kılları bozulmuş diş fırçasının diş etine zararlı olabileceğini ve diş fırçasının üç aylık periyotlarda mutlaka değıştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (113, 114). Bebeklerde diş temizliğine ilk dişleri sürdüğünde başlanmalıdır. Ayrıca dişler (özellikle çiğneme yüzeyleri), bebeklerde kahvaltı sonrasında ve gece uykusu öncesinde ıslatılmış gazlı bez veya temiz bir tülbentle silinmelidir (8). Parmak fırçaların kullanılması da dişlerde ve oral mukozada travmaya neden olmadan kolayca bebeklerin ağızlarına girebilmeleri nedeniyle, çocuk diş hekimleri tarafından yenidoğanların ağız temizliğinde sıklıkla önerilmektedir (115).

2.6.3. Florürlü Diş Macunu Kullanımı

Çocuklarda EÇÇ'nin önlenmesinin en önemli stratejisi, dişlerin florürlü diş macunu ile fırçalanmasıdır. Amerikan Pediatri Akademisi, çocukların florürlü diş macunu kullanarak, günde iki defa olmak üzere yemeklerden sonra (sabah kahvaltısı sonrası ve gece yatmadan önce) dişlerini fırçalamalarını tavsiye etmektedir (110, 116). Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre de günde iki kez florür içeren diş macunuyla dişleri fırçalamanın 2-5

yaş arasındaki çocuklarda süt dişi çürüklerinin gelişimini azalttığı saptanmıştır (117-119). AAPD'nin önerilerine göre; 0-2 yaş çocuklarda ilk süt dişlerinin sürmesinden itibaren sürüntü şeklinde (1 000 ppm) florürlü diş macunu kullanılmaya başlanmalıdır. İki-altı yaş çocuklarda pirinç/mercimek tanesi büyüklüğünde florürlü diş macunu kullanılmalıdır (1 000 ppm veya risk yüksekse 1 000 ppm üzeri). Altı yaş ve üzeri çocuklarda bezelye tanesi veya fırçanın baş uzunluğu kadar florürlü diş macunu kullanılmalıdır (1 450 ppm) (120). Evde uygulanan günlük ağız bakımının temelini oluşturan florürlü diş macunu kullanımının yanı sıra, erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi ve azaltılmasında profesyonel koruyucu uygulamalar da önemli bir yer tutmaktadır. Bu kapsamda, düzenli diş hekimi ziyaretlerinin sürdürülmesi ve klinik koşullarda uygulanan topikal flor uygulamaları arasında yer alan flor vernik ve flor jel uygulamaları, çürük oluşumunun azaltılmasında etkili ve kanıta dayalı koruyucu uygulamalar arasında bulunmaktadır (3, 4).

2.7. Amaca Ulaşma Kuramı Çerçevesinde Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ağız sağlığına ilişkin 2023-2030 küresel stratejisi ve eylem planında, “ulaşılabilir en yüksek ağız sağlığı standartlarına ulaşmanın, her insanın temel hakkı olduğunu” kabul etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, tüm bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap veren ve mali sıkıntı yaşamadan kullanabilecekleri temel, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi sağlamayı ve ağız hastalıklarının önlenmesini güçlendirmeyi ve ağız sağlığı eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamıştır (121).

Imogene Martina King'in kuramı hemşireler tarafından uygulama, eğitim, araştırma, yönetim, aile bakımı ve toplum sağlığının korunması gibi pek çok alanda kullanılmaktadır. King'in kavramsal sistemi iletişime dayalı bir modeldir ve ebeveyn/hasta/sağlıklı birey ile hemşire arasında etkili iletişim ve etkileşimi sağlayarak sorunların algılanması ve başa çıkılmasını hedeflemektedir (122, 123). King'in amaca ulaşma kuramı ayrıca, ailelerin ebeveynlik rollerini yerine getirmesinde yol gösteren hedefler kuramıdır. Dolayısıyla hastalıkların önlenmesi ve erken sütü dişi çürüklerinin önüne geçilmesinde, ailelerin rollerini yerine getirebilmeleri için bu konuda bilgilendirilmeleri ve eğitime dayalı bir programın oluşturulması önemlidir (124). Yapılan bir sistematik araştırmada gerçekleştirilen ağız sağlığı eğitimlerinin, toplumun bilgi seviyelerinin artmasında ve diş fırçalama ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasında etkili olduğu saptanmıştır (125). Diş ve ağız bakım eğitimleri, ebeveyn ve çocukların diş ve ağız bakımı konusunda sahip oldukları bilgi, yetenek, tutum ve davranışlarını uygun hale getirmek için gerçekleştirilen öğrenme

etkinliğidir. Ebeveynlerin eğitim yolu ile bebeklikten itibaren çocuklarına sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmalarına odaklanılmaktadır (101, 126). AAPD tarafından da sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda sağlık profesyonelleri tarafından ebeveynlere çocuğun ağız diş sağlığı konusunda, çocuk doğduktan sonra eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (57). Özellikle çocuk sağlığına dayalı olan meslekler arasında hekimlik kadar hemşireler ve diğer sağlık mensuplarının da hastalıkların azaltılmasında etkisi büyüktür (101). Çocukların ve ebeveynlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlamada hemşireler önemli bir rol üstlenmektedir (127). Çocuklara temel ağız bakım alışkanlıkları kazandırılması kritik bir süreçtir. Bu süreçte çocuklara kişisel bakımlarını gerçekleştirebilmeleri için destek olunmalıdır (128). Erken çocukluk dönemindeki çocukların ağız ve diş sağlığı davranışlarının gelişmesi, ebeveynlerini rol model almalarıyla başlamaktadır (129). Bu nedenle EÇÇ'nin önlenmesinde en önemli ve yaygın yaklaşım ailelerin eğitilmesidir. Sıfır-beş yaş çocuklarda süt dişi çürüklerine neden olan risk faktörleri belirlenmeli ve ebeveynlere yönelik uygun eğitim gerçekleştirilmelidir. Sıfır-beş yaş çocuklarda yüksek risk faktörleri arasında; anne veya bakıcılarının aktif diş çürüğüne bulunması, ebeveyn veya bakıcılarının yaşam boyu düşük sosyoekonomik durumunun olması, ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması, çocukların ara öğünlerde günde 3 ve üzerinde şeker içeren atıştırmalıklar ve şekerli içecekler tüketmesi, çocuğun öğün aralarında ya da yatmadan önce şekerli besin içeren biberon ile yatırılması bulunmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), iki yaş öncesi çocuklarda şekerli yiyecek ve gazlı içecek tüketiminden kaçınılmasını önermektedir (130). Asitli, yapışkan veya şekerli besinlerin 3 ana öğün içerisinde tüketilmesi gerekir. Mümkünse tek ana öğünle sınırlandırılmalı ve tercihen ara öğünlerde verilmemelidir (131). şekerli besinlerin tüketim sıklığının günde 3'ten fazla olması diş çürüklerine neden olmaktadır (83). Bu sebeple yapışkan ya da şekerli besin alındıktan sonra dişleri mutlaka fırçalamalı, fırçalama yapılamıyorsa ağız su ile çalkalamalı veya bir miktar su içilmelidir (57). Yapılan bir araştırmada düşük su tüketiminin, diş çürüğü görülme riskini artırdığı belirtilmektedir (132). Ayrıca ağıza atılacak bir parça peynirin de tükürük akışının uyarılmasını sağlayarak, kalsiyum, plaktaki fosfor ve protein oranını artırarak çürükten korumada etkili olduğu belirtilmektedir (133). şekerli besin tüketimi ile ilgili yapılan araştırmalarda ara öğün zamanında tüketilen şekerli ve yapışkan besinlerin ana öğünde tüketilenlere oranla diş çürüğüne neden olma riskinin beş kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erken süt dişi çürüklerinin majör sebepleri arasında, şeker ilave edilmiş biberon verilmesi, sık atıştırmalık

tüketimi, olumsuz beslenme ve yetersiz diş temizliği gelmektedir (134, 135). Bu nedenle, çocuklara ara öğünlerde sağlıklı gıdalar vermek yerine, yeterince meyve ve sebze tüketimi sağlanmalıdır. Özellikle yiyecek ve içecekler şeker ilavesiz seçilmeli, kek, kurabiye ve meyve aromalı yoğurt gibi atıştırmalık yiyeceklerden kaçınılmalıdır (136).

Olumsuz beslenmeye yönelik EÇÇ'nin önüne geçilmesi konusunda AAPD'nin bazı tavsiyeleri bulunmaktadır. Bebeklere uyuma esnasında karbonhidrat içeren içecek bulunan biberonlar verilmemelidir. Gece beslenmesi sırasında biberon içine bal, pekmez, reçel vb. katılmamalıdır. Gece biberonla verilebilecek tek içecek sudur. Süt dişi çürüklerine sebep olduğu için gece emzik ve biberonlar; bal veya pekmez gibi şekerli besinlere batırılıp verilmemelidir. Çocuklarda 1 yaşından sonra biberon terk edilmeli, yerine bardak ve kaşık kullanımına geçilmelidir. Parmak emmek, tırnak yeme, dudak ve yanak ısırma gibi beslenme dışı kötü ağız sağlığı davranışları ve çocukların uzun süre emzik, biberon kullanması ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkileyerek çene kapanış bozukluklarına (maloklüzyonlara) neden olduğu için çocuklarda beslenme dışı emme davranışları engellenmelidir (57, 83, 85, 137). Çocukların beslenmesinde kalsiyum ve D vitamini içeriği bakımından zengin olan, diş ve kemik sağlığı için gerekli olduğu bilinen peynir, yoğurt, süt ve süt ürünlerinin tüketim sıklığı artırılmalıdır. Özellikle kefir ve yoğurt gibi fermente süt ürünleri, ağız ortamının pH dengesini düzenlemekte ve dişlerde çürük oluşumunu önleyici özellikleri sayesinde ağız ve diş sağlığına olumlu katkılar sağlamaktadır (138). Ayrıca çocukların beslenmesinde diş eti sağlığı için oldukça önemli olan C vitamini içeren gıdalar önerilmektedir (139).

Düşük sosyoekonomik duruma sahip ebeveynler, süt dişlerindeki çürükler ilerleyene kadar ya da semptomlar ortaya çıkana kadar diş hekimi ziyaretlerinde bulunmazlar (140). Ebeveynler tarafından ağız sağlığına yeterince önem verilmemesi ve süt dişlerinin tedavi edilmemesi, çocuklarının diş yapısının bozulmasına ve kalıcı dişlerin daha hızlı çürümesine neden olduğu için, çocukların periyodik muayenelerini ve düzenli diş hekimi ziyaretlerini gerçekleştirmeleri önem taşımaktadır (63). Bebeklerin, ilk süt dişlerinin sürmesinin ardından 6 aylık süre içerisinde ve en geç 1 yaşında olana kadar diş hekimi ziyareti gerçekleştirilmelidir (57). Ebeveynlerin EÇÇ'yi önleyebilmeleri için 6 ayda bir mutlaka çocuklarının diş hekimi ziyaretlerini aksatmamaları gerekmektedir (141).

Ağız ve diş sağlığını korumada en önemli hedef, ağız sağlığının genel sağlıkla birleştirilmesi ve gündelik hayatın önemli bir bileşeni haline getirilmesidir (142). Diş sağlığının korunmasında ebeveynlere verilecek eğitimde, aşırı sıcak ve aşırı soğuk besin

tüketiminden kaçınılması, diş etine zarar verdiği için kürdan benzeri sert cisimlerden uzak durulması, fındık ve ceviz gibi sert kabuklu cisimlerin dişlerle kırılmaması gerektiği yer almalıdır (143).

Flor, insan vücudu için gerekli eser elementlerden biri olup kemik ve diş gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Florür, diş minesine ve ağız içinde oluşabilecek asitli bileşenlere karşı direnç kazandırır. Ağız içinde çürük oluşturma potansiyeli olan bakterilerle savaşır ve bakterilerin aktivitelerini engelleyerek diş çürüklerinin önlenmesine yardımcı olur. Dişlerin yeniden onarılmasını kolaylaştırır (144, 145). Diş hekimleri, gerekli gördüklerinde çocukları diş çürüğü oluşumundan uzak tutmak ve ağız içinde oluşabilecek asitli bileşenlere karşı güçlü hale getirmek amacıyla klinik şartlarında vernik ya da jel şeklinde florür uygulaması yapabilirler. Altı ayda bir çocuklarda uygulanan florür jel ve florür verniği uygulamalarının diş çürüklerinden korunmada etkili olduğu bildirilmektedir. Florür, dişin yapısını güçlendiren bir maddedir. Florür verniğiyle yılda 2 defa uygulama yapılmasının diş çürüklerini önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (116).

İçme suyu, insan vücudu için gerekli olan florürün en temel kaynağıdır. Diş çürüklerinin önlenmesinde etkili olan bir diğer uygulama da içme sularının florürlenmesidir (146). Diş çürüğü riski yüksek olan bebeklerde, içme suyunda bulunan florür miktarı göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan florür takviyesi gerekebilmektedir. İçme suyu olarak kullanılan sularda 0.3 ppm üzerinde florür varsa dört yaşına dek çocuklara ek olarak florür verilmemesi gerekir (145). Yapılan bir sistematik araştırmada da içme sularının florürlenmesi ya da topikal florür uygulamasının diş çürüklerinin önlenmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (147). Diş sağlığı için kullanılan sistemik florür uygulamalarında; içme sularına florür eklenmesi, florürlü pastil, tablet ve damlaların kullanımı, sofraya tuzuna ve süte florür eklenmesi, multivitamin-florür kombinasyonları yer almaktadır. Suda bulunan florür miktarına göre önerilen florür destek dozları Tablo 1’de gösterildi.

Tablo 1. Suda bulunan florür miktarına göre Amerikan Pediatri Akademisi’nin önerdiği florür destek dozları (AAPD’den, 145)

Yaş	<0.3 ppm	0.3-0.6 ppm	>0.6 ppm
0-6 ay	0	0	0
6 ay-3 yaş	0.25 mg/gün	0	0
3-6 yaş	0.50 mg/gün	0.25 mg/gün	0
6-16 yaş	1.00 mg/gün	0.50 mg/gün	0

Çocukların süt dişi çürüklerinin önlenmesi için florürlü diş macunlarının kullanılması sağlanmalıdır. Ebeveynlerin, çocukların yaşına uygun miktarda diş macununu, ağız büyüklüğüne uygun, yumuşak kıllara sahip bir diş fırçasına sürmesi ve sadece 2 dakikalık etkili bir diş fırçalama sağlaması çocuklar için yeterli olmaktadır (137). Çocuklarda diş macunu miktarı yaşına uygun olmalı ve yutma riskine karşı dikkatli olunmalıdır (148). Yapılan sistematik bir derleme araştırması sonucunda, okul öncesindeki çocuklarda florürlü diş macunu kullanımının diş çürüğü oluşumunu azaltmanın etkili yolu olduğu belirtilmiştir (110).

2.8. Imogene Martina King'in Amaca Ulaşma Kuramı

Kuramlar, bilgiye bireysel bakış açısı kazandıran ve bilginin anlamlandırılmasını sağlayan bilgi kümeleridir. Hemşirelik mesleğinin yapı taşı olan kavram ve kuramlar, gelişen teknoloji ve bilgi karşısında hemşirelik mesleğinin profesyonel bir kimlik kazanması ve bilimsel temellere dayandırılması açısından oldukça önemlidir (149). Hemşirelik disiplini içerisinde geliştirilen hemşirelik kuramları, hemşirelik sürecinde inanç ve değerlerin netleşmesine ve hasta bakımında farkındalık geliştirilmesine yardımcı olur. Hemşirelik kuramları, hemşireliğin ana rollerini belirlemede kolaylık sağlamaktadır. Hemşirelerin kuramı sadece uygulamaları değil, eleştirerek test etmeleri ve hayata geçirmeleri gerekmektedir (150). Hemşirelik mesleğinin en üst seviyelere ulaşabilmesi ve hastalara uygulanan bakımın kalitesinin artırılmasında hemşirelik kuramları büyük öneme sahiptir (1). Imogene Martina King, 1960'ların ortasında geliştirmeye başladığı kuramında, çevre ile etkileşime giren insanları incelemenin tek yolunun, birbirine bağlı değişkenler ve birbiriyle ilişkili kavramlardan oluşan kavramsal bir çerçeve tasarlamak olduğunu belirtmiştir (151, 152). İletişim alanında önemli bir yere sahip olan Imogene Martina King, bireylerin ve grupların hedeflerine ulaşmalarında etkili olan çeşitli kuramlar geliştirmiştir. "Amaca Ulaşma Kuramı", King'in bu alandaki en çarpıcı katkılarından biridir. Bu kuram, bireylere belirli hedeflere ulaşmalarında rehberlik eden bir çerçeve sunarak, bireysel motivasyon ile sosyal etkileşim arasındaki ilişkileri incelemektedir. Amaca ulaşma sürecinde bireylerin karşılaştığı zorluklar, motivasyon kaynakları ve sosyal destek sistemleri gibi unsurlar, King'in kuramının temel bileşenlerindendir. Kuram, özellikle bireylerin hedeflerine ulaşabilmeleri için gerekli olan stratejilerin belirlenmesi konusunda önemli bir kaynak olarak öne çıkmaktadır. King'in araştırmalarında, bireylerin kendi potansiyellerini

keşfetmeleri, hedeflerini belirlemeleri ve bu hedeflere varmak amacıyla gereken adımları atmaları teşvik edilmektedir (124, 153).

King'in amaca ulaşma kuramında, bireyler kendilerine özgü bir yapıya sahiptir. Bireyler açık ve dinamik sistemlerden oluşur. Dinamik sistemler; kişisel sistem, kişilerarası sistem ve toplumsal sistem olmak üzere üç ayrı aşamada incelenen bir bütünden oluşmaktadır. Hemşire, hasta ile iletişim kurarken bireyi sistemler bütünü şeklinde değerlendirmelidir. Hemşire ve hasta arasında iletişim gerçekleşirse veri toplama, hemşirelik tanıları, planlama, uygulama ve değerlendirme süreci gerçekleşir. Ortak hedeflere ve bakımın amacına ulaşılır. Bireyin stres faktörleri giderilir. Fakat iletişim gerçekleşmezse transaksyon oluşmaz ve stres ortaya çıkar (151, 154, 155).

2.8.1. King'in Kuramının Kavramsal Sistemi

King'in kuramında birey; kişisel sistemler, kişiler arası sistemler ve toplumsal sistemler ile temsil edilir.

2.8.1.1. Kişisel Sistemler

Bireye özgüdür ve her birey çevresi ile iletişim ve etkileşim sağlayan bir sistemdir. Bireyin beden imgesi; algı, kişisel mekân, büyüme ve gelişme, zaman, benlik ve öğrenme gibi kavramlardan oluşur. Bireyin olaylara, nesnelere ve kişilere karşı verdiği tepkiden etkilenir (153).

Algı: İnsanın çevre ile etkileşim sürecidir. Duyusal verilerden ve bellekten gelen bilgileri organize etmeyi, yorumlamayı ve dönüştürmeyi içermektedir (153).

Beden İmgesi: İnsanın kendi bedenini algılaması ve başkalarının tepkilerinden etkilenen beden algısıdır (153).

Kişisel Mekân: Bireyin davranışlarının sonucu olarak algılandığı alandır. Çevresi ile olan etkileşimi, rolleri ve pozisyonu kişisel mekânı oluşturmaktadır (153).

Büyüme ve Gelişme: Bireyde meydana gelen, hücresel, davranışsal ve moleküler değişimleri ifade etmektedir (156).

Zaman: Bir olayın gerçekleşmesinden bir diğer olayın gerçekleşmesine kadar geçen süre ve geleceğe doğru ardışık bir düzende sürekli ilerleyen olaylar dizisi olarak tanımlanır (156).

Benlik: Bireyin davranışlarını anlama farkındalığıdır. Bireyin yaşamı boyunca kendini algılaması ve kendisi ile ilgili neyi gerçekleştirebileceği, neyi gerçekleştiremeyeceği algısıdır (153).

Öğrenme: Yaşam boyu devam eden kişisel bir faaliyet olup, hedefe yönelik geri bildirim ve pekiştirme sonucuna göre değişebilmektedir (153).

2.8.1.2. Kişiler Arası Sistemler

Belirli bir amaç doğrultusunda bir araya gelen bireyler arasındaki etkileşim ile oluşur. Etkileşimin amacı karşısındaki insanı anlamaya yardımcı olmaktır. Hasta-hemşire veya hasta-hemşire-doktor, hemşire ile aile örnek olarak verilebilir. Hemşirelikte kişiler arası ilişki; algılama, etkileşim, karar verme, tepki, girişim ve işin gerçekleşmesine dayanır. Kişiler arası sistemlerde hemşire ve hasta arasında, yardım almak veya yardım etmek amacıyla kurulan etkileşim sayesinde ortak hedefler belirlenir ve belirlenen hedeflere ulaşılması bakımın etkinliğini göstermektedir. Kişiler arası sistem; iletişim, etkileşim, stres, rol ve hedef çıktı kavramları ile ilişkilidir (157).

2.8.1.3. Toplumsal Sistemler

Sosyal değerlerin, davranışların ve rollerin korunabilmesi amacıyla oluşturulan uygulamaların bütünü ifade eder. Bu kurallar ve uygulamaların düzenlenmesini sağlayan gruplar bulunmaktadır. Bu grupların ortak bir çıkarı ve amacı bulunmaktadır. Gruplar, kişinin iş yaşamı ve hayatı içindeki farklı çevresel sistemleri göstermektedir. Aile sistemi, inanç sistemi ve eğitim sistemi sosyal sistemlere birer örnektir. Sosyal sistemin bir parçası olan insanın davranış şekillerini, içinde bulunduğu sistemin gelenekleri ve standartları belirler. Sosyal sistemin içinde; toplumsal statü, organizasyon, güç, otorite ve karar verme kavramları yer alır (4, 154, 155).

Toplumsal Statü: Bireyin toplum içerisindeki konumudur. Toplumsal statü, kişinin kim olduğunu, neler yaptığını, kimleri tanıdığını ve neleri başardığını ifade etmektedir (156, 158).

Organizasyon: Hedeflere ulaşmak amacıyla kullanılan formal ya da informal faaliyetleri olan sistemdir (156).

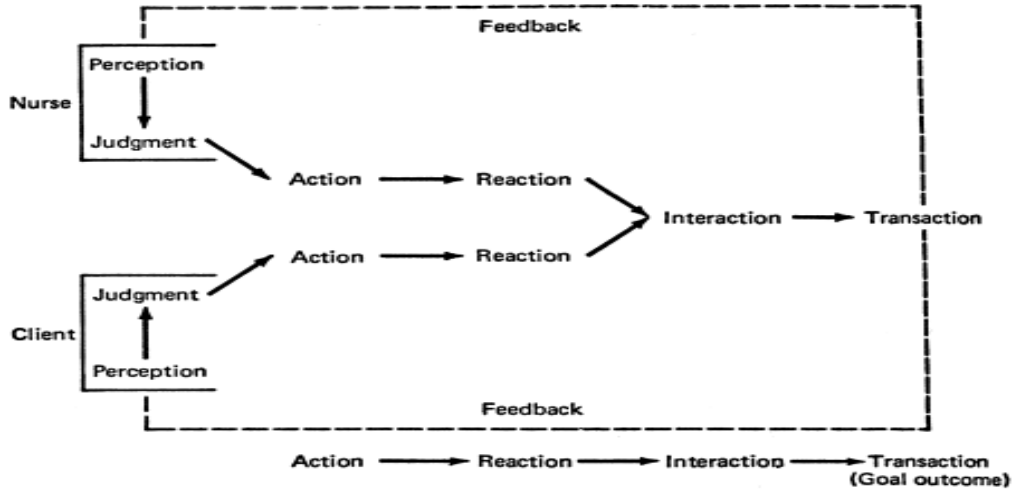
Güç: Bir veya daha fazla kişinin hedeflerini gerçekleştirmek için kaynakları kullanma ve harekete geçirme yeteneği, ayrıca sahip olduğu kapasite veya kabiliyetidir. Güç, toplumu yönlendiren ve koruyan sosyal bir yapıdır (156).

Otorite: Belli bir sistem içerisinde bulunan kişilerin karşılıklı ilişkiye bağlı olarak gerçekleştirdiği işlemsel süreçtir (158).

Karar Verme: Bireyin amaca yönelik gerçekleştirdiği seçimleri içeren dinamik bir süreçtir (156).

2.8.2. Kuramda İletişim Süreci

King'in amaca ulaşma kuramı, karmaşık pek çok ilişkiyi kapsar. Hemşire ve hasta amaçlı etkileşim kuran sistemlerdir. Hemşire ve hasta algıları, yargıları ve eylemleri uyumluysa, hedefe yönelik transaksyonu sağlar. Hemşire-hasta etkileşimlerinde algısal doğruluk olduğunda, transaksyon gerçekleşir ve hedeflere ulaşılır. Hedeflere ulaşılsa, memnuniyet gerçekleşir ve etkili hemşirelik bakımı gerçekleşmiş olur (Şekil 2) (159). Hasta, hemşire ya da her ikisi nedeniyle bir rol çatışması yaşanması, hasta-hemşire etkileşimlerinde stres oluşumuna sebebiyet verecektir. Özel bilgi ve becerileri bulunan hemşireler, hastalarına uygun bilgileri iletirlerse, karşılıklı hedef belirlenmesi ve amaca ulaşma gerçekleşebilir (151).



Şekil 2. King'in amaca ulaşma kuramına göre transaksyon süreci (Meleis'den, 159)

2.8.3. Kuramın Metaparadigması

2.8.3.1. Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik kavramı; hasta ve hemşirenin, hemşirelik bakımına yönelik algılarıyla ilgili bilgilerin paylaşıldığı bir eylem, etkileşim ve tepki sürecidir. Hemşire ve hasta

arasındaki iletişim sayesinde karşılıklı hedefler, sorunlar ve endişeler paylaşılır. Her iki grup arasında belirlenen hedeflere ulaşmak için ortaklık sağlanır. Hemşirelik, toplumdaki sağlık sistemlerinde bulunan gözlemlenebilir bir davranıştır. Hemşireliğin amacı, bireylerin rollerini gerçekleştirebilmeleri amacıyla sağlık durumlarını koruyabilmelerine katkı sağlamaktır. Hemşirelik, kişiler arası bir eylem, tepki, etkileşim ve uygulama sürecidir. Hemşirenin ve hastanın algıları kişiler arası süreci etkiler (151, 160).

2.8.3.2. Sağlık Kavramı

Sağlık, yaşam döngüsünde dinamik bir durumu ifade etmektedir. Hastalık ise bu dinamik sürece müdahale edilmesidir. Sağlık, günlük yaşamda maksimum potansiyele ulaşmak için kişinin iç ve dış kaynaklarını optimum kullanarak strese sürekli uyum sağlamasını ifade eder (151, 160).

2.8.3.3. İnsan Kavramı

King, insan kavramını; düşünen, tepki veren ve zamana uyum sağlayan sosyal bir varlık olarak tanımlamaktadır. İnsan; düşünme, algılama, hissetme, farklı eylem yöntemleri arasından seçim yapma, hedef tayin etme, hedefe varmak amacıyla araçlar seçebilme ve karar alma gibi ortak davranışlar sergilemektedir. İnsanlar ruhsal varlıklardır. Dilleri ve diğer semboller aracılığıyla tarihlerini kaydetme ve kültürlerini koruma yeteneğine sahiptirler. İnsanlar benzersiz ve bütünseldir, içsel değerleri bulunur ve çoğu durumda rasyonel düşünme ve karar verme yeteneğine sahiptirler (160).

2.8.3.4. Çevre Kavramı

King, çevre kavramını; insanın varoluşu ile birlikte ortaya çıkan enerji, madde, bilgi etkileşimine geçirgenlik sağlayan açık bir sistem olarak tanımlamaktadır. Çevre, insanlar arasındaki etkileşimin arka planındadır ve kişinin hem iç çevresi hem de dış çevresi, bireyi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bireyin algısı, insanın çevreyle etkileşim sürecidir. King, insanların sağlığı korumak için çevreleriyle etkileşime girme biçimlerinin anlaşılmasının hemşireler için gerekli olduğuna inanmaktadır. Ayrıca, yaşama ve sağlığa yönelik düzenlemeler, bireyin çevre ile etkileşiminden etkilenmektedir (151, 154, 155).

2.8.4. Hemşirelik Süreci

King'in kuramına göre hemşirelik süreci kapsamında öncelikle hemşire tarafından birey değerlendirilerek hemşirelik tanısı saptanmaktadır. Tanıya yönelik sorunları çözmek amacıyla gerekli girişimler konusunda bakım planlaması yapılmaktadır. Sonrasında, hasta

için belirlenen sağlık hedeflerine ulaşmak için gerekli eylemler gerçekleştirilir. King'in amaca ulaşma kuramına göre; hemşire hasta etkileşimi kurularak, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir ve hastanın bakım sürecine katılması sağlanarak, otonomi kazandırılması sağlanır (151, 161).

Veri Toplama: Veri toplama etkileşim sırasında gerçekleşir. Bu etkileşime hemşire, özel bilgi ve beceriler getirirken, danışan da benlik bilgisini ve kaygı sorunlarının algısını bu etkileşime getirir. Veri toplama sırasında hemşire, danışanla ilgili (büyümesi ve gelişmesi, kendini algılaması, mevcut sağlık durumu, rolleri vb.) bilgileri edinir. Verilerin elde edilmesi ve yorumlanmasının temeli algıdır. Transaksiyon ve etkileşimde algının doğruluğunu teyit etmek için iletişim gereklidir (151).

Tanımlama: Değerlendirme yoluyla toplanan veriler, hemşirelik sürecinde hemşirelik tanısının konulmasında kullanılmaktadır. Hedefe ulaşma sürecinde hemşire, hangi kişinin yardım aradığı ile ilgili sorunları, endişeleri ve rahatsızlıkları tanımlar (151).

Planlama: Hemşirelik tanılaması yapıldıktan sonra, bu sorunları çözmek için müdahalelerin planlaması yapılır. Hedefe ulaşmada planlama yapma; hedefler belirlemek, hedeflere ulaşmak için araçlar hakkında karar vermek ve üzerinde anlaşmaya varmakla temsil edilmektedir. Planlamanın bu bölümü ve danışanın katılımı, amaçlara ulaşmada araçlar hakkında karar vermek için desteklenir (151).

Uygulama: Hemşirelik sürecinde uygulama, hedeflere ulaşmak için gerçek faaliyetleri içerir ve hedefe ulaşmada transaksiyonun devamıdır (151).

Değerlendirme: Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını bulmayı içermektedir. King'e göre değerlendirme aşamasında, hemşirelik bakımının amacına ve etkinliğine ulaşılmasından bahsedilmektedir (160).

Imogene Martina King'in amaca ulaşma kuramı, ebeveynlerin çocuklarının ağız sağlığına yönelik bilgi ve davranışlarını değiştirmeleri için etkili bir rehberdir. Sıfır-üç yaş arasındaki çocukların erken süt dişi çürüklerini önlemek için verilen eğitimler, hemşirenin ebeveynlerle kurduğu etkili iletişim ile daha verimli hale gelmektedir. Eğitim sürecinin başarılı olabilmesi için, ebeveynlerin ihtiyaçlarına özel eğitimler hazırlanmalı, doğru materyaller kullanılmalı ve eğitim sonrası değerlendirmeler yapılmalıdır (3, 162). Bu eğitimlerin hem çocukların ağız sağlığını hem de ailelerin genel sağlık farkındalıklarını geliştirmesi beklenmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ön ve son test randomize kontrollü deneysel desende gerçekleştirildi. Bu araştırmanın raporlanmasında Consolidated Standarts of Reporting Trials (CONSORT) kontrol listesi izlendi (Şekil 4). Araştırma protokolü, ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (US National Institutes of Health, NIH) hizmeti olan www.clinicalTrials.gov veri tabanına kaydedildi ve kayıt numarası alındı (NCT07460271).

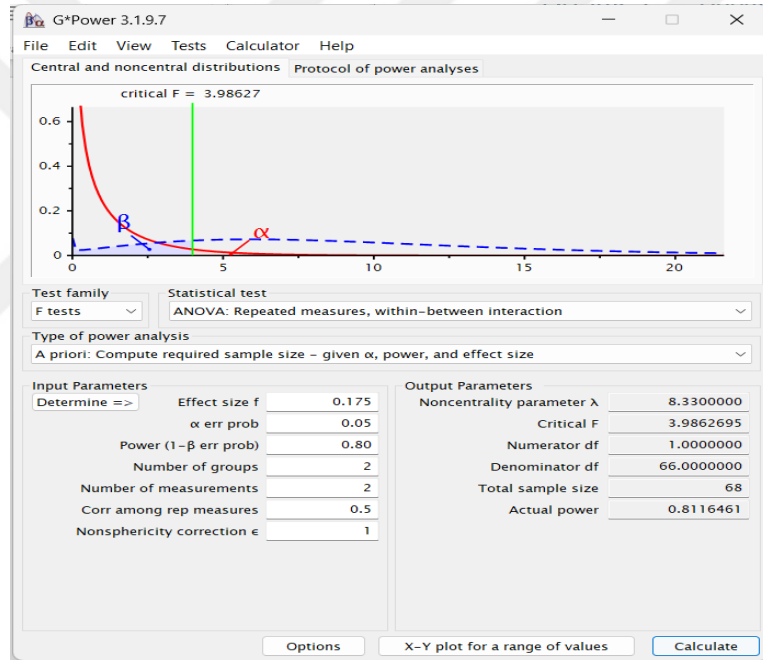
3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Bu araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi (RTEÜ), Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'nde Mayıs 2024-Nisan 2026 tarihleri arasında yürütüldü. Pedodonti kliniğinde, 08:00-17:00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Pedodonti kliniği fakültenin ikinci katında yer almaktadır. Pedodonti kliniğinde yer alan muayene odaları karşılıklı olup muayene odalarının her birinde bir diş hekimi bulunmaktadır. Bu muayene odalarında diş üniti, lavabo ve dolaplar bulunmaktadır. Pedodonti kliniğinde, 2 Öğretim Üyesi, 2 Öğretim Görevlisi ve 25 diş hekimi görev yapmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Bölümü'ne gelen çocuklara sekreterlikten giriş yapılmaktadır ve çocuklar pedodonti kliniğinin önünde bulunan hasta ve yakınları için oturabilecekleri bekleme alanlarından ilgili diş hekimi tarafından çağrılmaktadırlar. Randevu sırası gelen çocukların pedodonti kliniğinde diş muayenesi ve tedavi işlemleri gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'ne tedavi amacıyla gelen ve araştırmayı kabul eden 0-3 yaş çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini en az alınması gerekli olan birey sayısı G*Power 3.1.9.7. programı kullanılarak belirlendi. Örneklem büyüklüğü deney ve kontrol gurubu olmak üzere 2 gruptan oluşan araştırmada, araştırma formlarına verilen cevapların deney ve kontrol grupları için uygulama öncesi ön test ve uygulama bittikten sonra son test skorlarını karşılaştırmak amacıyla karma-desenli ANOVA (mixed-design ANOVA) yöntemiyle istatistiksel analizler yapıldı. Bu doğrultuda gerekli olacak minimum örneklem büyüklüğü, G*Power programında yapılan güç analizi sonucu belirlendi (163). G*Power programı kullanılarak güç analizi yapılırken bilimsel alanda standart biçimde kabul gören değerler kullanıldı. Tip I hata oranını gösteren α değeri 0.05 ve istatistiksel gücü gösteren $1-\beta$ değeri 0.80 olarak

alındı. Etki büyüklüğü olarak, Güdük ve arkadaşlarının benzer araştırmasında raporlanan etki büyüklüklerinin zayıf ile orta büyüklük arasında etkiler olduğunun saptanması üzerine, bu doğrultuda zayıf-orta etki büyüklüğüne karşılık gelecek şekilde Cohen's f etki büyüklüğü değeri 0.175 olarak belirlendi (164, 165). Belirtilen değerlerle gerçekleştirilen G*Power analizi sonucunda araştırmanın minimum 68 kişilik (34 deney-34 kontrol grubu) bir örnekleme gerçekleştirilmesinin uygun olduğu sonucuna varıldı (Şekil 3). Araştırmada olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü artırıldı ve 100 ebeveyn olarak belirlendi. Araştırma, 50 deney ve 50 kontrol grubu olacak şekilde toplam iki gruptan oluşturuldu. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan araştırma boyunca araştırmadan ayrılmak isteyen veya verilerinin kullanılmasını reddeden katılımcı olmadı.



F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f	= 0.175
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.80
	Number of groups	= 2
	Number of measurements	= 2
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 8.3300000
	Critical F	= 3.9862695
	Numerator df	= 1.0000000
	Denominator df	= 66.0000000
	Total sample size	= 68
	Actual power	= 0.8116461

Şekil 3. G*Power analiz sonucu

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti bölümüne başvuran ve 0-3 yaş arası çocuğu olan ebeveynler,
- Türkçe yazabilen, okuyabilen ve konuşabilen ebeveynler,

3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Özel bakım gereksinimi olan, kronik hastalığı bulunan veya sistemik hastalığa sahip çocuğu olan,
- İletişim kurma veya mental açıdan değerlendirmeyi etkileyebilecek herhangi bir problemi bulunan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen veya veri toplama sürecini tamamlamayan ebeveynler çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Ebeveynlerin erken süt dişi çürükleri konusundaki bilgi ve davranış puanlarıdır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Amaca ulaşma kuramına dayalı erken süt dişi çürüklerini önleme eğitimi alma durumu yer almaktadır.

3.4.3. Kontrol Değişkenleri

Ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer, diş hekimine gelme nedeni ve görsel-işitsel kaynakların kullanımı kontrol değişkenleridir.

3.5. Randomizasyon

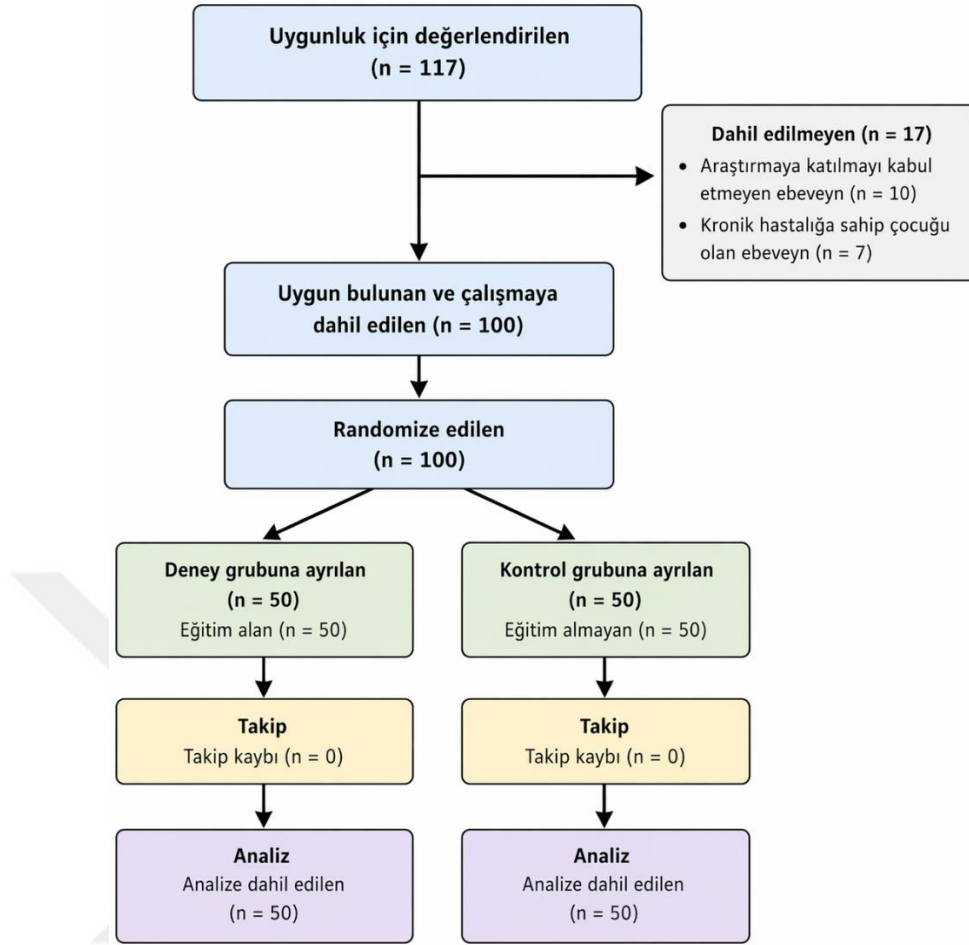
Araştırma 50 deney ve 50 kontrol grubu olacak şekilde toplam iki gruptan oluştu. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan ebeveynler, basit randomizasyon yöntemiyle, “<https://www.randomizer.org>” web sitesi aracılığıyla rastgele atandı. Oluşturulan iki grup, randomizasyon tablosunda gösterildi (Tablo 2).

Tablo 2. Randomizasyon tablosu

	3	5	7	9	10	12	17	20	21	23
	24	26	27	28	31	33	35	36	38	40
Deney Grubu	45	46	48	49	51	52	53	56	57	58
	61	63	64	66	69	72	73	74	75	79
	80	82	85	86	87	88	89	94	97	99
	1	2	4	6	8	11	13	14	15	16
	18	19	22	25	29	30	32	34	37	39
Kontrol Grubu	41	42	43	44	47	50	54	55	59	60
	62	65	67	68	70	71	76	77	78	81
	83	84	90	91	92	93	95	96	98	100

3.6. Körleme Yöntemi

Körleme veya “maskeleye” yöntemi, randomize kontrollü deneysel çalışmalarda önyargıyı azaltmak için önemli bir prosedürdür. Randomize kontrollü çalışmalarda “körleme” hem önyargıyı önlemek amacıyla bireylere araştırma metodolojisi ile ilgili bilgi vermeme ve hem de hastalar, tedavi sağlayıcıları veya sonuç değerlendiricileri gibi belirli birey gruplarından çalışma ile ilgili bilgi gizliliğini saklamak için kullanılan bir stratejiyi ifade eder. Randomize kontrollü çalışmalarda “tek kör”, “çift kör” ve “üçlü kör” ifadeleri genellikle sırasıyla araştırmacı, katılımcı ve istatistikçinin gruplar hakkında bilgiye kör olduğu çalışmaları tanımlamak için kullanılabilmektedir (166). Bu araştırmada, ebeveynlerin hangi grupta yer alacakları bilgisayar programı kullanılarak belirlendiği için ebeveynlerin kendi bulundukları grup dışında başka grupların olduklarını bilmemeleri sağlanarak tek körlü yöntem kullanıldı. Ayrıca, bu araştırmada yanlılığı azaltmak amacıyla grupların veri girişleri grup 1 ve grup 2 olarak kodlandı ve kodların hangi gruba ait olduğunu bilmeyen istatistik uzmanı tarafından istatistiksel değerlendirme yapıldı. Randomize kontrollü çalışmaların raporlanmasında yöntem ve bulguların şeffaf, açık ve eksiksiz olarak raporlanabilmesini sağlamak için bu araştırmada CONSORT’a bağlı kalındı (167). Bu doğrultuda, araştırmanın CONSORT akış şeması Şekil 4’te gösterilmektedir.



Şekil 4. Araştırmanın CONSORT akış şeması

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmadaki verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından güncel literatür incelenerek ve King’in amaca yönelik veri toplama metodundaki kriterler baz alınarak oluşturulan ve iki kısımdan oluşan araştırma formları kullanıldı. İlk kısımda çocuk ve ebeveynin tanıtıcı özellikleriyle (yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir durumu vb.) ilgili 19 sorudan oluşan “Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1), ikinci kısımda da ebeveynlerin süt dişi çürüklerinin önlenmesiyle ilgili uygulamalarını sorgulayan 26 sorudan oluşan “Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu” (EK 2) kullanıldı (8, 16, 168-170). Ayrıca ebeveynlerin memnuniyet düzeylerini sorgulamak amacıyla “Ebeveyn Eğitim Memnuniyet Formu” kullanıldı (171, 172).

3.7.1. Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacının ilgili literatürü tarayarak oluşturduğu “Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu”nun içeriğinde çocukla ebeveynin tanıtıcı özellikleriyle (yakınlık derecesi, ebeveynlerin ve çocuğun yaşı, cinsiyeti, ebeveynlerin eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışıp çalışmadığı, yaşanılan yer, sistemik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, diş hekimliğine gelme nedeni, ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim alma durumu ve çocuğun uyumasını sağlayan beslenme dışı alışkanlık varlığı vb.) ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bu bilgi formu, 15 kapalı ve 4 açık uçlu soru olacak şekilde, toplam 19 sorudan oluşturuldu (8, 16, 168-170). Ayrıca, 5 uzmandan görüş alınarak forma son hali verildi.

3.7.2. Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu

Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu’na, öncelikle tez izleme komitesi jüri üyeleri dışında 5 uzman görüşü alınarak son hali verildi. Sonrasında, araştırma kapsamında veri toplama aracının uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 20 ebeveyn ile pilot çalışma gerçekleştirildi. Pilot uygulama sonrasında araştırma formunun güvenirlik analizi yapıldı ve iç tutarlılık düzeyi Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılarak değerlendirildi. Analiz sonucunda araştırma formunun Cronbach’s Alpha değeri 0.727 olarak bulundu ve bu değer araştırma formunun kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca madde-toplam korelasyonları incelendi ve her bir maddenin araştırma formunun bütününe anlamlı ve yeterli düzeyde katkı sağladığı belirlendi. Bu bulgular doğrultusunda veri toplama aracının güvenilir ve araştırmada kullanılabilir nitelikte olduğu sonucuna ulaşıldı. Böylece verilerin toplanması için gerekli araştırma formunun son hali tamamlandı. Araştırmacı tarafından literatür taranarak son hali oluşturulan Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu; ebeveynlerin düzenli diş hekimi kontrolüne gitme durumu, ilk diş hekimi ziyaretine başlama zamanı, diş temizliğine başlama zamanı, diş hekimi ziyaret sıklığı, süt dişlerinin çıkma zamanı, süt dişlerinin görünümü, diş çürüğünün tanımı, çocuklarının diş fırçalamasına yardımcı olma durumu, çocuklarının diş fırçalama sıklığı, diş fırçası seçimi, diş fırçası değişim sıklığı, dil temizliği, florürlü diş macunu kullanmaya başlama zamanı, ilk diş fırçalamada kullanılması gereken macun miktarı, içme suyundaki florüre dikkat etme durumu, florürlü su içmenin faydaları, beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğüne etkisi, süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı, asitli içecek tüketim

sıklığı, ara öğünlerde şekerli besin tüketim sıklığı ve çocukların beslenmesi ile ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla hazırlanmış toplam 26 sorudan oluşmaktadır (8, 16, 168-170).

3.7.3. Ebeveyn Eğitim Memnuniyet Formu

Araştırmaya katılan deney grubu ebeveynlerin amaca ulaşma kuramına göre erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik verilen eğitimden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve 10 sorudan oluşan 5’li likert tipi değerlendirme formu kullanıldı. Ebeveynlerin yöneltilen soruları; “Çok memnunum” 5 puan, “Memnunum” 4 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Memnun Değilim” 2 puan ve “Hiç Memnun Değilim” 1 puan olacak şekilde değerlendirmeleri istendi. Beş uzmana gönderilen memnuniyet formunun kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanıldı (171, 172). Davis tekniğine göre uzmanlardan her bir madde için “(a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istendi. Ayrıca uzmanlardan her bir maddeye ilişkin görüş ve önerilerini, ilgili öneri kutucuklarına ayrı ayrı yazmaları talep edildi. Her bir madde için (a) ve (b) seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesiyle madde düzeyinde Kapsam Geçerlilik Oranları (KGO) hesaplandı. Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ise tüm maddelerin KGO değerlerinin ortalaması alınarak belirlendi. Bu çalışmada KGİ için kabul edilebilir sınır değer ≥ 0.80 olarak alındı. Yapılan değerlendirme sonucunda memnuniyet formuna ait maddelerin KGO değerlerinin 0.80 ile 1.00 arasında değiştiği ve formun genel KGİ değerinin 0.90 olduğu belirlendi. Elde edilen bu bulgular, uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde uyum olduğunu ve formun kapsam geçerliğinin yeterli düzeyde sağlandığını göstermektedir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

3.8.1. Kuramın Eğitime Entegre Edilmesi

King, kuramında belirli yaşam hedeflerine odaklanmaktadır ve bu hedeflerin bireylere yön vererek etkinliklerini anlamlı hale getirdiğinden bahsetmektedir. Ayrıca, hemşire ve birey/hasta ya da birey/hasta ile yakından ilişkili olan kişiler arası sistemde yer alan ebeveyn ile bir araya gelerek, birlikte hedef belirlediklerini ve sonrasında bu hedeflere ulaşabilmek amacıyla bazı eylemleri gerçekleştirdiklerini ifade eder. Diğer taraftan hemşirelerin amacı, hastanın bireysel rolünü yerine getirebilmesi amacıyla sağlığını korumasına katkı sağlamaktır. Hemşirelerin görevi hemşirelik süreci içerisindeki bilgileri

yorumlamak, hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak ve değerlendirmektir (173). Bu amaçla gerçekleştirdiğimiz araştırmada erken süt dişi çürüklerini önlemenin önemi ve araştırmanın gerekliliği konusunda ebeveynler ile görüşmeler gerçekleştirildi ve ebeveynlerin araştırmayı kabul etmesi ile araştırmaya başlandı. Araştırma sırasında bütün aşamalarda ebeveynlerle aşağıda açıklanan faktörler dikkate alınarak araştırma yürütüldü.

İletişim: İletişim, ebeveynlerle ilk karşılaşma günü gerçekleştirildi. Araştırmamızın amacı ebeveynlere anlatıldı ve araştırmamıza katılmaya davet edildiler. Ebeveynlere araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu ve istediklerinde araştırmadan çıkma hakkına sahip oldukları anlatıldı. Ayrıca onlara süt dişlerinin önemi anlatılarak çocukların ağız ve diş bakımının ayrılmaz bir parçası olduğu açıklandı.

Etkileşim: Hedefe yönelik sözlü ve sözsüz davranışlarla gerçekleştirilen etkileşim süreci ilk olarak ebeveyn ile ön test sorularının yanıtlanması ile başlamış olup 6 aylık bir süreyi kapsamaktadır. Ön test ve son test formları araştırmacı tarafından sessiz sakin bir odada ebeveynin soru sormasına izin verilerek, karşılıklı güven ilişkisi içerisinde dolduruldu. Ebeveyne belirli mesafede duruldu, herhangi bir telkinde ya da yönlendirici davranışta bulunulmadan, ebeveynin sorduğu sorulara yanıt verilerek veriler toplandı.

Stres: Stres, olumlu ya da olumsuz olabildiği gibi stresin yükselmesi, hemşirenin amaca ulaşmasını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasındadır. İstenilen hedeflere ulaşamadığı durumlarda stres oluşmaktadır (151, 154, 155). Araştırmamızda ebeveyn ile hemşire arasında etkili iletişim ve etkileşim sağlanarak hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirildi, ebeveynin bakım sürecine katılımı sağlanarak otonomi kazandırıldı ve stresin en aza indirilmesi sağlandı.

Rol: Rol, sosyal sistemde bireyin sergilemesi beklenen davranışlar bütünüdür. Çocukların ilk eğitim yuvaları ve hayata ilk adım attığı yer ailedir. Çocuklar sergilemesi gereken rollerini aile içerisinde ebeveynlerini rol model olarak öğrenmektedirler (174). Kişilerarası sistemde yer alan ebeveynlere, erken süt dişi çürüklerinin önlenmesine yönelik eğitim müdahaleleri uygulandı. Bu doğrultuda ebeveynlere çocukların ağız bakım alışkanlıklarını destekleyici ve sürdürülebilir davranışlar geliştirmelerine rehberlik eden uygun rol model olmalarının önemi vurgulandı.

Hedef Çıktı (Eylem=Transaksiyon): Amaca ulaşmaya yönelik hedeflere ulaşmak için gerçekleştirilen davranışlardır (174). Bu araştırmada ulaşmak istenilen hedefimiz, erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynlerin eğitilmesidir. Bu amaç

doğrultusunda eğitim materyalleri hazırlandı ve gerçekleştirilen eğitim faaliyetleri ile de hedeflere ulaşmak amaçlandı.

King, hemşireliğin sadece hastalıkları tedavi etme değil, aynı zamanda bireylerin sağlığını geliştirme ve koruma amacı taşıması gerektiğini savunmuştur. Amaca ulaşma kuramı, bireylerin ve grupların sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu kuramın temel bileşenleri; bireysel hedeflerin belirlenmesi, iş birliği ve etkileşim yoluyla hedeflere ulaşılması, hemşire ile birey arasındaki sürekli bir iletişim süreci olarak tanımlanmaktadır (3). Eğitim, ebeveynlerin yalnızca bilgilerinin artırılmasını değil, bunun yanında bu bilgileri pratikte uygulamalarını sağlamayı amaçlar (175). Ebeveynlere yönelik EÇÇ eğitimi, 0-3 yaş arası çocukların sağlıklı dişler edinmelerine yardımcı olabilecek bir süreçtir. Bu süreçte King'in amaca ulaşma kuramı kullanılarak ebeveynlere sağlıklı diş bakımı alışkanlıkları kazandırılması sağlandı. King'in kuramına göre, hemşirelerin veya sağlık profesyonellerinin ebeveynlere vereceği eğitimde hedeflere ulaşabilmek için belirli aşamalarda ilerlemek gerekmektedir. Bu aşamalar toplam beş bileşenden oluşmaktadır.

3.8.1.1. Bireyi Tanıma ve İhtiyaçlarını Belirleme (Perception) Aşaması

Bu aşama, ebeveynlerin algılarını belirlemek, sağlık ihtiyaçları ve sağlıkla ilgili farkındalıklarını ve düşüncelerini anlamak için önemlidir. Ayrıca eğitim sürecinde, ebeveynlerin diş sağlığına dair bilgi seviyelerinin ölçülmesi, çocuklarının diş sağlığı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduklarını anlamak için kritik bir adımdır. Ebeveynlerin diş sağlığına dair tutumları ve alışkanlıkları da gözlemlenerek, eğitim sürecine yön verilecek ihtiyaçlar belirlenir (176). Örneğin, ebeveynlerin çocuklarda beslenme dışı emme davranışına yönelik görüşleri, ortak kaşık kullanımı, florür uygulamalarının faydalarına ilişkin bilgi düzeyleri, düzenli diş hekimi kontrolüne gitme durumları, süt dişlerinin tedavi edilmesine yönelik bilgi ve davranışları, diş fırçalama alışkanlıkları ve farkındalık düzeyleri ile şekerli gıdaların tüketim biçimleri ve çocuklarının diş fırçalama süreçlerine katılım durumları incelenmektedir. Bu aşama, eğitim sürecine başlamadan önce ebeveynlerin mevcut durumunun net bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Araştırmamızda araştırmacı ilk adımda, yüz yüze görüşme yaparak 0-3 yaş çocuğa sahip ebeveynlerin ağız sağlığına ilişkin mevcut bilgisini, bilgi eksikliklerini, yaşadıkları zorlukları, endişelerini ve ihtiyaçlarını anlamak amacıyla iletişim ve etkileşim kurmuştur.

Ebeveyn Görüşmeleri: Ebeveynlerin çocuklarının diş sağlığı ile ilgili deneyimlerini, endişelerini, bilgi eksikliklerini, geçmişteki deneyimlerini öğrenmek için bireysel görüşmeler yapıldı.

Değerlendirme Formları: Ebeveynlerin mevcut bilgi seviyelerini ölçmek amacıyla araştırma verilerinin elde edilmesi aşamasında;

- Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu
- Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu kullanıldı.

Ağız İçi Muayene: Uzman bir diş hekimi ve 5 Araştırma Görevlisi tarafından çocukların ağız içi muayeneleri ayna ve sond yardımıyla yapıldı ve DMFT değerlerine bakıldı.

3.8.1.2. Hedef Belirleme (Goal Setting) Aşaması

Ebeveynler için sağlık profesyonelleri tarafından çocuklarının erken süt dişi çürüklerinin önlenmesine yönelik eğitim sürecinin sonunda ulaşılabilecek somut, ulaşılabilir hedefler belirlendi ve ebeveynlerle ortak karar alındı. Bu hedefler, eğitim sürecinin odaklanacağı konuları ve ebeveynlere öğretilmesi gereken bilgileri içermektedir. Bu sayede hedef belirleme aşaması, eğitim sürecinde odaklanılacak alanların netleştirilmesine katkı sağlamaktadır (101, 177). Sıfır-üç yaş çocukların ebeveynlerine yönelik eğitimde, hedeflerin belirlenmesi, çocuğun diş sağlığına yönelik alışkanlıklarının erken yaşta kazandırılması açısından kritik bir adımdır. Araştırmamızda ebeveynlere yönelik olarak; EÇÇ'nin önlenmesine, sağlıklı diş bakım alışkanlıklarının oluşturulmasına ve bu alışkanlıkların çocuklarına kazandırılmasına yardımcı olunacak hedefler belirlendi ve bu hedefler eğitim sürecinin temelini oluşturdu. Bu hedefler;

- Erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynin eğitilmesi,
- İlk diş hekimi ziyaretlerinin önemini kavranması,
- Diş hekimi kontrollerinin düzenli hale getirilmesi,
- Çocuklar için uygun ağız bakım alışkanlıklarının kazandırılmasının sağlanması,
- Çocuğun diş sağlığını korumak için doğru fırçalama alışkanlıklarının kazandırılması,
- Diş fırçalama rutinlerinin oluşturulması,
- Uygun diş fırçası seçimi ve değişiminin sağlanması,

- Florürün diş sağlığı üzerine etkileri ve florürlü su tüketiminin önemi konusunda bilgi sahibi olmaları,
- Florürlü diş macunu kullanımının önemi ve doğru kullanım miktarı hakkında bilgi sahibi olmaları,
- Asitli içecek tüketiminin diş sağlığına etkilerini öğrenme ve tüketim sıklığının azaltılması,
- Şekerli besinlerin diş sağlığı üzerine etkilerini öğrenme ve ara öğünlerde şekerli besin tüketim oranının azaltılması,
- Süt ve süt ürünleri tüketim sıklığının artırılması,
- Çocukların sağlıklı beslenme davranışı geliştirmelerinin sağlanması,
- Beslenme dışı alışkanlıkların diş sağlığı üzerine etkisi konusunda bilgi sahibi olmalarının sağlanması (biberon kullanımının önlenmesi ve gece boyunca biberonun bırakılması vb.),
- Ortak (kaşık, çatal, ağızda ısıtılan emzik vb.) gereç kullanımının diş sağlığı üzerine olumsuz etkisinin öğrenilmesi,
- Ebeveynlerin çocuklarıyla birlikte diş bakımı yaparak rol model olmalarının öneminin kavranmasıdır.

Eğitim hedefleri, ebeveynlerin eğitimde neyi başarmaları gerektiği konusunda net bir anlayış geliştirmelerini sağlar (175). Örneğin: “Çocuğumun şekerli besin tüketim sıklığını azaltmak, asitli içecek tüketim sıklığını azaltmak vb.”. Eğitim sürecinde bu hedeflerin hangi adımlarla gerçekleştirileceği planlanır. Bu hedeflerin ebeveynlerin yaşam tarzlarına uygun ve uygulanabilir olması önemlidir (3). Araştırmamızda belirlenen hedeflere yönelik süreç, King’in kuramındaki bireylerin aktif katılımı ilkesine dayanan ortak karar verme yaklaşımı temel alınarak yürütüldü.

3.8.1.3. Eyleme Geçme (Action)/Eğitimi Uygulama Aşaması

Bu aşama, belirlenen hedeflere ulaşmak için gerekli eğitim ve uygulamaların ebeveynlere sunulmasıdır. Hemşireler, ebeveynlere çocuklarının diş sağlığını korumaları için doğru alışkanlıkları kazandırmaya yönelik bilgi ve becerileri aktarır (178). Bu aşamada, hemşirelik süreciyle ilgili planlama yapılır. Eğitim sürecinde kullanılan yöntemlerin etkinliği, eğitimin başarısı üzerinde doğrudan etkilidir. Bu nedenle, eğitimde kullanılan materyaller ve yöntemlerin doğru seçilmesi önemlidir. Araştırmamızda ebeveynlere yönelik gerçekleştirilen eğitim uygulamaları aşağıda verildi.

Teorik Eğitim: Sağlık profesyonelleri, ebeveynlere ağız ve diş sağlığı hakkında bilgileri sözlü olarak sunar ve onları sorular sormaya teşvik eder. Ebeveynlerin eğitime aktif katılımı sağlanır (177). Bu araştırmada, ebeveynlerin sorularını sorabileceği ve deneyimlerini paylaşabileceği bir eğitim verildi. Çocuğun diş sağlığının önemi, dişlerin görevi, yapısı, süt dişleri ve görevi, diş çürüğü, erken süt dişi çürüğü, çürük oluşumunun nedenleri, ilk diş hekimi ziyareti, çocuklarda ve bebeklerde diş temizliği, diş temizliğinde ebeveyn desteği, diş fırçalama teknikleri, diş fırçalama süresi ve sıklığı, diş macunu kullanımı ve miktarı, flor iyonunun diş sağlığı üzerine etkisi, anneden bebeğe bulaş (*S. mutans*) ve doğru beslenme alışkanlıkları gibi konularda teorik bilgiler verildi. Ayrıca interaktif yöntemlerle ebeveynlerin öğrenme süreçlerine aktif katılımı sağlandı.

Pratik Eğitim/Uygulamalı Eğitimler: Ebeveynlere, çocuklarının dişlerini nasıl fırçalayacakları ve bakım yapacakları konusunda uygulamalı eğitim verilmektedir. Bu uygulamalı eğitim, ebeveynlerin öğrendiklerini günlük yaşamda nasıl kullanacaklarını gösterir (177). Bu araştırmada, ebeveynlerin çocuğa doğru diş fırçalama rutinini nasıl kazandıracaklarını gösteren pratik eğitim verildi. Diş fırçalama teknikleri maket üzerinde eğitimci tarafından anlatıldı ve ebeveynin uygulama yapması sağlandı.

Eğitim Materyalleri/Görsel Materyaller ve Videolar: Eğitimde kullanılan videolar ve görsel materyaller, ebeveynlerin diş bakımına dair doğru bilgileri öğrenmelerini kolaylaştırır. Görsel materyaller, eğitim sürecinin etkisini artırır (177). Bu araştırmada, eğitimlerde kullanılan broşürler, eğitim rehberi, video içerikleri ve görsel materyaller yardımıyla ebeveynlerin öğrendiklerini hatırlamaları ve uygulamaları sağlandı.

3.8.1.4. Sonuçların Değerlendirilmesi (Evaluation) Aşaması

Eğitim süreci sonrasında, ebeveynlerin kazandıkları bilgilerin ne kadar etkili olduğu değerlendirilir. Ebeveynlerin çocuklarının diş sağlığına yönelik alışkanlıklarında gözle görülen değişiklikler, eğitim sürecinin başarısını gösterir. Bu aşama, eğitim sürecinin etkinliğini ve sonuçlarını ölçmek için gereklidir (179). Etkili bir değerlendirme, bilgi düzeyindeki artışı ve davranış değişikliklerini içermelidir. Eğitim sonrası son testler, gözlem formları ve ebeveyn geri bildirimleri bu süreçte kullanılır (180). Bu araştırmada, eğitim sonrasında belirlenen hedeflere ne kadar ulaşıldığı değerlendirildi. Bu kapsamda; ebeveynlerin eğitim sonrası bilgi düzeylerinde gözle görülür bir değişim (araştırma formları ve geri bildirimler aracılığıyla) ve ebeveynlerin eğitim sonrası davranış düzeylerinde gözle görülür bir değişim, (çocukların diyet alışkanlıkları, düzenli diş hekimi kontrolleri, çocuğun

dişlerini fırçalamasına yardımcı olma, içme suyundaki florür miktarına dikkat etme, sağlıklı beslenme davranışı vb.) sağlanması beklenen çıktılar olarak ele alındı.

Bu araştırmada King'in kuramına göre, hedeflerin ulaşılabilirliği sürekli izlendi ve gerektiğinde eğitim programı tekrar gözden geçirildi. Ayrıca, ebeveynlerin eğitimin etkinliği hakkında geri bildirimde bulunmaları teşvik edildi.

3.8.1.5. Sağlık Hedefine Ulaşma ve Sürekli Destek (Follow-up) Aşaması

King'in Amaca Ulaşma Kuramı'na göre bu aşama; hemşire, ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimin sürdürülmesi, sağlık hedeflerine yönelik farkındalığın devam ettirilmesi ve hedeflere ulaşma sürecinde ebeveynlerin desteklenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (180). Bu kuramsal yaklaşım doğrultusunda, araştırmamızda eğitim sonrasında ebeveynlerin çocuklarının ağız ve diş sağlığına ilişkin sorumluluklarını sürdürmeleri teşvik edildi. Ebeveynlere, diş hekimi ziyaretlerini aksatmamaları, günlük ağız ve diş sağlığı davranışlarını düzenli olarak sürdürmeleri ve eğitim sürecinde edindikleri bilgileri günlük yaşamlarına yansıtma ve bunların önemi vurgulandı. Bu süreçte hemşirelerin, ebeveynlerin daima yanında olacağı, ihtiyaç duyduklarında eğitim ve bilgilendirme amacıyla destek sunmaya hazır olduğu ifade edilerek ebeveynlerin motivasyonlarının güçlendirilmesi hedeflendi. King'in amaca ulaşma kuramı, bireyin sağlık hedeflerine ulaşma sürecinde aktif bir katılımcı olmasını esas almaktadır. Bu nedenle araştırmada, ebeveynlerin çocuklarının ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sorumluluk almaları desteklendi. Öğrenilen bilgilerin davranışa dönüştürülmesi konusunda ebeveynlerin motivasyonlarının artırılması amaçlandı. Böylece ebeveynlerin, sağlık hedeflerine ulaşma sürecinde bilinçli, istekli ve kararlı bir tutum sergilemeleri sağlandı.

3.8.2. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma verilerinin toplanma yöntemleri ve süreleri Tablo 3'te gösterildi.

Tablo 3. Veri toplama yöntemi ve süresi

King'in Eğitim Aşamaları	Araştırma Süreci ve Katılımcılar	Gerçekleştirilen Faaliyetler
1. Bireyi tanıma ve ihtiyaçlarını belirleme (veri toplama ve tanılama)	İlk karşılaşma günü, 50 deney 50 kontrol grubu ebeveyn	Araştırmanın amacı hakkında deney ve kontrol grubu ebeveynlere bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya istekli olan ebeveynlere “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatıldı. Sonrasında araştırmaya dahil olan ebeveynlerle, araştırmacı tarafından “Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu” dolduruldu.
	İlk karşılaşma günü, 50 deney 50 kontrol grubu çocuk	Uzman bir diş hekimi ve 5 Araştırma Görevlisi tarafından çocukların ağız içi muayeneleri ayna ve sond yardımıyla yapıldı. DMFT değerleri kayıt altına alındı.
	İlk karşılaşma günü, 50 deney ve 50 kontrol grubu ebeveyne ön test formunun uygulanması	Randomizasyon ile belirlenen hem deney hem de kontrol gruplarındaki ebeveynlere “Eğitim Öncesi Ön Test” uygulandı. Araştırma verileri, anket yöntemiyle ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Deney ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini önlemek amacıyla görüşmeler ayrı ayrı yapıldı. Ebeveynlerle görüşmeler klinik içerisinde bulunan ve sadece eğitim amacı ile kullanılan sessiz, sakin bir alanda araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Ebeveynin soru sormasına izin verilerek, herhangi bir telkinde ya da yönlendirici davranışta bulunulmadan, ebeveynin sorduğu sorulara yanıt verilerek veriler toplandı.
2. Hedef belirleme (ortak karar verme ve amaç belirleme)	İlk karşılaşma günü, 50 deney grubu ebeveynle hedef belirlenmesi	Araştırmamızda ebeveynlere yönelik olarak çocuğun diş sağlığını iyileştirmeye, sağlıklı diş bakım alışkanlıklarının oluşturulmasına ve bu alışkanlıkların çocuklarına kazandırılmasına yardımcı olunacak hedefler belirlendi ve ebeveynlerle ortak karar alındı.
3. Eyleme geçme ve eğitimi uygulama aşaması (Motivasyon ve etkileşim, sürdürme ve öğrenmenin desteklenmesi)	İlk karşılaşma günü, 50 deney grubu ebeveyne erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitim verilmesi	Deney grubu ebeveynlere yaklaşık 20-30 dakikalık görsel ve basılı materyaller yardımıyla eğitim verildi. Eğitim materyali, Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu ve DISCERN ölçüm aracı kullanılarak ve 10 uzman görüşü alınarak hazırlandı. Eğitim programında kullanılan power point sunuları eğitim rehberi ile birebir aynı içerikten oluşturuldu.
	İlk karşılaşma günü, 50 deney grubu ebeveyne erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitim rehberi verilmesi	Eğitim sonrasında deney grubu ebeveynlere, DISCERN ölçüm aracı kullanılarak 10 uzman görüşü doğrultusunda hazırlanan, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik ebeveyn eğitim rehberi verildi.
	İlk karşılaşma günü, 50 deney ve 50 kontrol grubu ebeveyne teşekkür mesajı gönderilmesi	Ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığıyla dahil edildiği tarihte, araştırmacının tanıtımı ve teşekkür mesajı gönderildi.

Tablo 3. (Devam)

Sonuçların değerlendirilmesi	1. ayda 50 deney grubu ebeveyne eğitim videolarının gönderilmesi	1. ayda deney grubundaki ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığıyla araştırmacı tarafından DISCERN ölçüm aracı kullanılarak, 10 uzman görüşü alınarak ve seslendirme programı aracılığıyla seslendirilen video gönderildi. Ebeveynlere erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim videosu ve araştırmacı tarafından pembe panter maketi üzerinde gerçekleştirilen diş fırçalama eğitim videosu gönderildi ve geri dönüt alınması sağlandı.
	2. ayda 50 deney grubu ebeveyne hatırlatma mesajı gönderilmesi	Ebeveynin kayıtlı telefon numarasına “ <i>Diş fırçalama, flor kullanımı, beslenme ve oral hijyen gibi ağız ve diş sağlığı uygulamaları, çocuklarda erken yaşlarda çürük riskinin saptanmasında ve muhtemel sorunların önüne geçilmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda; sizler için hazırladığımız erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik adımları içeren videoları izlemeyi ve eğitim kitapçığımızı okumayı unutmayınız. Çocuğunuzun sağlıklı gülüşleri için her zaman yanınızdayım. Eğitim materyallerini inceledikten sonra görüşlerinizi paylaşırsanız çok memnun olurum.</i> ” şeklinde hatırlatma mesajları gönderildi ve geri dönüt alınması da sağlandı.
	3. ayda 50 deney grubu ebeveyne eğitim broşürü gönderilmesi ay	3. ayda deney grubundaki ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim broşürü WhatsApp arayıcılığıyla gönderildi ve incelediklerinde geri dönüt yapmaları istendi.
	4. ayda 50 deney grubu ebeveyne hatırlatma mesajı gönderilmesi	Deney grubundaki ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına hatırlatma mesajı gönderildi.
	5. ayda 50 deney grubu ebeveyne hatırlatma mesajı gönderilmesi	Deney grubundaki ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına hatırlatma mesajı gönderildi.
	6. ayda 50 deney ve 50 kontrol grubu ebeveyne son test formunun uygulanması	Deney ve kontrol grubu ebeveynlerden, ilk görüşmeden 6 ay sonra kontrole gelmeleri istendi ve “Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu” uygulandı. Ebeveynler ile görüşmeler klinik içerisinde bulunan ve sadece eğitim amacı ile kullanılan sessiz, sakin bir eğitim odasında gerçekleştirildi.
	6. ayda 50 kontrol grubu ebeveyne erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim rehberinin verilmesi ve rutin oral hijyen eğitimi verilmesi	Kontrole gelen kontrol grubu ebeveynlere, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitim rehberi ve ardından rutin oral hijyen eğitimi verildi.
	6. ayda 50 deney ve 50 kontrol grubu çocuklara ağız içi muayene yapılması	Ayrıca kontrole gelen çocukların ağız içi muayeneleri uzman bir diş hekimi ve 5 Araştırma Görevlisi tarafından ayna ve sond yardımıyla yapıldı. DMFT değerleri kayıt altına alındı.

3.9. Araştırma Materyalleri

Bu araştırmada erken süt dişi çürüklerinin önlenmesine yönelik; eğitim rehberi (EK 3), eğitim broşürü (EK 4) ve eğitim videoları yer almaktadır. Bu araştırma doğrultusunda oluşturulan eğitim rehberinin uzmanlar tarafından uygunluğu, “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunu Değerlendirme Formu”, güvenilirliği ve bilgi kalite düzeyinin ölçümü ise DISCERN (Quality of Criteria for Consumer Health Information/Tüketici Sağlığı Bilgi Kriterlerinin Kalitesi) ölçüm aracı kullanılarak yapıldı. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunu Değerlendirme Formu, 4 maddeden oluşan içerik durumları, 5 maddeden oluşan okur yazarlık durumları, 5 maddeden oluşan resim-grafik durumları, 8 maddeden oluşan yazı ve plan durumları, 3 maddeden oluşan öğrenme-motivasyon durumları ve 2 maddeden oluşan kültürel uygunluk durumları olacak şekilde 6 bölümü ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır. Maddelerdeki uygunluk; evet ise 1 puan, hayır ise 0 puan verildikten sonra, toplam 1’den 27’ye kadar olan puanlama ile değerlendirmeye alındı (18-22. sorular olumsuz ifadeler içerdiğinden dolayı toplam puan hesaplanırken bu sorularda “hayır” cevabı 1 puan olarak kodlandı). Toplamda yüksek bir puanın bulunması, materyalin uygunluk seviyesinin daha iyi olduğunu belirtmektedir (181). Eğitim materyalinin güvenilirlik ve bilgi kalite düzeyinin ölçülmesinde kullanılan DISCERN ölçme aracı, sağlık konusunda bilgi sunmak amacıyla hazırlanan materyallerin güvenilirliğini ve kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Charnock ve arkadaşları tarafından 1999’da geliştirilmiş olup Gökdoğan tarafından 2003 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (182, 183). Ölçüm aracı toplamda 16 maddeden ve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci ve ikinci bölümde materyallerin puanlanması “Hayır (1), Kısmen (3), Evet (5)” şeklinde olup minimum 16, maksimum 80 puan alınmaktadır. Birinci bölümde 8 madde bulunmakta olup materyalin güvenilirliğini değerlendirir. Birinci bölümde hesaplanabilecek minimum puan 8 olması gerekirken, maksimum puanın 40 olması gerekmektedir. İkinci bölüm eğitim materyalinin bilgi kalitesini değerlendirir. İkinci bölüm 7 maddeden oluşurken, bu bölümde hesaplanabilecek minimum puanın 7, maksimum puanın ise 35 olması gerekmektedir. Üçüncü bölüm genel değerlendirmeyi içerir ve bu bölümde 1 madde yer alır. Ölçüm aracında üçüncü bölüm ayrı olarak değerlendirilmekte olup bu bölümden alınabilecek minimum puan 1 (düşük), maksimum puan 5 (yüksek)’tir. Bütün hesaplamalar sonucunda elde edilen toplam DISCERN değeri 16 ile 80 arasında bulunur. DISCERN ölçüm aracı toplam değerleri baz alındığında 16-26 skor değerleri arası “çok zayıf”, 27-38 skor değerleri arası “zayıf”, 39-50 skor değerleri arası “makul”, 51-62 skor değerleri arası “iyi” ve 63’ün üzerinde olan skor

değeri de “mükemmel” şeklinde değerlendirilmektedir. Bu araştırmada eğitim rehberi ve eğitim videoları 10 uzman tarafından DISCERN ölçüm aracı kullanılarak değerlendirildi. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kendall’s W uyum katsayısı testi yapıldı. Kendall’s W, 0 ile 1 aralığında değerler alır ve bu değer 1’e yaklaşma durumu değerlendirenler arasında uyumun arttığını göstermektedir. Ayrıca Kendall’s W uyum katsayısının $p < 0.05$ olarak bulunması değerlendirenler arasındaki uyumu temsil eder.

3.9.1. Eğitim Rehberi

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan eğitim rehberi; (40, 49, 83, 116, 120, 133, 137, 184-189) süt dişlerinin görevi, yapısı, erken süt dişi çürüğünün tanımı ve önlenmesine yönelik bilgiler içermektedir. Eğitim rehberi içeriğinde ayrıca; diş temizliği, diş fırçalama tekniği, diş macunu kullanımı, flor uygulaması, süt dişi çürüğüne neden olan faktörler vb. bilgiler yer almaktadır. Ebeveyn Eğitim Rehberi’ne ulaşmak için kullanılması gereken QR kodu Şekil 5’te gösterildi.



Şekil 5. Ebeveyn eğitim rehberi QR kodu

3.9.1.1. Eğitim Rehberinin Uzman Değerlendirme Süreci

Araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim rehberinin değerlendirilmesi aşamasında, Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunu Değerlendirme Formu (EK 5) ve DISCERN Ölçme Aracı-1 (EK 6) kullanıldı. Eğitim rehberinin değerlendirilmesi aşamasında; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan 1 öğretim üyesi, Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı’ndan 3 öğretim üyesi ve 6 çocuk diş hekimi olmak üzere

toplam 10 uzmandan görüş alındı. Eğitim rehberi ile ilgili uzmanlardan alınan yanıtlara ait değerlerin ortalamaları Tablo 4 ve 5’de gösterildi (181-183).

Tablo 4. Uzmanların eğitim rehberi ile ilgili yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunu değerlendirme formuna verdikleri yanıtların ortalamaları

	Evet (1)		Hayır (0)		Ort.±SS
	n	%	n	%	
A. İçerik Durumu					3.60±0.51
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?	10	100	0	0	
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?	10	100	0	0	
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?	10	100	0	0	
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?	6	60	4	40	
B. Okuryazarlık Durumu					4.80±0.63
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?	10	100	0	0	
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?	9	90	1	10	
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?	10	100	0	0	
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?	10	100	0	0	
9. İleri organizasyon var mıdır?	9	90	1	10	
C. Resim Grafik Durumu					4.90±0.32
10. Grafikler/resim/tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?	10	100	0	0	
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?	10	100	0	0	
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?	10	100	0	0	
13. Grafiklerin hepsinin yanında açıklama yapılmış mı?	10	100	0	0	
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?	9	90	1	10	
D. Yazı ve Plan Durumu					7.40±0.70
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?	10	100	0	0	
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ipuçları var mı?	10	100	0	0	
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?	10	100	0	0	
18. Materyal dağınık görünüyor mu?	2	20	8	80	
19. Kâğıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?	2	20	8	80	
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?	1	10	9	90	
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?	0	0	10	100	
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?	1	10	9	90	
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu					3.00 ± 0.00
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?	10	100	0	0	
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?	10	100	0	0	
25. Davranış uygulanabilir halde mi?	10	100	0	0	
F. Kültürel Uygunluk Durumu					2.00±0.00
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?	10	100	0	0	
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?	10	100	0	0	
TOPLAM					25.70±3.65

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 5. Uzmanların eğitim rehberi ile ilgili DISCERN ölçüm aracına verdikleri yanıtların ortalamaları

DISCERN Soruları	Ort.±SS
Bölüm 1 - Bilgi Güvenirliği	
1. Amaçlar açık mıdır?	5.00±0.00
2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?	4.60±0.52
3. Konu ile ilgili mi?	5.00±0.00
4. Bu eğitim rehberini hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?	4.20±1.03
5. Bu eğitim rehberinde bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?	3.40±1.26
6. Bu eğitim rehberinde sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?	5.00±0.00
7. Rehber ilave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?	3.40±1.07
8. Bu eğitim rehberinde belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?	3.70±1.34
Bölüm 2 - Bilgi Kalitesi	
9. Bu eğitim rehberinde bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?	5.00±0.00
10. Bu eğitim rehberinde bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?	5.00±0.00
11. Bu eğitim rehberi erken süt dişi çürükleri ile ilgili riskleri tanımlıyor mu?	4.90±0.32
12. Bu eğitim rehberinde bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağı tanımlanıyor mu?	4.20±1.03
13. Bu eğitim rehberi, sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	4.60±0.97
14. Birden fazla erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik seçenek olabileceği açıklanmış mıdır?	5.00±0.00
15. Eğitim rehberi ebeveynin karar vermesi için destek sağlıyor mu?	5.00±0.00
Bölüm 3 - Genel Değerlendirme	
16. Eğitim rehberinin genel değerlendirilmesi	5.00±0.00

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puanları Tablo 6’da gösterildi. Değerlendirme sonuçlarına göre, eğitim rehberinin bilgi güvenirliliği (ilk sekiz sorunun) ortalaması 34.30 ± 0.71 olup rehberin bilgi güvenirlilik değerinin yüksek olduğu saptandı. Bundan sonra gelen 7 sorunun yer aldığı eğitim rehberinin bilgi kalitesi ortalaması 33.70 ± 1.71 olarak bulundu ve eğitim rehberinin bilgi kalitesinin yüksek düzeyde olduğu saptandı. DISCERN toplam puan ortalamasının 73.57 ± 2.42 olduğu tespit edildi. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre uzman değerlendirmelerinin uyumluluk gösterdiği saptandı ($W = 0.564$; $p = 0.000$).

Tablo 6. DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puan ortalamaları

DISCERN ÖLÇÜM ARACI	PUAN ARALIĞI (Min – Max)	X ± SS	W ^a	P
Bölüm 1- Bilgi güvenirliği (8 soru)	8-40	34.30 ± 0.71	0.564	0.000
Bölüm 2- Bilgi kalitesi (7 soru)	7-35	33.70 ± 1.71		
Bölüm 3- Genel değerlendirme (1 soru)	1-5	5.00 ± 0.00		
Toplam Puan (16 soru)	16-80	73.57 ± 2.42		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, W^a: Kendall's uyum katsayısı

Uzman görüşleri ve yapılan değerlendirme doğrultusunda hazırlanan eğitim rehberinin bilgi kalitesi, bilgi güvenirliği ve şekil yapısı yönünden ölçüm kriterlerini sağladığı saptandı. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeler ve öneriler doğrultusunda eğitim rehberine son şekli verilip çoğaltıldı. Eğitim rehberi, araştırmacı tarafından deney grubu ebeveynlere ilk karşılaşma günü eğitim sonrasında, kontrol grubu ebeveynlere ise son test uygulaması sonrasında oral hijyen eğitiminin ardından verildi (Resim 1).



Resim 1. Ebeveynlere eğitim rehberinin verilmesi

3.9.1.2. Eğitim Rehberinin Okunabilirlik Düzeyinin Belirlenmesi

Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Eğitim Rehberi'nin okunabilirlik derecesini belirlemek amacıyla, Ateşman tarafından 1997 yılında Türkçe'ye çevrilen, "Eşitlik 1"de gösterilen Flesch okunabilirlik formülü kullanılarak hesaplama yapıldı.

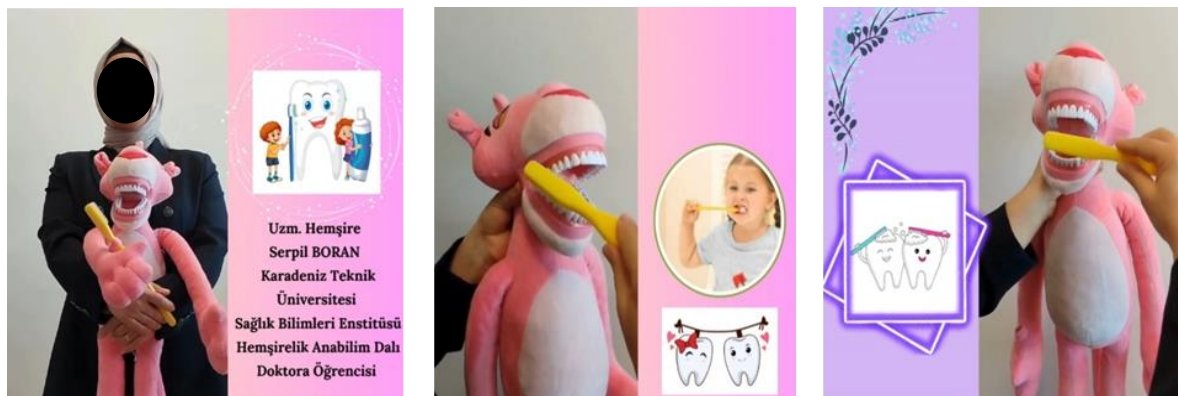
$$198.825 - (40.175 \times \frac{\text{Toplam hece}}{\text{Toplam kelime}}) - (2.610 \times \frac{\text{Toplam kelime}}{\text{Toplam cümle}}) = 79.974 \text{ (Eşitlik 1)}$$

$\downarrow$ $\downarrow$
 2.64 4.9

Uygulama öncesi erken süt dişi çürüklerinin önlenmesine yönelik eğitim rehberinin okunabilirlik indeksi araştırmacı tarafından hesaplandı. Metnin okunabilirlik puanı 100'e yaklaştıkça metnin daha kolay okunabilir olduğu, sıfıra yaklaştıkça ise okunması daha güç bir metin olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim rehberinin okunabilirlik düzeyi Ateşman'a göre 79.974 olarak hesaplandı ve eğitim içeriğinin kolay okunabilir olduğu saptandı (190).

3.9.2. Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme ve Diş Fırçalama Eğitimi Videoları

Eğitim videoları “Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme Eğitim Videosu” ve “Diş Fırçalama Eğitim Videosu” olmak üzere 2 videodan oluşmaktadır. “Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesi Eğitim Videosu; (1) süt dişi ve görevi, erken süt dişi çürüklerinin tanımı, (2) erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi ve (3) uygulama adımlarından oluşmaktadır (Resim 2). Video çekimi ve seslendirilmesi sesli video oluşturma programı aracılığıyla yapıldı. Erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim videosu süresi 15 dakika 43 saniyedir. Ayrıca literatür taranarak oluşturulan Diş Fırçalama Eğitim Videosu, araştırmacı tarafından temin edilen pembe panter oyuncakı üzerinde çocuklarda diş fırçalamanın anlatılması ile gerçekleştirildi. Diş fırçalama eğitim videosunun süresi 6 dakika 33 saniyedir. Eğitim videolarına ulaşmak için kullanılması gereken QR kodları Şekil 6'da gösterildi.



Resim 2. Diş fırçalama eğitim videosundan örnek görüntü alıntıları



Erken süt dişi çürüklerinin
nlenmesi eēitim videosuna
ulaşmak için QR kodu
okutunuz



Diş fırçalama
eēitim videosuna
ulaşmak için QR kodu
okutunuz

şekil 6. Eēitim videoları QR kodları

3.9.2.1. Eēitim Videolarının DISCERN lm Aracına Göre Uzman Deēerlendirmeleri

Erken süt dişi çürüklerini nleme ve diş fırçalama eēitim videolarının deēerlendirilmesi DISCERN lm Aracı-2 (EK 7) ile yapıldı. Erken süt dişi çürüklerini önlenme ve diş fırçalama eēitim videolarının deēerlendirilmesi eēitim rehberini deēerlendiren 10 uzman tarafından yapıldı. Eēitim videoları ile ilgili uzmanlardan alınan yanıtların ortalamaları Tablo 7’de gösterildi (182, 183).

Tablo 7. Uzmanların eğitim videoları konusunda DISCERN ölçüm aracına verdikleri yanıtların ortalamalarının dağılımları

DISCERN Soruları	Ort.±SS
Bölüm 1 - Bilgi Güvenirliği	
1. Amaçlar açık mıdır?	5.00±0.00
2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?	5.00±0.00
3. Konu ile ilgili mi?	5.00±0.00
4. Bu eğitim videosunu hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?	4.40±0.52
5. Bu eğitim videosunda bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?	4.40±0.52
6. Bu eğitim videosunda sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?	5.00±0.00
7. Video ilave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?	4.10±0.32
8. Bu eğitim videosunda belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?	4.30±0.48
Bölüm 2 - Bilgi Kalitesi	
9. Bu videodaki bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?	5.00±0.00
10. Bu videodaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?	5.00±0.00
11. Bu video erken süt dişi çürüklerini önleme ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?	5.00±0.00
12. Bu video erken süt dişi çürüklerinin önlenmediği durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?	5.00±0.00
13. Bu video sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	5.00±0.00
14. Birden fazla erken süt dişi çürüklerini önleme seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?	5.00±0.00
15. Bu video ebeveynin karar vermesi için destek sağlıyor mu?	4.90±0.32
Bölüm 3 - Genel Değerlendirme	
16. Eğitim videosunun genel değerlendirilmesi	5.00±0.00

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puan ortalamaları Tablo 8’de gösterildi. Değerlendirme sonuçlarına göre, eğitim videolarının bilgi güvenirliliği (ilk sekiz sorunun) ortalama değeri 37.20 ± 0.39 olarak bulundu ve eğitim videolarının bilgi güvenirliliğinin yüksek olduğu saptandı. Bundan sonra gelen yedi sorunun yer aldığı eğitim videolarının bilgi kalitesinin ortalaması 34.90 ± 0.04 olup eğitim videolarının bilgi kalitesinin yüksek olduğu belirlendi. DISCERN ölçüm aracı toplam puan ortalamasının 77.10 ± 0.43 olduğu tespit edildi. Ayrıca, yapılan analizlerin sonuçlarına göre uzmanların yaptıkları değerlendirmelerde uyumluluk bulunduğu görüldü ($W=0.656$; $p=0.000$). Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeler ve öneriler doğrultusunda hazırlanan eğitim videolarına son şekli verildi. Hazırlanan videolar ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp aracılığı ile gönderildi.

Tablo 8. DISCERN ölçüm aracı bölümlerinin puan ortalamaları

DISCERN ÖLÇÜM ARACI	PUAN ARALIĞI (Min – Max)	X ± SS	W ^a	P
Bölüm 1- Bilgi güvenirliği (8 soru)	8-40	37.20 ± 0.39	0.656	0.000
Bölüm 2- Bilgi kalitesi (7 soru)	7-35	34.90 ± 0.04		
Bölüm 3- Genel değerlendirme (1 soru)	1-5	5.00 ± 0.00		
Toplam Puan (16 soru)	16-80	77.10±0.43		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, W^a: Kendall's uyum katsayısı

3.9.3. Erken Süt Dişi Çürüklerini Önleme ve Maket Üzerinde Diş Fırçalama Eğitimi

Ebeveynlerle ilk karşılaşma günü, araştırmada kullanılan formlar doldurulduktan sonra sadece deney grubunda yer alan ebeveynlere sessiz ve sakin bir eğitim odasında erken süt dişi çürüklerini önleme eğitimi verildi. Ayrıca eğitimde araştırmacı tarafından temin edilen diş maketi üzerinde diş fırçalama eğitimi gerçekleştirildi (Resim 3).



Resim 3. Ebeveynlere EÇÇ'yi önleme ve maket üzerinde diş fırçalama eğitimi verilmesi

3.9.4. Eğitim Broşürü

Eğitim broşürü, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (40, 49, 83, 116, 120, 133, 137, 184-189) (EK 4). Broşürde, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik ebeveynlerin bilmesi ve dikkat etmesi gereken durumlar belirtildi. Broşürde ayrıca ebeveynlerin hangi durumlarda ve ne zaman sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuracaklarına

yönelik bilgiler de yer almaktadır. Broşür, araştırmacı tarafından 3. ayda ebeveynlerin cep telefonlarına mobil olarak gönderildi.

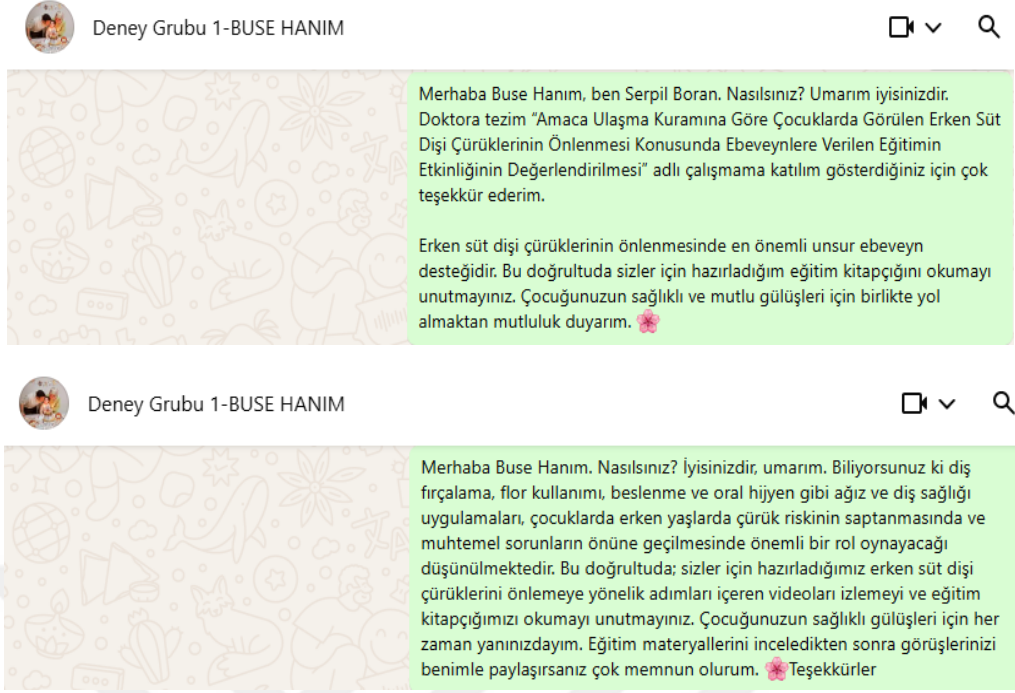
3.9.5. Mobil Destekli İletişim

Mobil destekli iletişim, ebeveynlere WhatsApp aracılığıyla erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi, diş fırçalama eğitim videolarının ve eğitim broşürünün gönderilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Videolar ve broşürler araştırmacı tarafından ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına gönderildi.

3.9.6. Hatırlatma Mesajı

Kısa mesaj hizmeti (SMS), cep telefonlarının yaygın olarak kullanılması sayesinde evrensel erişim olanağı sunmaktadır. Özellikle davranış değişikliğini teşvik etme potansiyeli nedeniyle, SMS tabanlı hatırlatıcılar sağlık alanında etkili bir iletişim aracı olarak önerilmektedir (191, 192). Bu çalışmada, ebeveynlerin cep telefonu sahibi oldukları göz önünde bulundurularak hatırlatma mesajları yöntemi tercih edildi. Bu kapsamda, çalışmaya dahil edilen her ebeveynin kayıtlı cep telefonu numarasına, katılımın gerçekleştiği tarihte araştırmacı tarafından çalışmaya katılım için teşekkür içeren bir bilgilendirme mesajı gönderildi (Resim 4).

Araştırmanın 1. gününde araştırmacı tarafından erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda deney grubu ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına “*Erken süt dişi çürüklerinin önlenmesinde en önemli unsur ebeveyn desteğidir. Bu doğrultuda; sizler için hazırladığımız eğitim kitapçığımızı okumayı unutmayınız*” şeklinde hatırlatma mesajları gönderildi. Ayrıca, araştırmanın 1. ayında erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim videosu ve diş fırçalama eğitim videosu, 2. ayda “*Diş fırçalama, flor kullanımı, beslenme ve oral hijyen gibi ağız ve diş sağlığı uygulamalarının, çocuklarda erken yaşlarda çürük riskinin saptanmasında ve muhtemel sorunların önüne geçilmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda; sizler için hazırladığımız erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik adımları içeren videoları izlemeyi ve eğitim kitapçığımızı okumayı unutmayınız. Çocuğunuzun sağlıklı gülüşleri için her zaman yanınızdayım. Eğitim materyallerini inceledikten sonra görüşlerinizi benimle paylaşırsanız çok memnun olurum.*” gibi hatırlatma mesajları gönderildi. Üçüncü ayda deney grubu ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığı ile araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim broşürü gönderildi. Ayrıca, deney grubu ebeveynlere 4. ve 5. aylarda hatırlatma mesajları gönderildi (Resim 4).



Resim 4. Teşekkür ve hatırlatma mesajı örneği

3.10. Verilerin Toplanması

Bu araştırma, araştırma verilerinin toplanması ve ön test-son test formlarının uygulanması olacak şekilde iki aşamada gerçekleşti.

3.10.1. Uygulama Basamakları

Araştırmaya dahil edilen ebeveynler ile yaklaşık 5-10 dakikalık yüz yüze görüşme yapılarak araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilerek katılmaya istekli olan ebeveynlere, araştırmacı tarafından araştırma formları uygulanmadan önce "Bilgilendirilmiş Onam Formu" imzalatıldı. Ebeveynlerin birbirinden etkilenmesini önlemek amacıyla her bir ebeveynle görüşmeler ayrı ayrı gerçekleştirildi.

İlk Karşılaşma:

- Araştırmaya dahil olan ebeveynlere "Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu" uygulandı. Ardından hem deney hem de kontrol grubunda bulunan ebeveynlere "Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu" uygulandı.
- Deney grubundaki ebeveynlere yaklaşık 20-30 dakika basılı ve görsel materyaller içeren yüz yüze eğitim ve diş maketi üzerinde diş fırçalama eğitimi verildi.

- Eğitim sonrasında deney grubundaki ebeveynlere erken süt dişı çürüklerini önlemeye yönelik basılı eğitim rehberi (Erken Süt Dişı Çürüklerini Önlemeye Yönelik Ebeveyn Eğitim Rehberi) verildi.
- Ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığıyla dahil edildiği tarihte, araştırmacının kendini tanıtımı ve araştırmaya katılımına yönelik teşekkür SMS'si gönderildi.

1. Ay: Ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığıyla araştırmacı tarafından hazırlanan erken süt dişı çürüklerini önleme eğitim videosu ve diş fırçalama eğitim videosu gönderildi. Gönderilen eğitim videolarını izlemeleri durumunda geri bildirim yapmaları gerektiği ebeveynlere hatırlatıldı.

2. Ay: Hatırlatma mesajı olarak ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına; *“Diş fırçalama, flor kullanımı, beslenme ve oral hijyen gibi ağız ve diş sağlığı uygulamaları, çocuklarda erken yaşlarda çürük riskinin saptanmasında ve muhtemel sorunların önüne geçilmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda; sizler için hazırladığımız erken süt dişı çürüklerini önlemeye yönelik adımları içeren videoları izlemeyi ve eğitim kitapçığımızı okumayı unutmayınız. Çocuğunuzun sağlıklı gülüşleri için her zaman yanınızdayım. Eğitim materyallerini inceledikten sonra görüşlerinizi benimle paylaşırsanız çok memnun olurum.”* şeklinde mesajlar gönderildi ve bu sayede ebeveynlerin eğitim materyallerini okuduklarına dair geri dönüt alınması da sağlandı.

3. Ay: Ebeveynlerin kayıtlı telefon numaralarına WhatsApp arayıcılığıyla araştırmacı tarafından hazırlanan erken süt dişı çürüklerini önleme eğitim broşürü gönderildi. Gönderilen eğitim broşürünü okumaları durumunda geri bildirim yapmaları gerektiği ebeveynlere hatırlatıldı.

4. Ay: Hatırlatma mesajı gönderildi.

5. Ay: Hatırlatma mesajı gönderildi.

İlk Karşılaşmadan Altı Ay Sonra: Araştırmanın son aşamasında deney ve kontrol grubundaki ebeveynlere “Erken Süt Dişı Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu” uygulandı ve sonuçlar kayıt altına alındı. Uygulama basamakları özet halinde Tablo 9’da gösterildi.

Tablo 9. Deney ve kontrol grubu ebeveynler için uygulama çizelgesi

Zaman	Yapılan Uygulamalar		
Karşılaşılan gün	-Bilgilendirilmiş onam alınması -Çocuk ve ebeveyn tanıtıcı bilgi formu ve ön test formunun uygulanması -Erken süt dişi çürüklerini önleme eğitimi verilmesi (Sadece deney grubu)	-Eğitim rehberi verilmesi (Sadece deney grubu) -Teşekkür mesajı	-Ağız içi muayene
1. ay	-Erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim videosu ve diş fırçalama eğitim videosu (Sadece deney grubu)	-Hatırlatma mesajları (Sadece deney grubu)	
2. ay	-Hatırlatma mesajları (Sadece deney grubu)		
3. ay	-Broşür gönderilmesi (Sadece deney grubu)	-Hatırlatma mesajları (Sadece deney grubu)	
4. ay	-Hatırlatma mesajları (Sadece deney grubu)		
5. ay	-Hatırlatma mesajları (Sadece deney grubu)		
6. ay	-Son test formunun uygulanması	-Eğitim rehberi verilmesi ve oral hijyen eğitimi (Sadece kontrol grubu)	-Ağız içi muayene

Araştırmadaki çocuklara invaziv herhangi bir tedavi uygulanmadı ve diş çürüklerindeki ilerlemeyi durduracak bir işlem yapılmadı. Uzman bir diş hekimi ve 5 Araştırma Görevlisi ile DMFT değerleri bakıldı. Bunun yanında, DMFT değeri bakan diş hekimleri arasında tutarlılık sağlanamadığı ve primer amacımızın DMFT değerlerini tespit etmek olmadığı için DMFT değerleri bakıldı fakat kalibrasyonu sağlanamadığı için teze konulmadı.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmada paralel gruplu (oran 1:1), ön ve son test randomize kontrol gruplu deneysel desende bir metot kullanıldı.
- Araştırmaya katılan ebeveynlerin hangi grupta yer alacaklarının bilgisayar programı kullanılarak belirlenmesi, ebeveynlerin kendi bulundukları grup dışında başka

grupların olduklarını bilmemeleri ve istatistiksel analizden sorumlu kişinin gruplara ait kodlara kör olması,

- Ebeveynlerin bilgilendirilmesi, eğitimler ve iletişim tek bir kişi tarafından gerçekleştirildi.
- Eğitim rehberi ve eğitim videolarının güvenilirliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğu Formu, Ateşman Okunabilirlik Formülü ve DISCERN ölçüm aracı kullanıldı.
- Bu araştırmanın yüz yüze gerçekleştirilmesi, hem yazılı hem görsel materyallerin bir arada kullanılması ve hatırlatma mesajları ile eğitimin desteklenmesi araştırmanın bir diğer güçlü yönüdür.

3.12. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

- Bu araştırmada kullanılacak eğitim materyallerinin uygunluğunun belirlenmesinde Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğu Formu ve güvenirliliğinin belirlenmesinde DISCERN ölçüm aracı kullanılarak 10 uzman görüşü alınması, araştırma süresinin planlanan zamandan daha uzun sürmesine sebep oldu.
- Araştırmada eğitim videoları ve eğitim broşürlerinin WhatsApp aracılığıyla ebeveynlere iletilmesi sürecinde, ebeveynlerin internet bağlantı sorunları yaşamaları önemli bir güçlük oluşturdu.
- Araştırmaya katılan deney grubu ebeveynlerin eğitim materyallerini inceleyip incelemediklerine ilişkin geri bildirimlerin izlenmesi güçlük oluşturdu.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların yalnızca RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Bölümü'ne tedavi amacıyla başvuran 0-3 yaş aralığındaki sağlıklı çocukların ebeveynlerine genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edildi. Araştırmanın yaş aralığının 0-3 yaş olması, diğer yaş gruplarının dahil edilmemesi ve araştırmanın temel amacı DMFT indeksinin belirlenmesi olmadığından, ölçümlere ilişkin standardizasyonun sağlanamaması nedeniyle DMFT verilerinin analizlere ve tez kapsamına dahil edilmemiş olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.14. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

Araştırmanın RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'nde yapılabilmesi için fakülte dekanlığından 08.03.2024 tarihinde kurum izni alındı (EK 8), sonrasında

16.05.2024 tarihinde RTEÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (2024/109 karar numarası, Sayı: E-40465587-050.01.04-1059) etik kurul onayı alındı (EK 9).

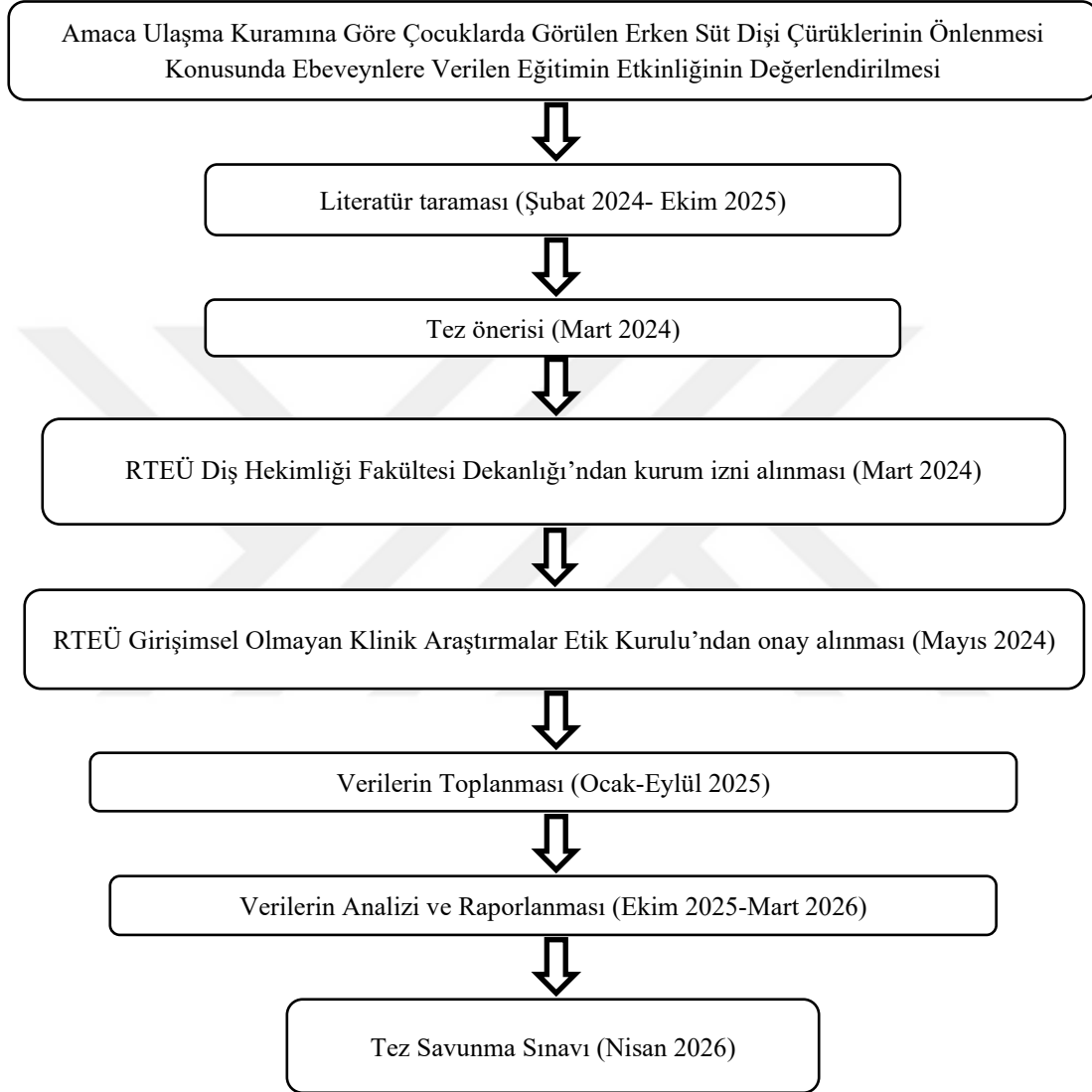
Araştırmacı tarafından veri toplamadan önce dahil edilme kriterlerine uyan ebeveynlere, araştırma hakkında bilgi verildi, aydınlatılmış onam formu imzalatıldı ve ebeveynlerin sözlü ve yazılı onayları alındı (EK 10). Araştırmamıza katılım gösteren ebeveynlere verdikleri bilgilerin gizli ve saklı tutulacağı, araştırmamız dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve verdiği bilgilerin güvenliğinin korunacağı belirtildi. Ayrıca, araştırmamıza katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve istenildiğinde araştırmadan ayrılacakları anlatıldı. Yazılı izin alındıktan sonra ilk karşılaşma günü tüm ebeveynlere ön test uygulandı, sonrasında deney grubundaki ebeveynlerle eğitime başlandı. Eğitim sunumu, diş maketi üzerinde eğitimin gerçekleştirilmesi ve eğitim rehberinin verilmesinde, fotoğraflar için ebeveynlerden izin alındı. Bu araştırmamızda, Dünya Tabipler Birliği Deklarasyonu tarafından kabul edilen Helsinki Deklarasyonu ilkelerine bağlı kalındı.

3.15. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS v23, Jamovi 2.7.6. ve R v4.4.1 programı ile analiz edildi. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov ile analiz edildi. İki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi kullanıldı. İki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesinde Yates düzeltmesi ve Monte Carlo düzeltmeli Fisher Exact testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Z testi ile incelendi. İki bağımlı kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında McNemar testi kullanıldı. Grup ve zamana göre normal dağılım göstermeyen bilgi ve davranış toplam puanları walrus paketi kullanılarak Robust ANOVA ile incelendi. Çoklu karşılaştırmalar Holm düzeltmeli Robust t testi ile incelendi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi MASS paketi kullanılarak Robust Regresyon analizi ile incelendi. Nicel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ve medyan (minimum: maksimum) olarak verildi. Kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak verildi. İstatistiksel önem düzeyi $p < 0.05$ olarak sunuldu.

3.16. Araştırma Planı

Araştırmanın aşamaları ve bu aşamaların hangi tarihlerde gerçekleştirildiğini gösteren araştırma planı Şekil 7’de verildi.



Şekil 7. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen ebeveyn ve çocuğa ait nicel değişkenlerin (annenin yaşı, babanın yaşı, toplam çocuk sayısı, çocuğun kaç aylık olduğu) deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 10'da belirtildi. Deney ve kontrol gruplarında medyan (ortanca) anne yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p=0.563$). Deney grubunda medyan anne yaş değeri 32 iken kontrol grubunda da bu değer 32 olarak elde edildi. Deney grubunda medyan baba yaş değeri 36 iken kontrol grubu babalarda bu değer 37 olarak elde edildi. Elde edilen medyan baba yaş değerlerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.074$). Deney grubunda medyan toplam çocuk sayısı değeri 1.5 iken kontrol grubunda 2 olarak elde edildi. Elde edilen medyan toplam çocuk sayısı değerlerine göre deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık görüldü ($p=0.003$). Deney grubunda medyan çocuk ay değeri 28 iken kontrol grubunda 35 ay olarak elde edildi. Elde edilen medyan çocuk ay değerlerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.463$).

Tablo 10. Deney ve kontrol gruplarına göre nicel değişkenlerin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar		Toplam	Test İstatistiği	p
	Deney	Kontrol			
	Medyan (Min:Max)	Medyan (Min:Max)	Medyan (Min:Max)		
Anne yaşı	32 (24: 40)	32 (27: 42)	32 (24: 42)	1166.000	0.563 ^x
Baba yaşı	36 (28: 49)	37 (26: 48)	36 (26: 49)	-1.804	0.074 ^x
Çocuk sayısı	1.5 (1: 4)	2 (1: 6)	2 (1: 6)	835.500	0.003^x
Çocuk ayı	28 (15: 36)	35 (12: 36)	34 (12: 36)	1147.000	0.463 ^x

^xMann Whitney U test; Min: Max: Minimum: Maksimum

Deney ve kontrol grupları ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantıya ilişkin sayı ve yüzde dağılımları Tablo 11'de verildi. Deney grubunda yakınlık derecesi incelendiğinde anne oranı %92 iken, baba oranı %8 şeklinde saptandı. Kontrol grubunda ise yakınlık derecesi incelendiğinde anne oranı %88 iken, baba oranı %12 şeklinde saptandı. Yakınlık derecesi ile gruplar arasındaki bağlantı istatistiksel açıdan incelendiğinde anlamlı bir bağlantının mevcut olmadığı saptandı ($p=0.739$). Deney grubunda anne eğitim durumu incelendiğinde ilkökul ve altı eğitim oranı %0, ortaokul oranı %12, lise oranı %22 ve üniversite/yüksekokul oranı %66 şeklinde saptandı. Kontrol grubunda anne eğitim durumu incelendiğinde ilkökul ve altı eğitim oranı %16, ortaokul oranı %2, lise oranı %32 ve üniversite/yüksekokul oranı %50 şeklinde saptandı. Anne eğitim durumu ile gruplar

arasındaki ilişkinin anlamlılığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görüldü ($p=0.004$). İlkokul ve altı eğitim durumu olanlarda gruplara göre anlamlı farklılık bulundu. Deney grubunda baba eğitim durumu incelendiğinde ilkokul ve altı eğitim oranı %0, ortaokul oranı %10, lise oranı %26 ve üniversite/yüksekokul oranı %64 şeklinde saptandı. Kontrol grubunda ise baba eğitim durumu incelendiğinde ilkokul ve altı eğitim oranı %12, ortaokul oranı %18, lise oranı %34 ve üniversite/yüksekokul oranı %36 şeklinde saptandı. Baba eğitim durumu ile gruplar arasındaki bağlantı istatistiksel açıdan incelendiğinde anlamlı bir bağlantının mevcut olduğu saptandı ($p=0.006$). İlkokul ve altı ile üniversite/yüksekokul eğitimine sahip olanlarda gruplara göre anlamlı farklılık bulundu.

Deney grubunda anne çalışma durumu incelendiğinde çalışma oranı %52 iken, çalışmama oranı %48 olarak saptandı. Kontrol grubunda ise anne çalışma durumu incelendiğinde çalışma oranı %24 iken, çalışmama oranı %76 olarak bulundu. Anne çalışma durumu ve gruplar arasındaki ilişkinin anlamlılığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görüldü ($p=0.007$). Çalışan annelerde gruplara göre anlamlı bir farklılık bulundu. Deney grubunda baba çalışma durumu incelendiğinde çalışma oranı %96 iken, çalışmama oranı %4 şeklinde saptandı. Kontrol grubunda ise baba çalışma durumu incelendiğinde çalışma oranı %98 iken, çalışmama oranı %2 olarak bulundu. Baba çalışma durumu ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p=1.000$).

Deney grubundaki ailelerin yaşadıkları yerler incelendiğinde, ilde yaşayanların oranı %76, ilçe oranı %16 ve köy oranı %8 şeklinde bulundu. Kontrol grubunda ise yaşanan yer incelendiğinde il oranı %56, ilçe oranı %34 ve köy oranı %10 olarak saptandı. Ailenin yaşadığı yer ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p=0.080$). Deney grubunun gelir düzeyi incelendiğinde, geliri giderinden az olanların oranı %24, geliri gidere denk olanların oranı %50 ve geliri giderden fazla olanların oranı %26 olarak bulundu. Kontrol grubunun gelir düzeyi incelendiğinde, geliri giderden az olanların oranı %20, geliri gidere denk olanların oranı %62 ve geliri giderden fazla olanların oranı %18 şeklinde bulundu. Ailelerin gelir düzeyi ile gruplar arasında bir bağlantı olup olmadığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantının olmadığı tespit edildi ($p=0.473$).

Deney grubundaki çocukların %60'ının kız, %40'ının erkek olduğu; kontrol grubundaki çocukların ise %68'inin kız ve %32'sinin erkek olduğu belirlendi. Gruplar arasında çocukların cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.532$). Deney ve kontrol grubunda çocuğun sürekli kullandığı bir ilacı olup

olmadığı incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %2 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %98 olarak bulundu. Çocuğun sürekli kullandığı bir ilacı olup olmaması ile gruplar arasındaki bağlantı istatistiksel açıdan incelendiğinde anlamlı bir bağlantının mevcut olmadığı saptandı ($p=1.000$). Deney grubunda çocuğun diş hekimine gelme nedeni incelendiğinde; genel kontrol/muayene oranı %72, acil şikâyet (travma, ağrı, apse vb.) nedeniyle oranı %4, diş çürüğü nedeniyle oranı %22 ve diğer nedenler (ortodontik, ağız kokusu vb.) oranı %2 şeklinde saptandı. Kontrol grubunda çocuğun diş hekimine gelme nedeni incelendiğinde; genel kontrol/muayene cevabı verenlerin oranı %44, acil şikâyet nedeniyle oranı %8, diş çürüğü nedeniyle oranı %48 şeklinde saptandı. Çocuğun diş hekimine gelme nedeni ile gruplar arasındaki bağlantı istatistiksel açıdan incelendiğinde anlamlı bir bağlantının mevcut olduğu saptandı ($p=0.008$). Genel kontrol/muayene ve diş çürüğü kategorilerinde gruplara göre anlamlı farklılık bulundu.

Deney grubundaki ebeveynlerin ağız sağlığı konusunda eğitim alıp almadıkları incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %62 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %38 olarak bulundu. Kontrol grubundaki ebeveynlerin ağız sağlığı konusunda eğitim alıp almadıkları incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %60 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %40 olarak saptandı. İstatistiksel analiz sonuçlarına göre ebeveynlerin ağız sağlığı konusunda eğitim alıp almama durumları ile gruplar arasında anlamlı bir bağlantının olmadığı görüldü ($p=1.000$). Deney grubundaki ebeveynler eğitim almış ise eğitimi kimden aldıkları sorgulandığında; diş hekiminden cevabı verenlerin oranı %34.3, hemşire cevabı verenlerin oranı %6.3, öğretmen cevabı verenlerin oranı %3.1, diğer sağlık profesyonelleri cevabı verenlerin oranı %9.4 ve diğer (sosyal medya, internet, Youtube, sağlıkla ilgili internet siteleri) cevabı verenlerin oranı %46.9 olarak bulundu. Kontrol grubundaki ebeveynler eğitim almış ise eğitimi kimden aldıkları sorgulandığında; diş hekiminden cevabı verenlerin oranı %16.6, hemşire cevabı verenlerin oranı %10, öğretmen cevabı verenlerin oranı %6.7 ve diğer cevabı verenlerin oranı %66.7 olarak saptandı. Eğitim alan ebeveynlerin eğitimi kimden aldıkları ile gruplar arasındaki bağlantı istatistiksel açıdan incelendiğinde anlamlı bir bağlantının mevcut olmadığı saptandı ($p=0.162$).

Deney grubundaki ebeveynlere çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı olup olmadığı sorulduğunda evet cevabı verenlerin oranı %44 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %52 ve hatırlamıyorum cevabı verenlerin oranı %4 olarak saptandı. Kontrol grubundaki ebeveynlere çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı olup olmadığı sorulduğunda evet

cevabı verenlerin oranı %26 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %74 olarak saptandı. Çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı olup olmama durumu ile gruplar arasındaki ilişkinin anlamlılığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görüldü ($p=0.036$). Çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığı olmayanlarda gruplara göre anlamlı farklılık bulundu. Deney grubunda beslenme dışı emme alışkanlığı olan çocuklar incelendiğinde biberon kullanan çocukların oranı %20.8 iken, emzik kullanma oranı %62.5 ve parmak emme oranı ise %16.7 olarak saptandı. Kontrol grubunda beslenme dışı emme alışkanlığı olan çocuklar incelendiğinde biberon kullanan çocukların oranı %38.5 iken, emzik kullanma oranı %53.8 ve parmak emme oranı ise %7.7 olarak bulundu. İstatistiksel analiz sonuçlarına göre çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığı bulunma durumu ile deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantının olmadığı belirlendi ($p=0.562$).

Tablo 11. Gruplara göre çocuk ve ebeveynlere ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar		Toplam n (%)	Test İstatistiği	p
	Deney n (%)	Kontrol n (%)			
Yakınlık derecesi					
Anne	46 (92)	44 (88)	90 (90)	0.111	0.739 ^x
Baba	4 (8)	6 (12)	10 (10)		
Anne eğitim durumu				13.982	0.004^y
İlkokul ve altı	0 (0) ^a	8 (16) ^b	8 (8)		
Ortaokul	6 (12)	1 (2)	7 (7)		
Lise	11 (22)	16 (32)	27 (27)		
Üniversite/Yüksekokul	33 (66)	25 (50)	58 (58)		
Baba eğitim durumu				11.620	0.006^y
İlkokul ve altı	0 (0) ^a	6 (12) ^b	6 (6)		
Ortaokul	5 (10)	9 (18)	14 (14)		
Lise	13 (26)	17 (34)	30 (30)		
Üniversite/Yüksekokul	32 (64) ^a	18 (36) ^b	50 (50)		
Anne çalışma durumu				7.173	0.007^x
Çalışıyor	26 (52) ^a	12 (24) ^b	38 (38)		
Çalışmıyor	24 (48)	38 (76)	62 (62)		
Baba çalışma durumu				---	1.000 ^z
Çalışıyor	48 (96)	49 (98)	97 (97)		
Çalışmıyor	2 (4)	1 (2)	3 (3)		
Yaşanılan yer				4.855	0.080 ^y
İl	38 (76)	28 (56)	66 (66)		
İlçe	8 (16)	17 (34)	25 (25)		
Köy	4 (8)	5 (10)	9 (9)		

Tablo 11. (Devam)

Gelir düzeyi					
Geliri giderden az	12 (24)	10 (20)	22 (22)		
Geliri gidere denk	25 (50)	31 (62)	56 (56)	1.555	0.473 ^y
Geliri giderden fazla	13 (26)	9 (18)	22 (22)		
Çocuğun cinsiyeti					
Kız	30 (60)	34 (68)	64 (64)		
Erkek	20 (40)	16 (32)	36 (36)	0.391	0.532 ^x
Çocuğun sürekli kullandığı ilaç varlığı					
Evet	1 (2)	1 (2)	2 (2)		
Hayır	49 (98)	49 (98)	98 (98)	---	1.000 ^z
Çocuğun dış hekimine gelme nedeni					
Genel kontrol/Muayene,	36 (72) ^a	22 (44) ^b	58 (58)		
Acil şikâyet (travma, ağrı vb.)	2 (4)	4 (8)	6 (6)		
Dış çürüğü	11 (22) ^a	24 (48) ^b	35 (35)	9.765	0.008^y
Diğer (ortodontik, koku vb.)	1 (2)	0 (0)	1 (1)		
Ağız sağlığı eğitimi alma durumu					
Evet	31 (62)	30 (60)	61 (61)		
Hayır	19 (38)	20 (40)	39 (39)	0.000	1.000 ^x
Evet ise kimden eğitim alındığı					
Dış hekim	11 (34.3)	4 (16.6)	15 (24.6)		
Hemşire	2 (6.3)	3 (10)	5 (8.2)		
Öğretmen	1 (3.1)	2 (6.7)	3 (4.9)		
Diğer sağlık profesyonelleri	3 (9.4)	0 (0)	3 (4.9)	6.121	0.162 ^y
Diğer (sosyal medya, internet, Youtube vb.)	15 (46.9)	20 (66.7)	35 (57.4)		
Çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı durumu					
Evet	22 (44)	13 (26)	35 (35)		
Hayır	26 (52) ^a	37 (74) ^b	63 (63)	5.818	0.036^y
Hatırlamıyorum	2 (4)	0 (0)	2 (2)		
Evet ise çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı					
Biberon kullanmak	5 (20.8)	5 (38.5)	10 (27)		
Emzik kullanmak	15 (62.5)	7 (53.8)	22 (59.5)	1.506	0.562 ^y
Parmak emmek	4 (16.7)	1 (7.7)	5 (13.5)		

^xYates düzeltmesi; ^yMonte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n: Frekans

Tablo 12’de deney ve kontrol gruplarının zamana göre bilgi toplam puanları karşılaştırıldı. Zaman gözetmeksizin gruplara göre medyan bilgi toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0.001$). Deney grubu için medyan ön test puanı 14.5 iken kontrol grubu için 9 olarak elde edildi. Grup gözetmeksizin zamanlara göre medyan bilgi toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0.001$). Ön test medyan değeri 9 iken son test medyan değeri 13.5 olarak bulundu. Grup ve zaman etkileşimine göre bilgi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.001$). Deney grubu ön test etkileşim değeri 10, son test etkileşim değeri 19 iken, kontrol grubu ön test etkileşim değeri 9, son test etkileşim değeri de 9 olarak bulundu. Ön test

içerisinde gruplara göre farklılık bulunmazken son test içerisinde gruplara göre anlamlı farklılık görüldü. Deney grubundaki ön test son test puanları arasında farklılık bulunurken kontrol grubu ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 12. Deney ve kontrol gruplarının zamana göre bilgi toplam puanlarının karşılaştırılması

	Gruplar		Toplam		Test İstatistiği	p ^x	EB
	Deney	Kontrol					
	Medyan (Min: Max)	Medyan (Min: Max)	Medyan (Min: Max)				
Ön test	10 (2: 16) ^A	9 (1: 16) ^A	9 (1: 16)	Grup	123.5	<0.001	0.386
Son test	19 (12: 20) ^B	9 (0: 16) ^A	13.5 (0: 20)	Zaman	82.7	<0.001	0.297
Toplam	14.5 (2: 20)	9 (0: 16)		Grup x Zaman	82.7	<0.001	0.297

^xRobust ANOVA (karşılaştırma yöntemi olarak medyan kullanıldı). Min: Max: Minimum: Maksimum; EB: Etki Büyüklüğü; ^{A-B}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında fark yoktur.

Deney ve kontrol gruplarının zamana göre davranış toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te verildi. Zaman gözetmeksizin gruplara göre medyan davranış toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p < 0.001$). Deney grubu için medyan ön test puanı 4 iken kontrol grubu için ön test puanı 2 olarak elde edildi. Grup gözetmeksizin zamanlara göre medyan davranış toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p = 0.052$). Toplam olarak ön test medyan değeri 3 iken son test medyan değeri de 3 olarak bulundu. Grup ve zaman etkileşimine göre davranış toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p = 0.010$). Deney grubu ön test etkileşim değeri 3 iken, son test etkileşim değeri 4 bulundu. Kontrol grubu ön test etkileşim değeri 2 iken son test etkileşim değeri de 2 olarak elde edildi. Ön test içerisinde gruplara göre anlamlı farklılık saptandı. Benzer şekilde son test içerisinde de gruplara göre anlamlı farklılık bulundu. Deney grubunda ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılık bulunurken, kontrol grubunda ön test ve son test arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 13. Deney ve kontrol gruplarının zamana göre davranış toplam puanlarının karşılaştırılması

	Gruplar		Toplam		Test İstatistiği	p ^x	EB
	Deney	Kontrol					
	Medyan (Min: Max)	Medyan (Min: Max)	Medyan (Min: Max)				
Ön test	3 (1: 6) ^C	2 (0: 6) ^A	3 (0: 6)	Grup	34.120	<0.001	0.148
Son test	4 (2: 6) ^B	2 (0: 6) ^A	3 (0: 6)	Zaman	3.790	0.052	0.019
Toplam	4 (1: 6)	2 (0: 6)		Grup x Zaman	6.570	0.010	0.032

^xRobust ANOVA (karşılaştırma yöntemi olarak medyan kullanıldı). Min: Max: Minimum: Maksimum; EB: Etki Büyüklüğü; ^{A-C}: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında fark yoktur.

Deney ve kontrol grupları ile ön test ve son test sonuçları arasındaki bağlantı analiz edilerek Tablo 14'te gösterildi. Ebeveynlerin düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmadı ($p=0.093$). Deney grubunda ön test sonucuna göre düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gittiğini belirten ebeveynlerin oranı %44 iken kontrol grubunda bu oran %26 olarak elde edildi. Ebeveynlerin düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulundu ($p=0.001$). Deney grubunda son test sonucuna göre düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gittiğini belirten ebeveynlerin oranı %62 iken kontrol grubunda bu oran %26 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.035$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine gitme zamanında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunmadı ($p=0.127$). Çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine gitme zamanı ön test için verilen doğru cevap oranı %38 iken kontrol grubunda bu oran %22 olarak elde edildi. Çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine gitme zamanı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda son test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %92 iken kontrol grubu için bu oran %22 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Ebeveynin çocuğun dişlerini temizlemeye başlama zamanında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.416$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %46 iken kontrol grubunda bu oran %36 olarak elde edildi. Ebeveynin çocuğun dişlerini temizlemeye başlama zamanı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %92 iken kontrol grubunda bu oran %38 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocukların diş hekimi kontrolüne götürülme sıklığında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=1.000$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %48 iken kontrol grubunda da bu oran %48 olarak elde edildi. Çocukların diş hekimi kontrolüne götürülme sıklığı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %86 iken kontrol grubunda bu oran %46 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Süt dişlerinin çıkmaya başlama zamanında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.002$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %78 iken kontrol grubunda bu oran %46 olarak elde edildi. Süt dişlerinin çıkmaya başlama zamanı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %90 iken kontrol grubunda bu oran %46 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.146$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Süt dişlerinin görünümünde ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=1.000$). Deney grubunda ön

test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %54 iken kontrol grubunda bu oran %56 olarak elde edildi. Süt dişlerinin görünümü son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %56 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Diş çürüğünün tanımında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.291$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %72 iken kontrol grubunda bu oran %60 olarak elde edildi. Diş çürüğünün tanımı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.007$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %86 iken kontrol grubunda bu oran %60 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.118$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.096$). Deney grubunda ön test için bu soruda çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %84 olarak elde edildi. Çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.01$). Deney grubunda son test için bu soruda çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma oranı %100 iken kontrol grubunda bu oran %84 olarak elde edildi. Bu soruda deney ve kontrol grubu için karşılaştırma yapılmadı.

Çocukların yardım almadan kendi dişlerini etkili bir şekilde temizleme zamanında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=1.000$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %12 iken kontrol grubunda bu oran %10 olarak elde edildi. Çocukların yardım almadan kendi dişlerini etkili bir şekilde temizleme zamanı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %66 iken kontrol grubunda

bu oran %10 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklarda diş fırçalama sıklığında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.093$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %92 iken kontrol grubunda bu oran %78 olarak elde edildi. Çocuklarda diş fırçalama sıklığı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %100 iken kontrol grubunda bu oran %78 olarak elde edildi. Bu soruda deney ve kontrol grubu için karşılaştırma yapılmadı.

Çocuklar için diş fırçası tipi seçiminde ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.815$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %74 iken kontrol grubunda bu oran %78 olarak elde edildi. Çocuklar için diş fırçası tipi seçimi son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.006$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %98 iken kontrol grubunda bu oran %78 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.002$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocukların diş fırçalarının değiştirilme süresinde ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.785$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %86 iken kontrol grubunda bu oran %82 olarak elde edildi. Çocukların diş fırçalarının değiştirilme süresi son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.005$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %100 iken kontrol grubunda bu oran %82 olarak elde edildi. Bu soruda deney ve kontrol grubu için karşılaştırma yapılmadı.

Çocuklarda dişler fırçalandıktan sonra dilin de temizlenme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmadı ($p=0.056$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %8 iken kontrol grubunda bu oran %24 olarak elde edildi. Çocuklarda dişler fırçalandıktan sonra dilin de temizlenme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %84 iken kontrol grubunda bu oran %18 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.25$).

Süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=1.000$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %62 iken kontrol grubunda bu oran %60 olarak elde edildi. Süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %60 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Dişler için uygulanan florürün faydalı olup olmama durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.61$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %22 iken kontrol grubunda bu oran %16 olarak elde edildi. Dişler için uygulanan florürün faydalı olup olmama durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %16 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya başlama zamanında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.117$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %12 iken kontrol grubunda bu oran %2 olarak elde edildi. Çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya

başlama zamanı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %90 iken kontrol grubunda bu oran %2 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklar dişlerini ilk defa fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.546$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %48 iken kontrol grubunda bu oran %40 olarak elde edildi. Çocuklar dişlerini ilk defa fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %40 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

İçme suyundaki florür miktarına dikkat etme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.61$). Deney grubunda ön test için bu soruda içme suyundaki florür miktarına dikkat etme oranı %22 iken kontrol grubunda bu oran %16 olarak elde edildi. İçme suyundaki florür miktarına dikkat etme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda son test için bu soruda içme suyundaki florür miktarına dikkat etme oranı %56 iken kontrol grubunda bu oran %16 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Florürlü su içmenin çocukları etkileme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=1.000$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %16 iken kontrol grubunda bu oran %14 olarak elde edildi. Florürlü su içmenin çocukları etkileme durumu son test

sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %92 iken kontrol grubunda bu oran %14 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğü oluşumunu etkileme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.317$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %54 iken kontrol grubunda bu oran %42 olarak elde edildi. Çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğü oluşumunu etkileme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %94 iken kontrol grubunda bu oran %42 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuğun süt ve süt ürünleri tüketim sıklığında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.307$). Deney grubunda ön test için bu soruda süt ve süt ürünleri tüketme oranı %66 iken kontrol grubunda bu oran %54 olarak elde edildi. Çocuğun süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.036$). Deney grubunda son test için bu soruda süt ve süt ürünleri tüketme oranı %76 iken kontrol grubunda bu oran %54 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.267$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuğun asitli içecek tüketim sıklığında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.513$). Deney grubunda ön test için bu soruda asitli içecek tüketmeme oranı %74 iken kontrol grubunda bu oran %66 olarak elde edildi. Çocuğun asitli içecek tüketim sıklığı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

($p=0.177$). Deney grubunda son test için bu soruda asitli içecek tüketmeme oranı %80 iken kontrol grubunda bu oran %66 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.549$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuğun ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığında ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.017$). Deney grubunda ön test için bu soruda şekerli yiyecek ve içecek tüketmediğini belirtenlerin oranı %34 iken kontrol grubunda bu oran %12 olarak elde edildi. Çocuğun ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığı son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0.01$). Deney grubunda son test için bu soruda şekerli yiyecek ve içecek tüketmediğini belirtenlerin oranı %36 iken kontrol grubunda bu oran %12 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocukların yemesi için teşvik edilmeleri gereken atıştırma türlerinde ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.201$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %16 iken kontrol grubunda bu oran %6 olarak elde edildi. Çocukların yemesi için teşvik edilmeleri gereken atıştırma türleri son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %80 iken kontrol grubunda bu oran %6 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Çocuklar beslenirken ebeveyn ile ortak kaşık kullanmanın diş çürüğü oluşumuna etkisinde ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.054$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %78 iken kontrol grubunda bu oran %58 olarak elde edildi. Çocuklar beslenirken ebeveyn ile ortak kaşık kullanmanın diş çürüğü oluşumuna etkisinde son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %98 iken kontrol grubunda bu oran %58 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.006$). Kontrol grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Ebeveynlerin çocukların beslenmesiyle ilgili doğru uygulamaları bilme durumunda ön test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.226$). Deney grubunda ön test için bu soruya verilen doğru cevap oranı %64 iken kontrol grubunda bu oran %50 olarak elde edildi. Ebeveynlerin çocukların beslenmesiyle ilgili doğru uygulamaları bilme durumu son test sonuçlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda bu soru için son testte verilen doğru cevap oranı %96 iken kontrol grubunda bu oran %50 olarak elde edildi. Deney grubunda bu soru için ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). Kontrol grubu ön test ile son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=1.000$).

Tablo 14. Deney ve kontrol grupları ile ön test ve son test sonuçları arasındaki bağlantının incelenmesi

Özellikler	Gruplar		Toplam	Test İstatistiği	p ^x	EB
	Deney	Kontrol				
	n (%)	n (%)	n (%)			
Ebeveynlerin düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitme durumu						
Ön test	22 (44)	13 (26)	35 (35)	2.813	0.093	-0.189
Son test	31 (62)	13 (26)	44 (44)	11.729	0.001	-0.363
p ^y	0.035	1.000				
Çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine gitme zamanını bilme durumu						
Ön test	19 (38)	11 (22)	30 (30)	2.333	0.127	-0.175
Son test	46 (92)	11 (22)	57 (57)	47.164	<0.001	-0.707
p ^y	<0.001	1.000				
Ebeveynin çocuğun dişlerini temizlemeye başlama zamanını bilme durumu						
Ön test	23 (46)	18 (36)	41 (41)	0.661	0.416	-0.102
Son test	46 (92)	19 (38)	65 (65)	29.714	<0.001	-0.566
p ^y	<0.001	1.000				
Çocukların diş hekimi kontrolüne götürülme sıklığını bilme durumu						
Ön test	24 (48)	24 (48)	48 (48)	0.000	1.000	0.000
Son test	43 (86)	23 (46)	66 (66)	16.087	<0.001	-0.422
p ^y	<0.001	1.000				
Süt dişlerinin çıkmaya başlama zamanını bilme durumu						
Ön test	39 (78)	23 (46)	62 (62)	9.550	0.002	-0.330
Son test	45 (90)	23 (46)	68 (68)	20.267	<0.001	-0.472
p ^y	0.146	1.000				
Süt dişlerinin görünümünü bilme durumu						
Ön test	27 (54)	28 (56)	55 (55)	0.000	1.000	0.020
Son test	48 (96)	28 (56)	76 (76)	19.792	<0.001	-0.468
p ^y	<0.001	1.000				
Diş çürüğünün tanımını bilme durumu						
Ön test	36 (72)	30 (60)	66 (66)	1.114	0.291	-0.127
Son test	43 (86)	30 (60)	73 (73)	7.306	0.007	-0.293
p ^y	0.118	1.000				
Çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma durumu						
Ön test	48 (96)	42 (84)	90 (90)	2.778	0.096	-0.200
Son test	50 (100)	42 (84)	92 (92)	6.658	0.01	-0.295
p ^y	---	---				
Çocukların yardım almadan kendi dişlerini temizleme zamanını bilme durumu						
Ön test	6 (12)	5 (10)	11 (11)	0.000	1.000	-0.032
Son test	33 (66)	5 (10)	38 (38)	30.942	<0.001	-0.577
p ^y	<0.001	1.000				
Çocuklarda diş fırçalama sıklığını bilme durumu						
Ön test	46 (92)	39 (78)	85 (85)	2.824	0.093	-0.196
Son test	50 (100)	39 (78)	89 (89)	10.215	0.001	-0.352
p ^y	---	---				
Çocuklar için diş fırçası seçimini bilme durumu						
Ön test	37 (74)	39 (78)	76 (76)	0.055	0.815	0.047
Son test	49 (98)	39 (78)	88 (88)	7.670	0.006	-0.308
p ^y	0.002	1.000				

Tablo 14. (Devam)

Çocukların diş fırçası değiştirilme süresini bilme durumu						
Ön test	43 (86)	41 (82)	84 (84)	0.074	0.785	-0.055
Son test	50 (100)	41 (82)	91 (91)	7.814	0.005	-0.314
p ^y	---	---				
Çocuklarda dişler fırçalandıktan sonra dilini temizlememesi gerektiğini bilme durumu						
Ön test	4 (8)	12 (24)	16 (16)	3.646	0.056	0.218
Son test	42 (84)	9 (18)	51 (51)	40.976	<0.001	-0.660
p ^y	<0.001	0.250				
Süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilmesi gerektiğini bilme durumu						
Ön test	31 (62)	30 (60)	61 (61)	0.000	1.000	-0.021
Son test	48 (96)	30 (60)	78 (78)	16.841	<0.001	-0.435
p ^y	<0.001	1.000				
Dişler için uygulanan florürün faydalı olduğunu bilme durumu						
Ön test	11 (22)	8 (16)	19 (19)	0.260	0.61	-0.076
Son test	48 (96)	8 (16)	56 (56)	61.729	<0.001	-0.806
p ^y	<0.001	1.000				
Çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya başlama zamanını bilme durumu						
Ön test	6 (12)	1 (2)	7 (7)	2.458	0.117	-0.196
Son test	45 (90)	1 (2)	46 (46)	74.436	<0.001	-0.883
p ^y	<0.001	1.000				
Çocukların dişlerini ilk defa fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarını bilme durumu						
Ön test	24 (48)	20 (40)	44 (44)	0.365	0.546	-0.081
Son test	48 (96)	20 (40)	68 (68)	33.502	<0.001	-0.600
p ^y	<0.001	1.000				
İçme suyundaki florür miktarına dikkat etme durumu						
Ön test	11 (22)	8 (16)	19 (19)	0.260	0.610	-0.076
Son test	28 (56)	8 (16)	36 (36)	15.668	<0.001	-0.417
p ^y	<0.001	1.000				
Florürlü su içmenin çocuklardaki etkilerini bilme durumu						
Ön test	8 (16)	7 (14)	15 (15)	0.000	1.000	-0.028
Son test	46 (92)	7 (14)	53 (53)	57.969	<0.001	-0.781
p ^y	<0.001	1.000				
Çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğü oluşumuna etkisini bilme durumu						
Ön test	27 (54)	21 (42)	48 (48)	1.002	0.317	-0.120
Son test	47 (94)	21 (42)	68 (68)	28.772	<0.001	-0.557
p ^y	<0.001	1.000				
Çocuğun süt ve süt ürünleri tüketim sıklığının artma durumu						
Ön test	33 (66)	27 (54)	60 (60)	1.042	0.307	-0.122
Son test	38 (76)	27 (54)	65 (65)	4.396	0.036	-0.231
p ^y	0.267	1.000				
Çocuğun asitli içecek tüketim sıklığını azaltma durumu						
Ön test	37 (74)	33 (66)	70 (70)	0.429	0.513	-0.087
Son test	40 (80)	33 (66)	73 (73)	1.826	0.177	-0.158
p ^y	0.549	1.000				
Çocuğun ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığını azaltma durumu						
Ön test	17 (34)	6 (12)	23 (23)	5.647	0.017	-0.261
Son test	18 (36)	6 (12)	24 (24)	6.634	0.010	-0.281
p ^y	1.000	1.000				

Tablo 14. (Devam)

Çocukların yemesi için teşvik edilmeleri gereken atıştırma türlerini bilme durumu						
Ön test	8 (16)	3 (6)	11 (11)	1.634	0.201	-0.160
Son test	40 (80)	3 (6)	43 (43)	52.876	<0.001	-0.747
p ^y	<0.001	1.000				
Ebeveyn ile ortak kaşık kullanmanın çocuklarda diş çürüğü oluşumuna etkisini bilme durumu						
Ön test	39 (78)	29 (58)	68 (68)	3.722	0.054	-0.214
Son test	49 (98)	29 (58)	78 (78)	21.037	<0.001	-0.483
p ^y	0.006	1.000				
Ebeveynlerin çocukların beslenmesiyle ilgili doğru uygulamaları bilme durumu						
Ön test	32 (64)	25 (50)	57 (57)	1.469	0.226	-0.141
Son test	48 (96)	25 (50)	73 (73)	24.556	<0.001	-0.518
p ^y	<0.001	1.000				

^xYates düzeltmesi, ^yMcNemar testi; n: Frekans; EB: Etki Büyüklüğü (Phi)

Ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve davranış toplam puanlarına ait değişim değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 15'te verildi. Deney grubunda medyan bilgi toplam değişim puanı 9 iken kontrol grubunda bu değer 0 olarak elde edildi. Bilgi toplam değişim puanına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Deney grubunda medyan davranış toplam değişim puanı 1 iken kontrol grubunda bu değer 0 olarak elde edildi. Davranış toplam değişim puanına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

Tablo 15. Ebeveynlerin bilgi ve davranış toplam puanlarına ait değişim değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması

	Gruplar		Toplam	Test	p	EB
	Deney	Kontrol				
	Medyan	Medyan	Medyan	İstatistiği		
	(Min: Max)	(Min: Max)	(Min: Max)			
Bilgi toplam değişim	9 (3: 16)	0 (-2: 1)	2 (-2: 16)	2 500.0	<0.001^x	3.397
Davranış toplam değişim	1 (-2: 4)	0 (0: 0)	0 (-2: 4)	1 750.0	<0.001^x	0.734

^xMann Whitney U Testi; Min: Max: Minimum: Maksimum; EB: Etki Büyüklüğü

Araştırmadaki bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan bilgi değişim puanı üzerindeki etkisi Robust regresyon analizi ile incelendi ve model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 16) ($F=3.640$; $p<0.001$). Çocuğun diş hekimine gelme nedeni olarak diğer nedenlerden dolayı gelenlerin kontrol/muayene için gelenlere göre bilgi puanları 11.631 birim daha az bulundu ($p=0.045$). Ağız sağlığı eğitimi almayanlarda bilgi toplam puanı eğitim alanlara göre 10.573 birim daha fazla bulundu ($p=0.020$). Çocuğun beslenme dışı

emme alışkanlığı varlığına bilmiyorum diyenlerin bilgi puanı evet diyenlere göre 9.354 birim daha fazla bulundu ($p=0.015$).

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan davranış değişim puanı üzerindeki etkisi Robust regresyon analizi ile incelendi ve model istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 17) ($F=2.157$; $p=0.019$). Ailenin gelir düzeyine göre geliri giderine denk olanların davranış puanları, geliri giderinden az olanlara göre 0.395 birim daha düşük bulundu ($p=0.038$). Çocuğun diş hekimine gelme nedenine diğer cevabını verenlerin davranış puanları, kontrol/muayene için cevabını verenlere göre 2.111 birim daha düşük bulundu ($p=0.012$). Ağız sağlığı eğitimini diğer sağlık profesyonellerinden alan ebeveynlerin davranış puanları, diş hekiminden alanlara göre 1.422 birim daha fazla bulundu ($p=0.002$).

Tablo 16. Bağımsız değişkenlerin bilgi değişim puanı üzerindeki etkisinin Robust Regresyon analizi ile incelenmesi

Özellikler	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	t	p	VIF
Sabit	5.074 (0.295: 9.853)	2.368	---	2.143	0.038	---
Baba eğitim durumu (Referans: İlkokul ve altı)						
Ortaokul	0.065 (-4.325: 4.455)	2.175	0.005	0.030	0.976	2.575
Lise	1.352 (-2.769: 5.474)	2.042	0.136	0.662	0.512	4.718
Üniversite/Yüksekokul	3.217 (-0.541: 6.975)	1.862	0.361	1.728	0.091	4.862
Anne çalışma durumu (Çalışmıyor)	-1.289 (-3.768: 1.19)	1.228	-0.143	-1.049	0.300	2.057
Baba çalışma durumu (Çalışmıyor)	2.572 (-2.233: 7.377)	2.381	0.128	1.080	0.286	1.556
Yaşanılan yer (Referans: İl)						
İlçe	-1.595 (-3.964: 0.773)	1.174	-0.157	-1.359	0.181	1.478
Köy	-1.804 (-6.088: 2.48)	2.123	-0.114	-0.850	0.400	1.987
Gelir Düzeyi (Referans: Geliri giderinden az)						
Geliri giderine denk	-1.587 (-4.113: 0.938)	1.251	-0.178	-1.268	0.212	2.186
Geliri giderinden fazla	-0.62 (-3.518: 2.277)	1.436	-0.062	-0.432	0.668	2.291
Çocuğun diş hekimine gelme nedeni (Referans: Genel kontrol/muayene)						
Acil şikâyet (travma, ağrı, apse vb.)	-4.101 (-11.365: 3.163)	3.599	-0.120	-1.139	0.261	1.228
Diş çürüğü	-2.319 (-4.646: 0.007)	1.153	-0.258	-2.012	0.051	1.829
Diğer (ortodontik, ağız kokusu vb.)	-11.631 (-23.009: -0.253)	5.638	-0.340	-2.063	0.045	3.014
Ağız sağlığı eğitimi alma durumu (Hayır)	10.573 (1.728: 19.419)	4.383	0.309	2.412	0.020	1.822
Evet ise kimden (Referans: Diş hekimi)						
Hemşire	0.733 (-2.849: 4.314)	1.775	0.046	0.413	0.682	1.389
Öğretmen	0.183 (-4.611: 4.976)	2.375	0.009	0.077	0.939	1.549
Diğer sağlık profesyonelleri	4.987 (-1.117: 11.09)	3.024	0.248	1.649	0.107	2.511
Diğer (sosyal medya, internet, Youtube, sağlıkla ilgili internet siteleri)	0.551 (-1.793: 2.896)	1.162	0.062	0.475	0.638	1.883
Çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı varlığı (Referans: Evet)						
Hayır	-1.671 (-4.21: 0.869)	1.258	-0.186	-1.328	0.192	2.189
Bilmiyorum	9.354 (1.945: 16.762)	3.671	0.383	2.548	0.015	2.511

F=3.640; p<0.001; R²=0.622; Durbin Watson:1.524; β^1 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı; β^2 : Standartlaştırılmış beta katsayısı; GA: Güven Aralığı; VIF: Varyans Şişkinlik Faktörü

Tablo 17. Bağımsız değişkenlerin davranış değişim puanı üzerindeki etkisinin Robust Regresyon analizi ile incelenmesi

Özellikler	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	t	p	VIF
Sabit	0.347 (-0.354: 1.048)	0.347	---	0.999	0.324	---
Baba eğitim durumu (Referans: İlkokul ve altı)						
Ortaokul	-0.038 (-0.663: 0.586)	0.310	-0.022	-0.124	0.902	2.568
Lise	-0.062 (-0.648: 0.523)	0.290	-0.051	-0.215	0.831	4.689
Üniversite/Yüksekokul	0.275 (-0.257: 0.807)	0.263	0.247	1.044	0.303	4.663
Anne çalışma durumu (Çalışmıyor)	-0.024 (-0.391: 0.343)	0.182	-0.021	-0.132	0.896	2.099
Baba çalışma durumu (Çalışmıyor)	-0.243 (-0.927: 0.44)	0.339	-0.099	-0.719	0.476	1.575
Yaşanılan yer (Referans: İl)						
İlçe	-0.1 (-0.438: 0.239)	0.168	-0.081	-0.593	0.556	1.551
Köy	0.151 (-0.453: 0.756)	0.300	0.078	0.505	0.616	1.978
Gelir düzeyi (Referans: Geliri giderinden az)						
Geliri giderine denk	-0.395 (-0.767: -0.022)	0.185	-0.353	-2.138	0.038	2.266
Geliri giderinden fazla	-0.066 (-0.494: 0.362)	0.212	-0.052	-0.311	0.757	2.339
Çocuğunuzun diş hekimine gelme nedeni (Genel kontrol/muayene)						
Acil şikâyet (travma, ağrı, apse vb.)	0.142 (-0.902: 1.187)	0.518	0.034	0.275	0.785	1.273
Diş çürüğü	-0.263 (-0.596: 0.07)	0.165	-0.235	-1.591	0.119	1.811
Diğer (ortodontik, ağız kokusu vb.)	-2.111 (-3.733: -0.49)	0.803	-0.505	-2.628	0.012	3.067
Ağız sağlığı eğitimi alma durumu (Hayır)	1.246 (-0.017: 2.508)	0.626	0.298	1.991	0.053	1.860
Evet ise kimden (Referans: Diş hekimi)						
Hemşire	0.21 (-0.34: 0.76)	0.273	0.102	0.770	0.446	1.443
Öğretmen	0.189 (-0.493: 0.87)	0.338	0.077	0.558	0.580	1.565
Diğer sağlık profesyonelleri	1.422 (0.541: 2.302)	0.436	0.578	3.257	0.002	2.616
Diğer (sosyal medya, internet, Youtube, sağlıkla ilgili internet siteleri)	-0.008 (-0.355: 0.339)	0.172	-0.007	-0.047	0.963	1.958
Çocuğun beslenme dışı emme alışkanlığı varlığı (Referans: Evet)						
Hayır	0.082 (-0.307: 0.471)	0.193	0.072	0.426	0.673	2.403
Bilmiyorum	0.068 (-0.997: 1.133)	0.528	0.023	0.128	0.899	2.598

F=2.157; p=0.019; R²=0.494; Durbin Watson:2.133; β^1 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı; β^2 : Standartlaştırılmış beta katsayısı; GA: Güven Aralığı; VIF: Varyans Şişkinlik Faktörü

Eğitim programının çeşitli bileşenlerine yönelik ebeveynlerin eğitimden memnuniyet düzeyleri likert tipine uygun olarak “Çok Memnunum” 5 puan, “Memnunum” 4 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Memnun Değilim” 2 puan ve “Hiç Memnun Değilim” 1 puan olacak biçimde değerlendirildi. Ebevenlerin %98’i eğitim rehberinden, %96’sı da erken süt dişi çürüklerini önleme ve diş fırçalama eğitim videolarından memnun kaldıklarını belirttiler. Ayrıca broşür memnuniyet düzeyi, diğer bileşenlere göre nispeten daha düşük olmakla birlikte; eğitim içeriği, ilk karşılaşma eğitimi ve hatırlatma mesajları da ebeveynler tarafından oldukça olumlu değerlendirildi. Ebeveynlerin çoğunun (%98) “tekrar eğitim düzenlenirse katılım” seçeneğini işaretlemesi, verilen eğitimin ebeveynler tarafından yararlı bulunduğunu ve genel memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Ebeveynlerin erken süt dişi çürüklerine yönelik verilen eğitime ilişkin memnuniyet düzeylerinin dağılımı

Memnuniyet Düzeyi	Deney Grubu (n=50)	
	n	%
Eğitim verilen eğitim odasından		
Memnunum	12	24
Çok memnunum	38	76
Eğitimin süresinden		
Memnunum	15	30
Çok memnunum	35	70
Eğitimin içeriğinden		
Memnunum	7	14
Çok memnunum	43	86
İlk karşılaşma günü verilen eğitimden		
Memnunum	4	8
Çok memnunum	46	92
Araştırmacı tarafından verilen eğitim rehberinden		
Memnunum	1	2
Çok memnunum	49	98
Araştırmacı tarafından gönderilen erken süt dişi çürüklerini önleme eğitim videosundan		
Memnunum	2	4
Çok memnunum	48	96
Araştırmacı tarafından gönderilen diş fırçalama eğitim videosundan		
Memnunum	2	4
Çok memnunum	48	96
Araştırmacı tarafından gönderilen broşürden		
Memnunum	11	22
Çok memnunum	39	78
Araştırmacı tarafından gönderilen hatırlatma mesajlarından		
Memnunum	6	12
Çok memnunum	44	88
Tekrar bir eğitim düzenlenirse katılmak ister misiniz?		
Evet	49	98
Hayır	1	2

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, erken süt dişi çürüklerinin (EÇÇ) önüne geçebilmek amacıyla ebeveynlerin bilgi düzeyleri belirlenerek diş çürükleri konusunda bilgilendirilmeleri ve amaca ulaşma kuramı çerçevesinde eğitilmeleri amaçlandı. Bebeklerde 0-3 yaş dönemi, ebeveynlerin ağız ve diş bakımı konusunda farkındalık kazanmaları, doğru tutum ve uygulamaların gelişimi için rehberlik almaları bakımından önemli bir yaş aralığıdır (193, 194). Hemşireler; ev ziyaretleri, rutin kontroller, bilgilendirme, eğitim, aşılar ve çocukluk hastalıkları gibi nedenlerle aile ve çocuğun sağlık sisteminde karşılaştığı ilk sağlık profesyonellerinden biridir. Bu durum, bu meslek grubuna çocuklarda ağız ve diş bakımı konusunda ebeveynleri bilgilendirme bakımından önemli bir avantaj sağlamaktadır (195, 196). Bu avantaj dikkate alınarak araştırmamızda da çocuklardaki diş çürükleri konusunda ebeveynlere bilgi verilmesi ve eğitilmeleri, alanında uzman bir eğitim hemşiresi tarafından gerçekleştirilerek hemşirelik bilimine katkı sağlanmaya çalışıldı.

Erken çocukluk dönemi ağız ve diş sağlığı açısından risk faktörleri arasında; ebeveynlerin eğitim ve gelir düzeyi, ailenin beslenme ve temizlik alışkanlıkları dahil olmak üzere ağız sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri, ailedeki çocuk sayısı ve çocuğun yaşadığı çevresel koşullar gibi sosyal ve davranışsal faktörler bulunmaktadır (197, 198). Çocuklarda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel amacı, öncelikle çocuğun birincil bakımından sorumlu ebeveyne ulaşarak bu konuda bilgi ve farkındalığını artırmaktır (199). Bu araştırma ile hemşirelerin eğitim programlarını yaygınlaştırarak kazanacakları tecrübe sayesinde ebeveynler için gerekli koruyucu ağız ve diş sağlığı rehberlik faaliyetlerinde aktif rol alabilecekleri düşünüldü. Ağız ve diş sağlığının bir genel sağlık unsuru olarak birincil sağlık hizmetleriyle entegrasyonunun gerekliliği, dünya çapında birçok araştırmada değerlendirilmiştir (200-202). EÇÇ'nin önlenmesi konusunda, çocuk ve ailenin sağlık sistemi içerisinde diş hekimine başvurmadan önce görüştüğü çocuk doktorları ve genel pratisyenlerin yanında hemşireler de bilgi, erken teşhis ve rehberlik bakımından önemli bir konuma sahiptirler (203). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, pediatri hemşirelerinin ve ebeveynlerin yenidoğanlar ve çocuklarda ağız ve diş bakımı konusunda yeterince bilgili olmadıkları ortaya konulmuştur (204). Bu araştırma sonucunda, ebeveynlere amaca ulaşma kuramı çerçevesinde verilen eğitim sonrasında bilgi ve davranış düzeylerinde anlamlı bir artış saptandı.

Hajiahmadi ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının, eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla günlük diş fırçalama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (205). Bir başka araştırmada, Garrocho-Rangel ve arkadaşları ebeveynlerin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik konumunun çocuğun ağız sağlığını etkilediğini ortaya koymuştur. Çocuklarda diş çürüğünün, eğitim seviyesi yüksek ve daha varlıklı olan ebeveynler tarafından, eğitim seviyesi düşük ve daha az varlıklı olan ebeveynlere göre daha fazla önlenbildiği saptanmıştır (206). Aynı zamanda eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının diş sağlığıyla daha çok ilgilendiği, bunun aksine düşük aile gelirleri olan çocuklarda diş çürüğü olan ailelerle daha az eğitilmiş ebeveynler arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, diş çürüğü uygun bir beslenme yetersizliği nedeniyle oluşabilmekte ve bu da diş çürüklerinin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (207). Özellikle çocukların atıştırmayı sevdikleri, sağlıklı beslenme alışkanlıklarına uymadıkları ve şekerli, yapışkan yiyecekleri tercih ettikleri bilinmektedir. Bu davranışların çocukların diş sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı literatürde de genel kabul görmektedir. Kötü beslenme alışkanlıkları ve sağlıksız bir yaşam tarzı, ebeveynlerin bilgi eksikliğine ve düşük sosyoekonomik durumlarına bağlanabilir. Ebeveynlerin çocuklarının ağız sağlığına ilişkin tutumları, büyük ölçüde eğitim geçmişlerinden etkilenmekte ve eğitilmiş ebeveynler çocuklarının ağız sağlığıyla daha çok ilgilenmektedirler (207, 208). Bu araştırmada da yukarıdaki araştırmalara benzer şekilde ebeveynlerin eğitim ve gelir düzeylerinin artmasına paralel olarak EÇÇ konusundaki bilgi ve davranış durumlarının iyileştiği, ayrıca çocuklarında oluşabilecek diş çürüğünü önleyici beslenme alışkanlıkları konusunda daha doğru uygulamalar yaptıkları tespit edildi ve bu yönüyle araştırmanın H1 ve H2 kabul hipotezlerinin desteklendiği belirlendi.

Ebeveynlere yüz yüze ve mobil destekli eğitim verilmesine yönelik çalışmalar incelendiğinde, Weinstein ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada, 6-18 aylık bebeği olan ebeveynlere verilen yüz yüze eğitim ve sonrasında sağlanan mobil hatırlatmaların, EÇÇ farkındalığını artırdığı ve çürük gelişimini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır (209). Benzer şekilde, Ismail ve arkadaşlarının çalışmasında da yüz yüze eğitim ve telefonla yapılan hatırlatmaların, çocuklarda düzenli diş fırçalama alışkanlığını artırdığı ve yeni çürük oluşum riskini azalttığı belirlenmiştir (210). Bu araştırmada ise 6 aylık eğitim süreci sonunda kontrol grubuna oranla deney grubu ebeveynlerin EÇÇ konusundaki bilgi ve davranış düzeylerinin ve bu konuda evde yaptıkları doğru uygulamaların istatistiksel olarak

önemli düzeyde arttığı belirlendi. Makvandi ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan, ağız sağlığı eğitiminin değerlendirildiği bir araştırmada, deney grubundaki anneler bir kitapçık aracılığıyla bilgilendirilmiş ve bu kitapçık annelere 10 gün ve 3 ay sonra tekrar okumaları ve verilen mesajları hatırlamaları için verilmiştir (211). Araştırmamız kapsamında ise 6 aylık eğitim sürecinde ebeveynlerin bilgi düzeyindeki değişikliklerin sürdürülebilir olup olmadığını belirlemek için eğitim öncesinde ön test, eğitimden sonra son test formları uygulanarak bu dönemlerdeki farklılıklar karşılaştırıldı. Bunun yanında, daha uzun süreli araştırmalar yapılması gerektiğini öneren araştırmacılar da bulunmaktadır (212, 213). Freudenthal ve Bowen, yaptıkları bir araştırmada gelir düzeyi düşük 72 anneden oluşan grubu ikiye ayırarak, 40 tanesine ağız-diş sağlığı ve beslenme hakkında bir defa 20-30 dk. süreyle yüz yüze eğitim vermişlerdir. Verilen eğitimin 1. ve 2. haftasında, telefonla hatırlatma mesajları gönderilmiştir. Dört hafta süren takip süreci sonrasında annelerin çocuklarına kazandırdıkları ağız-diş hijyeni alışkanlıklarında ve ortak çatal/kaşık kullanım durumlarında önemli düzeyde iyileşme görülmüştür (214). Bu araştırmada eğitim öncesinde çocuklarının diş fırçalamalarına yardımcı olan ebeveyn oranı %84 iken, eğitim sonrasında bu oran %100 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmakla birlikte ($p=0.01$), eğitim yöntemiyle ebeveynlerin çocuklarının diş fırçalamasına yardımcı olma alışkanlığı kazanabileceği görüldü. Bu sonuçlara göre, araştırmanın H2 kabul hipotezinin doğruluğu kanıtlandı.

Araştırmamızda, deney grubunda yer alan ebeveynlerle gerçekleştirilen yüz yüze ve uygulamalı eğitim faaliyetlerinin ardından ebeveynlere eğitim rehberi verildi. Ayrıca mobil destek kapsamında video ve broşür gibi eğitim materyalleri ebeveynlere gönderildi. Deney grubundaki ebeveynlerin kontrol grubuna oranla bilgi ve davranış seviyelerinde önemli düzeyde artış saptandı ($p<0.001$). Bu durum, eğitim modellerinin her birinin ebeveynlerin ve çocuklarının ağız-diş sağlığıyla ilgili farkındalıklarını artırma konusunda etkili olduğunu göstermektedir. Farklı eğitim yöntemleri kullanılarak ebeveynlerle yapılan pek çok araştırma bulunmaktadır (213, 215, 216). Yüz yüze gerçekleştirilen sözel eğitim en fazla tercih edilen yöntemdir (217). Ebeveyn eğitimi konusunda kullanılan diğer yöntemler ise dijital ortamlarda video ve ses kayıt uygulamalarıdır (215, 216). Video ve yayın teknolojileri sayesinde ebeveynlere ağız ve diş sağlığı konularında etkili bir eğitim verilebilmektedir. Bu eğitim modelleri, hemşireler tarafından rutin olarak uygun ve sessiz ortamlarda ebeveynlere uygulanabilmektedir (212). Yapılan bir araştırmada, anne babaların çocuklarının ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgilere erişebilmek için genellikle telefon uygulamalarını ve interneti

kullandıkları saptanmıştır (218). Benzer şekilde araştırmamızda da ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı konusunda en fazla bilgi ve eğitim aldıkları kaynaklar; sosyal medya, internet ve Youtube olarak (%57.4) bulundu.

Genel olarak ağız ve diş sağlığı alanında karşılaşılan en temel sorunlardan biri yalnızca şikâyet durumunda diş hekimliği kliniklerine başvurulmasıdır. Düzenli diş hekimi ziyareti gerçekleştiren kişilerin, düzenli diş hekimi ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre düşük seviyede diş hastalıkları riskinin bulunduğu düşünülmektedir. Ülkemizde yetişkin bireylerin diş hekimi ziyaretleri konusunda yapılan araştırmalar sonucunda, diş hekimine başvuru sıklıkları ile bunu etkileyen faktörlerle ilişkisi incelenmiş, düzenli diş hekimi ziyaretlerinin oldukça düşük düzeyde kaldığı görülmüştür (219-221). Bu araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde, araştırmalara katılan bireylerin önemli bir bölümünün düzenli bir şekilde diş hekimi ziyareti yapmadığı görülmektedir. Özellikle eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin düzenli olarak diş hekimine gitmeyişi, genel olarak toplumun ileri düzeyde eğitim görmüş kesiminin zayıf diş sağlığı disiplini yansıması bakımından ilgi çekicidir. Araştırmamızda da benzer şekilde ebeveynlerin daha az bir kısmının düzenli diş hekimi ziyareti yaptığı, çoğunluğun ise düzenli diş hekimi kontrolüne gitmediği saptandı. Ebeveynlerde düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitme durumu, deney grubunda başlangıçta %44 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p=0.035$) %62 olarak bulundu.

Ebeveynler, bebek doğar doğmaz (dişler henüz sürmeden) temiz, nemli bir bez veya gazlı bez kullanarak dişetlerini nazikçe silebilirler. Bunun yanında AAPD, ilk süt dişi sürer sürmez (genellikle 6-10 aylık civarında) yumuşak kıllı, yaşa uygun bir diş fırçası ile dişlerin fırçalanmaya başlanmasını önermektedir. Bu dönemde, özellikle emzirme veya beslenme sonrası dişlerin temizlenmesi önemlidir (112). Glenn ve arkadaşları tarafından 2024 yılında yayınlanan bir araştırmada çocuklarda diş fırçalama/temizliğine “ilk süt dişi sürer sürmez” başlanmasını güçlü uygulama önerisi olarak benimsemişlerdir. Ayrıca, eğer fırça yerine bez/bez parçası ile temizlik yapılmışsa, arka azı dişleri (molarlar) sürer sürmez yumuşak fırçaya geçilmesi önerilmiştir (222). Bu araştırmada da yukarıdaki verilere benzer şekilde ebeveynler, çocuklarının dişlerini daha çok ilk süt dişlerinin sürmesinden sonra temizlemeye başladıklarını ve çoğunlukla dil temizliği de yaptıklarını belirttiler. Ebeveynlerde çocuğun dişlerini temizlemeye başlama zamanını doğru cevaplama oranı, deney grubunda başlangıçta %46 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$)

%92 olarak bulundu. Çocuklarda dişler fırçalandıktan sonra dil temizliğinin yapılmaması gerektiğini bilen ebeveyn oranı başlangıçta %8 iken bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %84 olarak bulundu.

Hahn ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, çocukların diş hekimi kontrol sıklığındaki standart öneri, ilk muayeneden sonra her 6 ayda bir düzenli kontrol ve profesyonel temizlik/florür uygulamasıdır. Bu aralık, diş çürüğü riskinin düşük olduğu, ağız hijyeni iyi olan, düzenli fırçalama/florür kullanılan çocuklar için uygun görülmüştür. Ancak, aynı araştırmada her zaman 6 ay arayla kontrolün gerekli olmadığı, gözden geçirme aralığının, bireysel çürük riskine, ağız hijyenine ve önceki diş sağlığı geçmişine göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (223). Doğan ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir araştırmada çocuklarda optimal diş hekimi kontrol sıklığının net olmadığı, ancak AAPD'nin tavsiyesinin 6 aylık periyot olduğu belirtilmiş, aynı araştırmada sağlıklı çocuklarda 24 aylık kontrolün de diş çürüğü ya da gingivit sıklığında artışa yol açmadığı gösterilmiştir (224). Araştırmamızda ise ebeveynlere, çocukların diş hekimi kontrolüne ne sıklıkla götürülmesi gerektiği sorulduğunda, literatürü destekleyici şekilde en fazla 6 ayda bir cevabı alındı ve ebeveynlere verilen eğitimden sonra bu oranda önemli bir artış gözlemlendi. Ebeveynlerin çocukların diş hekimi kontrolüne götürülme sıklığını doğru cevaplama oranı, deney grubunda başlangıçta %48 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %86 olarak bulundu.

Bebeklerde süt dişlerinin sürmesi genellikle alt ön keser (alt orta diş) dişleri ile başlamakta, bu dişler 5-9 ay arasında görülmekte ve 2.5-3 yaşına kadar diş sürme dönemi tamamlanmaktadır (225). Hitchcock ve arkadaşları tarafından yapılan uzun dönemli bir araştırmada ise süt dişi sürme döneminin çocuklarda genellikle 7-8 ay civarında başladığı ve 28 aya kadar sürdüğü belirtilmiştir (226). Coğrafi/sosyoekonomik değişkenlerin, genetik ve nüfus farklılıklarının diş sürme zamanını etkileyebileceğini gösteren araştırmalar da mevcuttur. Diş sürme zamanındaki değişkenlik, bireysel farklılıklar, genetik yapı, doğum öncesi, doğum şekli, beslenme durumu, genel sağlık ve hormonal durum gibi faktörlere bağlı olabilmektedir (227). Araştırmamızda ebeveynlere, çocuklarda süt dişlerinin çıkma zamanı sorulduğunda, literatürde bildirilen bulgularla uyumlu olarak çoğunluğun “süt dişleri yaklaşık 6 aylıkken çıkmaya başlar” yanıtını verdiği belirlendi. Deney grubunda ebeveynlerin bu soruya doğru yanıt verme oranı başlangıçta %78 iken, eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek %90'a yükseldiği saptandı ($p<0.001$).

Sağlıklı bir bebekte süt dişleri tipik olarak pürüzsüz yüzeyli, süt-beyazı/krem-beyazı tonlarda, opak ve parlak görünmektedir. Eğer dişlerde sarıdan kahverengiye, griye, maviye veya düzensiz lekelenmeye doğru bir renk değişikliği, matlık, pütürlü yüzey ya da şekil bozukluğu görülüyorsa bu durum, diş minesinde ya da dentinde bir sorun olabileceğinin işareti olabilir. Böyle durumlarda bir diş hekimine başvurmak önem arz etmektedir (228). Ayrıca, literatürde, süt dişlerinde hipomineralizasyon, travma veya bazı kalıtsal hastalıklar nedeniyle dentin veya mine bozukluklarının görülebileceği bunun da dişlerde renk değişikliklerine (amber, gri, mavi, kahverengi) yol açabileceği belirtilmektedir. Bu yüzden ebeveynler tarafından beyaz-süt-beyazı rengin dışında ya da diş yüzeyinde anormallikler fark edilirse, özellikle simetrik olmayan lekeler, rengin hızla değişmesi, dişin düzgün formda olmaması ve yüzeysel düzensizlikler gibi durumların da bir pedodontist tarafından değerlendirilmesi ve tedaviye başlanması tavsiye edilmektedir (229). Bu araştırmada ebeveynlere süt dişlerinin nasıl görünmesi gerektiği sorulduğunda, çoğunlukla beyaz ve opak cevabını verdikleri ve bu konu hakkında doğru bilgiye sahip oldukları saptandı. Çocuklarda süt dişlerinin görünümünü doğru bilen ebeveyn oranı, deney grubunda başlangıçta %54 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %96 olarak bulundu. Ebeveynler diş çürüğünün ne olduğu konusunda temel bilgilere sahip olsalar da çürüğün mekanizması, bulaşıcılığı, florür kullanımı, doğru fırçalama zamanı ve biberon alışkanlıkları gibi konularda belirgin bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Bu durum, EÇÇ'nin dünya genelinde hâlâ çok yaygın olmasının nedenleri arasındadır (230, 231). Araştırmamızda ebeveynlerin çoğunun diş çürüğünün, diş yapısının bakteriyel bir enfeksiyonu olduğu bilgisine sahip oldukları ve diş çürüğünün tedavi edilmesi gerektiğini bildikleri ancak, bu enfeksiyonun oluşumunu önleme konusunda başlangıçta yeterince bilgiye sahip olmadıkları görüldü. Ebeveynlerin diş çürüğünün tanımını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %72 iken eğitim sonrasında bu oran %86 olarak bulundu.

Petersen ve arkadaşları, ağız ve diş sağlığıyla ilgili annelerin bilgi ve tutumlarını inceledikleri bir araştırmada, annelerin %26'sının çocuklarına dişlerini fırçalama esnasında yardımcı olduklarını saptamışlardır (232). Wapniarska ve arkadaşları Polonya'da yaptıkları bir araştırmada %96'dan daha fazla ebeveynin diş fırçalama sürecinde çocuklarına yardım ettiklerini saptamışlardır (233). Başka bir araştırmada da 0-72 aylık çocuğu bulunan anne babaların yaklaşık olarak yarısının çocukları diş fırçalarken onlara yardımcı oldukları saptanmıştır (234). Ebeveynlerin çocuklarının dişlerini fırçalamasına yardım etmesi, özellikle erken yaşlarda ve ebeveynlerin doğru diş fırçalama eğitimi aldığı durumlarda,

çocuklarda plak oluşumunu azaltarak ve çürük riskini düşürerek ağız-diş hijyenini olumlu etkilediği görülmüştür. Buna paralel olarak, araştırmamız sonucunda da ebeveynlerin bu konuda bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görüldü ve büyük kısmının çocuklarının diş fırçalamasına yardımcı oldukları saptandı. Ebeveynlerin çocuğun dişlerini fırçalamasına yardımcı olma oranı, deney grubunda başlangıçta %96 iken eğitim sonrasında bu oran %100 olarak bulundu. Yapılan araştırmalarda anne babaların 7-8 yaşına kadar mutlaka çocukların diş fırçalama sürecine yardımcı olmaları gerektiği belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak, çocukların el becerilerinin ve motor koordinasyonlarının tam gelişmemiş olması gösterilmiştir (235, 236). Çocuklar, dişlerini tek başına fırçalasa bile genellikle dişlerin tüm yüzeylerini etkin bir şekilde temizleyemezler. Ebeveynler, fırçalamadan sonra kısa bir kontrol yapmalı ve gerekiyorsa çocuğun dişlerini tekrar fırçalayarak diş temizliğini tamamlamalıdır. Bu süreç çocuğun özgüvenini kırmadan, destekleyici bir şekilde yürütülmelidir. Ayrıca, gece yatmadan önce yapılan fırçalama da çok önemlidir. Gece tükürük akışı azalır ve dişler çürüğe karşı daha savunmasız hale gelir. Bu nedenle özellikle akşam fırçalamalarında ebeveynin kontrolünün şart olduğu vurgulanmıştır (237). Araştırmamızda çocukların kaç yaşından itibaren yardım almadan kendi dişlerini etkili bir şekilde temizleyebileceği sorgulandığında, ebeveynlerin verilen eğitimden önce bu konuda doğru bilgiye sahip olmadıkları ve çoğunlukla 5-7 yaş cevabını verdikleri ancak, eğitimden sonra bu konudaki bilgilerinin arttığı ve doğru bilgiye sahip oldukları görüldü. Ebeveynlerin çocukların yardım almadan kendi dişlerini temizleme zamanını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %12 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %66 olarak bulundu.

Diş fırçalama alışkanlığının iki yaşından önce kazanılmasının ve ebeveynin yardımıyla çocuğun dişlerini günde iki defa fırçalamanın diş çürüğü oluşumunu engellemede önemli bir rolünün olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (117, 119). Benzer biçimde Özen ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da 0-18 ay arasındaki çocukların dişlerini günde 2 defa fırçalamaya başlamalarının EÇÇ'nin önlenmesi konusunda önemli bir etken olduğu bulunmuştur (238). Bu araştırmada deney grubu ebeveynlerin kontrol grubu ebeveynlere oranla çocuklarının dişlerini fırçalama sıklığını daha yüksek oranda bildikleri tespit edildi. Ebeveynlerin çocuklarda diş fırçalama sıklığını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %92 iken eğitim sonrasında bu oran %100 olarak bulundu. Anne babaların ağız bakımı konusunda yeterince bilgiye sahip olmamalarının, çocuklarda diş çürüğü prevalansının artmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (242). Benzer şekilde,

ebeveynlerin çocuklarının ağız ve diş bakımı konularında yetersiz bilgi birikime sahip olmalarının diş çürüğü oluşumunun ve tedavi gereksiniminin artmasına sebep olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (239, 240). De Souza ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir araştırmada, annelerin çoğunun hamilelik esnasında bebeklerinin ağız ve diş sağlığıyla ilgili herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir (241). Aynı araştırma sonucunda ayrıca, annelerin bebeklerinin ağız ve diş sağlığını uygun bir biçimde nasıl sağlayacakları ve ilk diş hekimi ziyaretine ne zaman gidilmesi gerektiği konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (241). Başka bazı araştırmalarda da yeni doğmuş bebeğe sahip annelerin bebeklerinin ağız ve diş sağlığı konusunda yeterince bilgili olmadıkları gösterilmiştir (212, 242). Bu araştırmada da yukarıdaki araştırmalara benzer şekilde, ebeveynlerle gerçekleştirilen eğitim uygulamaları öncesinde, uygulanan formlar sonucunda ağız ve diş bakımı konularında önemli düzeyde bilgi eksikliği göze çarpmaktadır. Eğitim verilen gruptaki ebeveynlerin başlangıçtaki bilgi durumlarıyla eğitim sonrasındaki bilgi durumları kıyaslandığında, ebeveynlerin EÇÇ konusundaki bilgi düzeylerinde önemli bir artış saptandı ($p<0.05$).

Özel bakım ihtiyacı çocuklarla yapılan bir araştırmada, çocuk diş fırçalarının kollarının çok uzun, çok sert ya da çok ince/yetersiz sertlikte olması durumunun hem temizlik etkinliğini düşürdüğü hem de diş eti travmasına ve rahatsızlığa yol açtığı bildirilmiştir (243). Çocuklarda genellikle naylon kıllı, yumuşak/orta sertlikte, küçük başlıklı ve çocukların eline uygun diş fırçaları önerilmektedir (244). Diş fırçası kılları aşındıkça aralarındaki boşlukların ve yüzey alanının artması nedeniyle mikroorganizmaların (*S. mutans*, lactobasiller, mantarlar) birikimi ve hijyen riski artabilmektedir. Bu durum fırça değişimini savunan görüşün temel bilimsel dayanağıdır (245). Amerikan Diş Hekimleri Topluluğu (ADA), diş fırçalarının her 3-4 ayda bir değiştirilmesi ya da kıllar görünür şekilde yıpranmışsa daha erken değişim yapılması gerektiğini belirtmiştir (246). Araştırmamızda çocukları için kullanmaları gereken diş fırçası özellikleri açısından sorgulandığında, ebeveynlerin çoğu (%76) doğru cevap vererek yumuşak kıllı fırça tercih ettiklerini belirttiler. Ebeveynlerin çocuklar için diş fırçası seçimini bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %74 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p=0.002$) %98 olarak bulundu. Ayrıca, ebeveynlerin %84'ü de diş fırçasının 3 ayda bir değiştirilmesi gerektiğini ifade ettiler. Amaca ulaşma kuramı çerçevesinde ebeveynlere verilen eğitimin ardından bu oranların daha da arttığı saptandı. Ebeveynlerin çocukların diş fırçasının değiştirilme

süresini bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %86 iken eğitim sonrasında bu oran %100 olarak bulundu.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), florür içeren diş macunuyla düzenli olarak dişlerin fırçalamasının çürük oluşumunu önlediğini vurgulamıştır (247). AAPD kılavuzlarında da florür içeren diş macunuyla düzenli bir şekilde dişlerin fırçalanmasının EÇÇ için önleyici olduğu belirtilmiştir (145). Hallas ve arkadaşları, 2015 yılında yaptıkları bir araştırmada ağız sağlığı eğitimi öncesinde annelere “Florürün güvenli olduğunu ve bebeğiniz büyürken diş çürüklerini önlemeye yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu sorulmuş ve annelerin %71.6’sı “evet” yanıtını vermiştir. Ayrıca annelere, bebek bir yaşına bastığında diş hekimi muayenesinin gerekli olup olmadığı sorulduğunda, annelerin %89.2’si “evet” yanıtını vermiştir (212). Weber-Gasparoni ve arkadaşları, 12-49 ay arasında çocuğu olan annelerin çocukları için florürlü diş macunu kullanıp kullanmadıklarını sorguladıklarında, bu oranın eğitimin ardından arttığı ve katılımcıların %30’unun başlangıçta “evet” yanıtını verdiği gözlenmiştir. Aynı araştırmada, çürük gelişimi ile beslenme arasındaki ilişki sorgulandığında doğru yanıt oranının başlangıçta daha düşük olduğu bildirilmiştir (248). Bu araştırmada ebeveynlere florürün faydalı olup olmadığı, çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya başlama zamanı ve içme suyundaki florür miktarına dikkat etme durumu ile ilgili sorular yöneltildi ve amaca ulaşma kuramı çerçevesinde verilen eğitim sonrasında deney grubunda bu sorulara verilen doğru yanıt oranlarının başlangıç değerlerine kıyasla anlamlı ölçüde arttığı belirlendi. Ebeveynlerin çocuklarda dişler için uygulanan florürün faydalı olduğunu bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %22 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %96 olarak bulundu. Ebeveynlerin çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya başlama zamanını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %12 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %90 olarak bulundu. Ebeveynlerin içme suyundaki florür miktarına dikkat etme durumu, deney grubunda başlangıçta %22 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %56 olarak bulundu.

Kanıtı dayalı tıp alanında yapılan bir araştırmada, doğru miktarlarda kullanılan ve florür içeren diş macununun diş çürüklerini önlemede etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar olduğu belirtilmiştir (249). Bu nedenle, EÇÇ dahil diş çürüklerinin önlenmesinde 0-3 yaş arasındaki bebeklerde sürüntü biçiminde veya pirinç tanesi büyüklüğünde, 3 ila 6 yaş

aralığındaki çocuklarda da bezelye tanesi kadar florürlü diş macunu kullanımı ve günde iki kez fırçalama önerilmektedir (85). Gopal ve arkadaşları tarafından yapılan bir kesitsel araştırmada da uygunsuz beslenme ve besleme faktörlerinin EÇÇ ile ilişkili olduğu görülürken, çocuğun yaşına uygun miktarda ve florür içeren diş macunu kullanımının EÇÇ riskine karşı koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır (250). Bu araştırmada ebeveynlere, çocuklarda florürlü diş macunu kullanmaya başlama yaşı sorulduğunda daha çok “bilmiyorum” cevabı alınırken (%37), çocukların dişini ilk fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarı sorulduğunda ise sırasıyla sürüntü ve bezelye büyüklüğünde cevapları alındı. Ebeveynlerin çocukların dişlerini ilk defa fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %48 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %96 olarak bulundu.

Cheng ve arkadaşları, 1 447 çocukla 2025 yılında yaptıkları bir araştırmada, biberon yardımıyla su dışında içecek tüketilmesinin, gece uykusuna biberonla yatılmasının ve suluk kullanılmasının diş çürüğü gelişme riskinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artışa neden olduğunu göstermişlerdir (251). Bu araştırmada ebeveynlere çocuğunun uykuya dalmasını sağlayan beslenme dışı emme alışkanlığı olup olmadığı sorulduğunda, oldukça yüksek düzeyde emzik ve biberon kullanımı olduğu tespit edildi. Ebeveynlerin çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğü oluşumuna etkisini bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %54 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %94 olarak bulundu. Bebeklerin gece uykusunda tükürük akışının azalması nedeniyle remineralizasyonda da azalma olduğundan bu durum dişlerde çürük oluşumunu daha da kolaylaştırmaktadır (252). Biberon kullanımı ya da emzirme fark etmeksizin gece beslenmenin EÇÇ ile ilişkili olduğunu gösteren pek çok araştırma mevcuttur (253-255). Bu araştırmada, eğitim müdahalesi kapsamında ebeveynlere bebeklerde gece emzik ve biberon kullanımının olumsuz etkileri hakkında bilgi verildi ve bir yaşından itibaren bu alışkanlıkların sınırlandırılmasının önemi vurgulandı. Ayrıca, çocukların beslenmesine ilişkin doğru uygulamaları bilme oranının deney grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Yapılan bir araştırmada günlük olarak 3’ten fazla şekerli yiyecek ve içecek tüketilmesinin, şekerle tatlandırılmış emzik kullanımının ve özellikle gece uykusuna

geçerken devam sütleri ve şekerli içeceklerin biberonla alınmasının *S. mutans* kolonizasyonu ve enfeksiyonunda artışa neden olduğu saptanmıştır (256). Diğer bir araştırmada ise florüre erişim kolaylığı sebebiyle şekerli besin tüketimiyle diş çürüğü arasındaki ilişkinin tam olarak ortaya konulamadığı belirtilmiştir (257). Araştırmamızda ebeveynlere çocuklarının ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığı sorulduğunda, en sık verilen yanıtın günde bir kez şeker tüketimi olduğu saptandı. Ebeveynlerin çocuğun ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketmeme oranı, deney grubunda başlangıçta %34 iken eğitim sonrasında bu oran %36 olarak bulundu. Ebeveynlerin tükürüğünün bebeğe geçmesi nedeniyle bebekle ortak çatal/kaşık kullanımı gibi davranışların azaltılmasının anne-babadan bebeğe karyojenik bakteri kontaminasyonunu önlediği ve bu sayede de çocuklarda diş çürüğü görülme sıklığının azaldığı belirtilmiştir (77). Bu araştırmada da ebeveynlerin bebekle ortak kaşık kullanımının diş çürüğü oluşumuna etkisi sorgulandığında ebeveynlerin çoğunluğu çürük oluşumuna sebep olacağı cevabını verdiler. Ebeveynlerin çocuklarla ortak kaşık kullanmanın diş çürüğü oluşumuna etkisini bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %78 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p=0.006$) %98 olarak bulundu. Asitli, gazlı ve şekerli içeceklerin düzenli tüketimi özellikle çocukluk döneminde aşırı enerji alımına, besin dengesinin bozulmasına, kalsiyum, vitamin D ve lif gibi önemli besin unsurlarının yeterince alınamamasına ve buna bağlı gelişim sorunlarına sebep olabilmektedir (258). Diş sağlığı açısından asitli ve şekerli içecekler, diş minesinin çözünmesine ve diş çürüklerine yol açabilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, asitli içecek veya şeker içeren gıda tüketiminin arttığı çocuk gruplarının çoğunda diş çürüğü ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur (259). Bu araştırmada ebeveynlerin çocuklarının asitli içecek tüketmeme oranı, deney grubunda başlangıçta %74 iken eğitim sonrasında bu oran %80 olarak bulundu.

AAPD ve ADA, bebeklerin ilk diş hekimi ziyaretlerinin ilk süt dişlerinin sürmesinden sonraki 6 ay içerisinde ve en geç bir yaşına kadar yapılmasının uygun olduğunu vurgularken (85, 260), bazı araştırmalarda ise bu zamanın 12-18 ay olması gerektiği ileri sürülmüştür (261, 262). Bebeklerde ilk diş hekimi ziyaret zamanı konusunda ortak bir fikir olmasa bile, arzu edilen koruyuculuğu sağlamak amacıyla çocukların en geç 18 aylıkken bir diş hekimine götürülmesi önemli görülmüştür (263). Bu nedenle farklı ülke ve bölgelerde bebeklerin ilk defa diş hekimi ziyaret zamanının ortaya konulması önem arz etmektedir. Araştırmamızda çocuğunu ilk süt dişlerinin sürmesinden sonra ve en geç 1 yaşına kadar ilk kez diş hekimine getirmesi gerektiğini belirten ebeveynlerin oranı verilen eğitimden sonra

önemli düzeyde artış gösterdi. Ebeveynlerin çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine gitme zamanını bilme oranı, deney grubunda başlangıçta %38 iken eğitim sonrasında bu oran istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstererek ($p<0.001$) %92 olarak bulundu. Çocukların ilk diş hekimi ziyaretinin ebeveynler tarafından geciktirilmesinin sebeplerinin; anne-babaların erken diş hekimi ziyareti konusunda bilgi eksikliğine sahip olmaları, sağlık hizmetleri ve kurumlarına erişim zorluğu ve çocukların özellikle sadece şiddetli diş ağrısı çekmeleri durumunda diş hekimine başvurulması olduğu söylenebilir.

Bazı araştırmalarda ilk diş hekimi ziyaretinin en yaygın nedenleri, diş çürüklerini takiben ağrı (264), düzenli kontrolleri takiben ağrı (265) ve ağrı ile diğer acil diş durumları (travma ve enfeksiyon) olarak bildirildi (266). Ailenin sosyoekonomik durumuna bakılmaksızın yapılan bir araştırmada ebeveynlerin çoğu, çocukta diş ağrısı şikâyeti olduğunda ilk diş hekimi ziyaretine götürülmesi gerektiğini belirtmiştir (267). Bu araştırmaların aksine, Malezya’da yapılan bir araştırmada ebeveynlerin çoğu, ilk kez diş hekimine gitmenin ana sebebinin kontrol amaçlı olması gerektiğini ifade etmişlerdir (267). Benzer şekilde, Sao Paulo Üniversitesi’nde 0-36 aylık 844 çocuk ile yapılan bir araştırmada, diş hekimine başvurma ana nedeni yönlendirme/önleyici bakım olarak gösterilmiştir. İkinci en yaygın neden ise çürük/tedavi ve ardından diş travması olarak saptanmıştır (268). Bu araştırmada da yukarıdaki araştırmalara benzer şekilde çocuğun diş hekimine getirilme nedeni sorgulandığında, ebeveynler en fazla genel kontrol/muayene (%58), ikinci olarak da diş çürüğü oluşumunu (%35) sebep gösterdiler.

Sonuç olarak, uygulanan eğitimin ebeveynlerin erken süt dişi çürüklerine yönelik bilgi ve davranış düzeylerinde anlamlı düzeyde bir artış sağladığı belirlendi. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular araştırmanın H1 ve H2 kabul hipotezlerini desteklemektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma, Imogene Martina King'in amaca ulaşma kuramı çerçevesinde, 0-3 yaş arası çocuklarda EÇÇ'nin önlenmesine yönelik ebeveyn eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırmada ebeveynlere ağız ve diş sağlığını korumaya yönelik bilgilendirici eğitimler verildi; eğitim sonrasında hatırlatma mesajları (SMS), eğitim videoları ve bilgilendirici broşürler gönderildi. Katılımcıların bilgi ve davranış düzeyleri eğitim öncesinde ve sonrasında ön test-son test yöntemiyle değerlendirildi. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin ağız ve diş bakımı konularındaki bilgi düzeylerinin eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığını gösterdi. Ayrıca ebeveynlerin çocuklarında görülen EÇÇ'ye yönelik farkındalıklarının yükseldiği ve doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasında artış olduğu görüldü.

King'in kuramında vurgulanan "karşılıklı etkileşim, iletişim ve ortak hedef belirleme ilkeleri" doğrultusunda, hemşire ile ebeveyn arasında etkili bir iletişim kuruldu, ebeveynlerin katılımı ve motivasyonu arttı. Bu etkileşim sonucunda, ebeveynler çocuklarının ağız-diş sağlığını koruma sürecinde daha bilinçli ve aktif hale geldiler.

Sonuç olarak, amaca ulaşma kuramı temelli ebeveyn eğitim programının EÇÇ'nin önlenmesine yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasında etkili olduğu belirlendi. Ayrıca, ebeveynlerin bilgi ve davranış düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu yönde değişiklikler gözlemlendi. Elde edilen bulgular, kuramın birey merkezli ve etkileşim odaklı yapısının ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi bağlamında uygulanabilirliğini ve etkili bir yaklaşım olduğunu desteklemektedir.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Amaca ulaşma kuramı temelli eğitim programları, çocuk sağlığı ve ağız-diş sağlığı alanlarında hemşirelik uygulamalarına entegre edilebilir.
2. Erken çocukluk döneminde diş çürüklerinin önlenmesine yönelik ebeveyn eğitimleri, sadece klinik ortamda değil, toplum sağlığı merkezlerinde, anaokullarında ve aile sağlığı merkezlerinde de düzenli olarak uygulanabilir.
3. SMS hatırlatma sistemi, ebeveynlerin davranış değişikliğini sürdürmede etkili bir araç olduğundan, dijital sağlık uygulamalarına dahil edilebilir.
4. Ebeveynlere yönelik video tabanlı eğitim materyalleri ve görsel broşürler, bilgi düzeyine ve kültürel farklılıklara uygun olarak tasarlanabilir ve güncellenebilir.

5. Hemşirelerin, ebeveynlerle kurduğu iletişimde etkileşim, empati ve karşılıklı hedef belirleme ilkelerini temel almaları önerilmektedir.

Eğitime Yönelik Öneriler

1. Hemşirelik eğitimi programlarına King'in amaca ulaşma kuramı ve davranış değişikliği temelli eğitim yaklaşımları dahil edilebilir.
2. Teknoloji destekli eğitim modelleri (mobil uygulama, çevrim içi modül vb.) geliştirilerek ebeveynlerin sürekli desteklenmesi sağlanabilir.
3. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, ulusal düzeyde ağız-diş sağlığı politikalarına ebeveyn eğitimleri ve dijital hatırlatma sistemleri entegre edilebilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

1. Farklı kültürel ve coğrafi bölgelerde gerçekleştirilecek çok merkezli yeni araştırmalarla bu tür eğitim programlarının genellenebilirliği artırılabilir.
2. Uzun dönemli izleme araştırmaları yapılarak, verilen eğitimin kalıcılığı ve çocuklarda ağız ve diş sağlığına etkisi değerlendirilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Branger B, Camelot F, Droz D, Houbiers B, Marchalot A, Bruel H, Laczny E, Clement C (2019). Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. *Arch Pediatr* 26(8): 497-503.
2. Hariyani N, Do LG, Spencer AJ, Thomson WM, Scott JA, Ha DH (2020). Maternal caries experience influences offspring's early childhood caries-a birth cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 48(6): 561-569.
3. Jahandideh A, Tüloğlu N (2019). Ebeveynlerin ağız-diş sağlığındaki koruyucu uygulamalar hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(4): 403-412.
4. Zou J, Du Q, Ge L, Wang J, Wang X, Li Y, Song G, Zhao W, Chen X, Jiang B, Mei Y, Huang Y, Deng S, Zhang H, Li Y, Zhou X (2022). Expert consensus on early childhood caries management. *Int J Oral Sci* 14(1): 35.
5. ElKarmi R, Aljafari A, Eldali H, Hosey MT (2019). Do expectant mothers know how early childhood caries can be prevented? A cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent* 20: 595-601.
6. Tinanoff N, Baez RJ, Guillory CD, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, Phantumvanit P, Pitts NB, Seow WL, Sharkov N, Songpaisan Y, Twetman S (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *J Paediatr Dent* 29(3): 238-248.
7. Hazar Bodrumlu E, Avşar A (2011). Erken çocukluk dönemi çürükleri. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 28: 131-139.
8. Knoblauch U, Ritschel G, Weidner K, Mogwitz S, Hannig C, Viergutz G, Lenk M (2019). The association between socioeconomic status, psychopathological symptom burden in mothers, and early childhood caries of their children. *PLoS ONE* 14(10): e0224509.
9. Al-Sane M, Koerber A, Montero M, Baskaradoss JK, Al-Sarraf E, Arab M (2020). Sociodemographic and behavioural determinants of early childhood caries knowledge among expectant mothers in Kuwait. *Eur Arch Paediatr Dent* 22(3): 449-458.
10. Schmoeckel J, Gorseta K, Splieth CH, Juric H (2020). How to intervene in the caries process: Early childhood caries-A systematic review. *Caries Res* 54: 102-112.
11. Peker K, Bermek G (2013). Erken dönem süt dişi çürüklerinin önlenmesinde risk değerlendirmesinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 23: 106-115.

12. Pierce A, Singh S, Lee J, Grant C, Cruz de Jesus V, Schroth RJ (2019). The burden of early childhood caries in Canadian children and associated risk factors. *Front Public Health* 7: 328.
13. Ramos-Gomez FJ, Crall J, Gansky SA, Slayton RL, Featherstone JD (2007). Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers). *J Calif Dent Assoc* 35: 687-702.
14. Young DA, Featherstone JD, Roth JR, Anderson M, Autio-Gold J, Christensen GJ, Fontana M, Kutsch VK, Peters MC, Simonsen RJ, Wolff MS (2007). Caries management by risk assessment: Implementation guidelines. *J Calif Dent Assoc* 35: 799-805.
15. Boustedt K, Dahlgren J, Twetman S, Roswall J (2020). Tooth brushing habits and prevalence of early childhood caries: A prospective cohort study. *Eur Arch Paediatr Dent* 21: 155-159.
16. Uribe SE, Innes N, Maldupa I (2021). The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *J Paediatr Dent* 31: 817-830.
17. Araz M, Güven Y, Aktören Ö (2015). Bebeklerde beslenme modelleri ve erken çocukluk çağı çürükleri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 11: 64-70.
18. BaniHani A, Tahmassebi J, Zawaideh F (2021). Maternal knowledge on early childhood caries and barriers to seek dental treatment in Jordan. *Eur Arch Paediatr Dent* 22(3): 433-439.
19. Yiğit T, Küçükeşmen Ç (2020). The effects of parents' oral hygiene habits and socio-economic status on early childhood caries. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 30(3): 366-372.
20. Alligood MR (2014). *Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures*. In: Alligood MR. Ed. *Nursing Theory Utilization and application*. 5th Edition, Philadelphia, Mosby; Page: 40-62.
21. Williams LA (2017). Imogene King's interacting systems theory: Application in emergency and rural nursing. *OJRNHC* 2(1): 40-50.
22. King IM (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. A Wiley Medical Publication, New York.

23. Sieloff CL, Messmer PR (2010). Conceptual System and Middle Range Theory of Goal Attainment. In: Alligood MR, Tomey AM (Ed.s) Nursing Theorists and Their Work. 7th Ed. Mosby; Pages: 286-308.
24. Saraswathy J (2012). Effectiveness of snake and ladder game on level of knowledge regarding oral hygiene among school children in selected schools, Salem. Dissertation Thesis, The Tamilnadu Dr. M.G.R. Medical University, Chennai.
25. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2017). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 39(7): 59-61.
26. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 1046.
27. Bijoor RR, Kohli K (2005). Contemporary space maintenance for the pediatric patient. *N Y State Dent J* 71(2): 32-35.
28. Khalifa AM, El Gendy RA, El-Mohsen MMA, Hammour AA, El Lateef Aly RSA (2014). Relationship between gestational age, birth weight and deciduous tooth eruption. *Gaz Egypt Paediatr Assoc* 62(2): 41-45.
29. Zaidi I, Thayath MN, Singh S, Sinha A (2015). Preterm birth: A primary etiological factor for delayed oral growth and development. *Int J Clin Pediatr* 8: 215-219.
30. Darendeliler F, Neyzi O, Bundak R (2010). *Gelişme-Olgunlaşma*. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul T (ed). *Pediyatri*. 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 113.
31. Cruz IT, Fraiz FC, Celli A, Amenabar JM, Assunção LR (2018). Dental and oral manifestations of celiac disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 23(6): e639-e645.
32. Lopes CMI, Cavalcanti MC, Alves E Luna AC, Marques KMG, Rodrigues MJ, DE Menezes VA (2018). Enamel defects and tooth eruption disturbances in children with sickle cell anemia. *Braz Oral Res* 13: 32: e87.
33. Yiğit R (2012). *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*. Sistem Ofset Yayınevi, Ankara; Sayfa: 26-27.
34. Hulland SA, Lucas JO, Wake MA (2000). Eruption of the primary dentition in human infants: A prospective descriptive study. *Pediatr Dent* 22: 415-421.
35. Markman L (2009). Teething: Facts and fiction. *Pediatr Rev* 30(8): e59-e64.
36. American Dental Association (ADA) (2012). Primary teeth eruption chart. [online]. Available from: <https://www.adafoundation.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/public-programs/give-kids-a->

smile/ada_primary_permanent_toothdev_eng.pdf?rev=d5dc2e12c73b4e26ac3173aa8fbb9163&hash=CB56461DF4688F54340ACAF40783A63D [Accessed 16 November 2025].

37. Bodur S, Özcan E, Gün İ (2010). Gebeliğin periodondolojik hastalığı: Gingivanın hamilelik tümörü. *Perinatoloji Dergisi* 18(2): 55-58.
38. World Health Organization (WHO) (2000). The health for policy frame work for the WHO European Region. European Health for all series, No:6. [online]. Available from: <https://rlmc.edu.pk/themes/images/gallery/library/books/Community%20Medicine/Health%2021%20The%20health%20for%20all%20policy%20framework.pdf> [Accessed 09 November 2025].
39. Kısa S, Zeyneloğlu S (2013). Doğum sonu servisinde yatan kadınların gebelikteki ağız hijyeni alışkanlıkları ve diş hekimine gitme durumları. *TAF Prev Med Bull* 12(1): 65-74.
40. Pitts NB, Baez RJ, Diaz-Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, Mcgrath C, Twetman S (2019). Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *J Paediatr Dent* 29(3): 384-386.
41. Meyer F, Enax J (2018). Early childhood caries: Epidemiology, aetiology, and prevention. *Int J Dent* 1415873.
42. Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) (2015). Süt dişleri tedavi edilmeli mi? [online]. Available from: https://www.tdb.org.tr/userfiles/files/PDF_CocuklardaAgizDisSagligi/4_Sut_DisleriTedaviEdilmelimi.pdf [Accessed 17 March 2025].
43. Law CS (2013). Management of premature primary tooth loss in the child patient. *J Calif Dent Assoc* 41: 612-618.
44. Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M (2006). Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent* 28(5): 431-437.
45. Von Burg MM, Sanders BJ, Weddell JA (1995). Baby bottle tooth decay: A concern for all mothers. *Pediatr Nurs* 21: 515-519.
46. Setiawati AD, Suharsini M, Budiardjo SB, Indiarti IS, Widyagarini A (2017). Assessment of dental anxiety using braille leaflet and audio dental health education methods in visually impaired children. *J Int Dent Med Res* 10: 441-444.

47. Rao D, Hegde S, Naik S, Shetty P (2014). Malocclusion in individuals with mental subnormality-a review. *Oral Health Dent Manag* 13(3): 786-791.
48. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A (2009). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD002279.
49. Seow WK (2018). Early childhood caries. *Pediatr Clin North Am* 65(5): 941-954.
50. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD (2011). Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res* 20: 951-959.
51. Vania A, Parisella V, Capasso F, Di Tanna GL, Vestri A, Ferrari M, Polimeni A (2011). Early childhood caries underweight or overweight, that is the question. *European J Paediatr Dent* 12(4): 231-235.
52. Rossi GN, Sorazabal AL, Salgado PA, Squassi AF, Klemonsks GL (2016). Toothbrushing procedure in school children with no previous formal instruction: Variables associated to dental biofilm removal. *Acta Odontológ Latinoam* 29(1): 82-89.
53. Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Pereira JV, Quadros LN, Vettore MV (2019). Does oral health influence school performance and school attendance? A systematic review and meta-analysis. *J Paediatr Dent* 29(2): 138-148.
54. Kabiri B, Heidarnia A, Alavijeh MM, Motlagh, ME (2022). Primary tooth decay prevention program in children: Application of intervention mapping approach. *Biomed Res Int* 8901102.
55. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R (2019). Risk factors for early childhood caries: a systematic review and meta-analysis of case control and cohort studies. *Pediatr Dent* 41(2): 95-112.
56. Ay FA (2019). *Dişler Neden Çürür? Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; Sayfa: 830.
57. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2020). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: 79-81.
58. Schunemann FH, Canani SH, Marín C (2017). Oral evaluation of children and adolescents in intensive care unit. *RSB* 14(3): 135-141.
59. Soro AS, Lamont RJ, Egland PG, Koo H, Liu Y (2024). *Molecular Medical Microbiology (Third Edition)*, Chapter 44 - Dental caries, Editor(s): Yi-Wei Tang, Musa

- Y. Hindiyeh, Dongyou Liu, Andrew Sails, Paul Spearman, Jing-Ren Zhang, Academic Press; Pages: 915-930.
60. Opydo-Szymaczek J, Torlińska-Walkowiak N, Maćkowiak K, Mizgier M, Pacholak K, Olejnik-Schmidt A, Schmidt M, Śniatała R (2025). Supragingival plaque microbiota and caries risk factors among children with mixed dentition. *BMC Oral Health* 25(1): 791.
 61. Bradshaw DJ, Lynch RJ (2013). Diet and the microbial aetiology of dental caries: New paradigms. *Int Dent J* 63(2): 64-72.
 62. Chen X, Daliri EB, Kim N, Kim JR, Yoo D, Oh DH (2020). Microbial etiology and prevention of dental caries: Exploiting natural products to inhibit cariogenic biofilms. *Pathogens* 9(7): 569.
 63. Mansur EKM (2020). Primary prevention of dental caries: An overview. *Int J Clin Prev Dent* 16(4): 143-148.
 64. Philip N, Suneja B, Walsh LJ (2018). Ecological approaches to dental caries prevention. Paradigm shift or shibboleth? *Caries Res* 52 (1-2): 153-165.
 65. Ahmad Kizi HM (2025). Prevention of dental diseases in children: Modern approaches, risk factors, and public health implications. *Int J Med Sci* 5(11): 594-596.
 66. Patel NS, Mehta M, Fu Y, Desai V, Lala HS, Parikh H, Patel MM, Thakor UB (2025). A review of early childhood caries: Risk factors, management, and policy recommendations. *Cureus* 17(5): e83767.
 67. McDonald RE, Avery DR, Stookey GK, Chin JR, Kowolik JE (2011). Dental Caries in The Child and Adolescent. In: McDonald and Avery DR (eds) *Dentistry for the Child and Adolescent*, 9th: St. Louis, Mosby Elsevier; Pages: 209-246.
 68. Cengiz T (2004). *Tıp ve Diş Hekimliğinde Genel ve Özel Mikrobiyoloji*. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara; Sayfa: 1239.
 69. Spatafora G, Li Y, He X, Cowan A, Tanner ACR (2024). The evolving microbiome of dental caries. *Microorganisms* 12(1): 121.
 70. Manchanda S, Sardana D, Peng S, Lo ECM, Chandwani N, Yiu CKY (2023). Is mutans streptococci count a risk predictor of early childhood caries? A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 23(1): 648.
 71. Mazurel D, Brandt BW, Boomsma M, Crielaard W, Lagerweij M, Exterkate RAM, Deng DM (2025). *Streptococcus mutans* and caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 104(6): 594-603.

72. Tinanoff N (2015). Introduction to the conference: Innovations in the prevention and management of early childhood caries. *Pediatr Dent* 37: 198-199.
73. Da Silva Bastos VdeA, Freitas-Fernandes LB, Fidalgo TK, Martins C, Mattos CT, de Souza IP, Maia LC (2015). Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 43(2): 181-191.
74. Childers NK, Momeni SS, Whiddon J, Cheon K, Cutter GR, Wiener HW, Ghazal TS, Ruby JD, Moser SA (2017). Association between early childhood caries and colonization with *Streptococcus mutans* genotypes from mothers. *Pediatr Dent* 39(2): 130-135.
75. Özyürek A, Çınar M, Yavuz NF, Bektaş M, Çetin A (2015). İlkokul öğrencileri ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 30: 34-48.
76. Delfosse C, Trentesaux T (2015). La carie pré'coce du jeune enfant: du diagnostic à la prise en charge globale. Collection Memento; [Editeur CdP], Page: 126.
77. Damle SG, Yadav R, Garg S, Dhindsa A, Beniwal V, Loomba A, Chatterjee S (2016). Transmission of mutans streptococci in mother-child pairs. *Indian J Med Res* 144(2): 264-270.
78. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I (2022). Individual, family, and socioeconomic contributors to dental caries in children from low-and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health* 19(12): 7114.
79. Zhang T, Hong J, Yu X, Liu Q, Li A, Wu Z, Zeng X. (2021). Association between socioeconomic status and dental caries among Chinese preschool children: A cross-sectional national study. *BMJ Open* 11(5): e042908.
80. Arısu HD (2016). Diş çürüğü ve beslenme. *Türkiye Klinikleri Restorative Dentistry-Special Topics* 2(1): 14-19.
81. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW (2016). Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res* 95(11): 1230-1236.
82. Sharma SV, Markham C, Chow J, Ranjit N, Pomeroy M, Raber M (2016). Evaluating a school-based fruit and vegetable co-op in low-income children. A quasi-experimental study. *Prev Med* 91: 8-17.

83. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, Hillier-Brown F, Mashayekhi A, Kelly SAM, Craig D (2019). Systematic review of evidence pertaining to factors that modify risk of early childhood caries. *JDR Clin Trans Res* 4(3): 202-216.
84. Hung M, Marx J, Ward C, Schwartz C (2025). Pacifier use and its influence on pediatric malocclusion: A scoping review of emerging evidence and developmental impacts. *Dent J* 13(7): 319.
85. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2014). Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 6(1): 1141-1145.
86. Gür F, Güzel M, Öncül N, Yıldırım Z, Yıldırım M (2010). Süt serum proteinleri ve türevlerinin biyolojik ve fizyolojik aktiviteleri. *Akademik Gıda* 8(1): 23-31.
87. Serdar Eymirli P, Güngör AE, Güngör HC (2019). Milk, dairy products and dental caries in children: An update review. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 25(3): 334-343.
88. Johansson I, Holgerson PL (2011). Milk and oral health. In: Clemens RA, Hernell O, Michaelsen KF. *Milk and Milk Products in Human Nutrition*. 1st ed. Basel: Karger AG; Pages: 55-66.
89. Allison LM, Walker LA, Sanders BJ, Yang Z, Eckert G, Gregory RL (2015). Effect of human milk and its components on *Streptococcus mutans* biofilm formation. *J Clin Pediatr Dent* 39(3): 255-261.
90. Cui L, Li X, Tian Y, Bao J, Wang L, Xu D, Zhao B, Li W (2017). Breastfeeding and early childhood caries: A meta-analysis of observational studies. *Asia Pac J Clin Nutr* 26(5): 867-880.
91. World Health Organization (WHO) (2015b). 10 Facts on Breastfeeding. [online]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index9.html> [Accessed 17 April 2025].
92. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Allen KJ, Lodge CJ (2015). Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 104(467): 62-84.
93. Yiğit R, Yüzer Alsaç S (2018). Davranış bozukluğu olan çocuk. *Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği - Özel Konular* 4(2): 114-116.
94. Oyamada Y, Ikeuchi T, Arakaki M, Hino R, Ono M, Kobayashi M, Fukumoto S (2016). Finger sucking callus as useful indicator for malocclusion in young children. *Pediatr Dent J* 26(3): 103-108.

95. Yemitan TA, daCosta OO, Sanu OO, Isiekwe MC (2010). Effects of digit sucking on dental arch dimensions in the primary dentition. *Afr J Med Med Sci* 39(1): 55-61.
96. Altun C, Akgün ÖM, Güven G (2010). Parmak emme alışkanlığı ve tedavisi: Bir olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi* 52: 44-46.
97. Ocakçı AF, Karakoç A (2013). Çocuklarda Uyum ve Davranış Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *İçinde Pediatri Hemşireliği, Akademisyen Kitapevi, Ankara; Sayfa: 829-851.*
98. Ghanizadeh A (2011). Nail biting; etiology, consequences and management. *Iran J Med Sci* 36(2): 73-79.
99. Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G (2016). Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 147: 926.
100. Moss SJ (2002). *Growing up Cavity Free: A Parent's Guide To Prevention.* Quintessence Publishing Co, Inc, Oregon; Page: 5.
101. Çolak H, Dülgergil CT, Dalli M, Hamidi MM (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sc Biol Med* 4(1): 29-38.
102. Zhong Y, Tang Q, Tan B, Huang R (2021). Correlation between maternal smoking during pregnancy and dental caries in children: A systematic review and meta-analysis. *Front Oral Health* 2: 673449.
103. Leal SC (2023). Is there an association between maternal factors and the development of early childhood caries? *Evidence-Based Dentistry (EBD)* 24(1): 35-36.
104. Phillips M, Masterson E, Sabbah W (2016). Association between child caries and maternal health-related behaviours. *Community Dent Health* 33(2): 133-137.
105. Kimmie-Dhansay F, Barrie R, Roberts T, Naidoo S (2022). Maternal and infant risk factors and risk indicators associated with early childhood caries in South Africa: A systematic review. *BMC Oral Health* 22(1): 183.
106. Avanti A, Avanti S, Shivaprakash P, Raj HK, Saini S, Naik PM (2019). A study to assess the association between early childhood caries and relationship of *Streptococcus mutans* in saliva of mother, child and sibling pairs. *Int J Contemp Pediatr* 6(2): 497-501.
107. Congiu G, Campus G, Luglie PF (2014). Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: A review. *Oral Health Prev Dent* 12(1): 71-76.

108. Tanaka S, Shinzawa M, Tokumasu H, Seto K, Tanaka S, Kawakami K (2015). Secondhand smoke and incidence of dental caries in deciduous teeth among children in Japan: population based retrospective cohort study. *BMJ* 21: h5397.
109. Kulkarni GV (2013). Long-term effectiveness of parent education using the “baby oral health” model on the improvement of oral health of young children. *Int J Dent* 137048.
110. Dos Santos APP, Nadanovsky P, Oliveira BH (2013). A Systematic review and meta-analysis of the effects fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 41(1): 1-12.
111. Heymann H, Swift EJ, Ritter AV, Sturdevant CM (2013). *Sturdevant’s Art and Science of Operative Dentistry*, 6th Edition, Elsevier, Mosby.
112. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2018). Policy on use of fluoride. *Pediatr Dent* 40(6): 49-50.
113. Rosema NAM, Hennequin-Hoenderdos NL, Versteeg PA, van Palenstein Helderman WH, van der Velden U, van der Weijden GA (2013). Plaque-removing efficacy of new and used manual toothbrushes - a professional brushing study. *Int J Dent Hyg* 11: 237-243.
114. Van Leeuwen MPC, Van der Weijden FA, Slot DE, Rosema MAM (2019). Toothbrush wear in relation to toothbrushing effectiveness. *Int J Dent Hyg* 17(1): 77-84.
115. Ulusoy AT (2010). Pedodontide güncel koruyucu yaklaşımlar. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 3: 28-37.
116. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2023). Policy on use of fluoride. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: 100-102.
117. Wigen TI, Wang NJ (2015). Does early establishment of favorable oral health behavior influence caries experience at age 5 years? *Acta Odontol Scand* 73(3): 182-187.
118. Wigen TI, Wang NJ (2017). Referral of young children to dental personnel by primary care nurses. *Int J Dent Hyg* 15(3): 249-255.
119. Wigen TI, Baumgartner CS, Wang NJ (2018). Identification of caries risk in 2-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 46(3): 297-302.
120. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA (2019). Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: An updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 20: 507-516.

121. World Health Organization (WHO) (2024). Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538> [Accessed 27 September 2025].
122. Ay FA (2009). Kuram Nedir? Hemşirelik ile İlgili Kuramlar ve Hemşire, (içinde) FA. Ay, Editör. Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar, Gözden Geçirilmiş 2. baskı, Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul; Sayfa: 1-30: 44-45.
123. Dursun S (2009). Hemşirelik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi. İçinde: Sabuncu N, editör. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Çetin Ofset, Ankara; Sayfa: 620.
124. Park BM (2021). Effects of nurse-led intervention programs based on goal attainment theory: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare* 9(6): 699.
125. Nakre PD, Harikiran A (2013). Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *J Int Soc Prev Community Dent* 3(2): 103-115.
126. Jawdekar Ashwin M, Katre Amar N, Inamdar Juili B, Pendkar Rajmita R, Jain B (2015). Development and evaluation of a novel audio-visual tool “happy tooth song” for oral health promotion in children. *J Adv Oral Health* 1(1): 5-8.
127. Sharif S, Saddki N, Yusoff A (2016). Knowledge and attitude of medical nurses toward oral health and oral health care of pregnant women. *Malays J Med Sci* 23(1): 63-71.
128. Sigaud CHDS, Santos BRD, Costa P, Toriyama ATM (2017). Promoting oral care in the preschool child: Effects of a playful learning intervention. *Rev Bras Enferm* 70(3): 519-525.
129. Abiola Adeniyi A, Eyitope Ogunbodede O, Sonny Jeboda O, Morenike Folayan O (2009). Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *Int J Paediatr Dent* 19(6): 448-454.
130. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2024). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: 306-312.
131. World Health Organization (WHO) (2015a). Guideline: Sugars intake for adults and children. [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028> [Accessed 03 March 2025].
132. Hong J, Whelton H, Douglas G, Kang J (2018). Consumption frequency of added sugars and UK children’s dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 46(5): 457-464.

133. Nagpal R, Behare PV, Kumar M, Mohania D, Yadav M, Jain, S, Menon S, Parkash O, Marotta F, Minelli E, Henry CJK, Yadav H (2012). Milk, milk products, and disease free health: An updated overview. *Crit Rev Food Sci Nutr* 52(4): 321-333.
134. Skafida V, Chambers S (2018). Positive association between sugar consumption and dental decay prevalence independent of oral hygiene in pre-school children: A longitudinal prospective study. *J Public Health* 40(3): e275-e283.
135. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas ME, Nishino M, Mitome M (2010). Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent* 32: 493-498.
136. Baysal I, Aksoydan E (2016). Ağız hastalıklarında beslenme. *Güncel Gastroenteroloji* 20(3): 195-200.
137. Featherstone JD, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, Ramos-Gomez F (2021). Evidence-based caries management for all ages-practical guidelines. *Front Oral Health* 2: 657518.
138. Utsunomiya H, Tanaka K, Okubo H, Nagata C, Miyake Y. (2025). Association between dairy product intake and prevalence of dental caries in 3-year-old Japanese children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 80(4): 714-722.
139. Murererehe J, Uwitonze AM, Nikuze P, Patel J, Razzaque MS (2022). Beneficial effects of vitamin C in maintaining optimal oral health. *Front Nutr* 8: 805809.
140. Huang J, Sun J, Ji Y, Chen C, Yang Z, Zhao H (2025). Analysis of factors influencing delayed treatment seeking for dental caries in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 25(1): 1669.
141. Erdem AP, Sepet E, Sabuncu H, Özcan İ, Erdem T (2011). Farklı çürük risk gruplarında yeni çürük gelişiminin incelenmesi. *J Istanbul Univ Fac Dent* 45(2): 19-27.
142. D'Aiuto F, Suvan J, Siripaiboonpong N, Gatzoulis MA, D'Aiuto F (2025). The root of the matter: Linking oral health to chronic diseases prevention. *Int J Cardiol Congenit Heart Dis* 19: 100574.
143. Dikmen D (2015). Sert kabuklu kuruyemişler ve sağlık üzerine etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 43(2): 174-182.
144. O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S, Lennon MA, Petersen PE, Rugg-Gunn AJ, Whelton H, Whitford GM (2016). Fluoride and oral health. *Community Dent Health* 33(2): 69-99.

145. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2013). Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 35(5): E165-168.
146. Ihezor-Ejiofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, Alam R, Tugwell P, Welch V, Glenny AM (2015). Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database Syst Rev* 6: CD010856.
147. Twetman S, Dhar V (2015). Evidence of effectiveness of current therapies to prevent and treat early childhood caries. *Pediatr Dent* 37: 246-253.
148. Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR (2014). Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 145: 182-189.
149. Velioğlu P (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 2. Baskı.: Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.
150. Reed PG (2025). Nursing process 2.0 and the arc of nursing knowledge. *Nurs Sci Q* 38(3): 242-247.
151. Wills EM (2019). Theoretical Basis For Nursing. McEwan, M & Wills, EM (Eds.), *Grand Nursing Theories Based on Interactive Process*. Wolters Kluwer, Philadelphia; Pages: 172-175.
152. Caceres BA (2015). King's theory of goal attainment: Exploring functional status. *Nurs Sci Q* 28(2): 151-155.
153. Alligood MR (2013). *Nursing Theory, E-Book: Utilization & Application*. 8 st ed. Elsevier: Mosby.
154. Aksoy B (2021). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Demirbağ, Birsal Canan (Ed.), *Bakımda Amaca Ulaşma Teorisi*. Akademisyen Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 259-271.
155. George JB (2014). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice, Conceptual System and Theory of Goal Attainment*. 6 th ed. Pearson Education, India; Pages: 252-283.
156. Gunther M (2014). King's conceptual system and theory of goal attainment in nursing practice In: Alligood MR. Ed. *Nursing Theory Utilization and Application*. 5th Edition, Philadelphia, Mosby; Pages: 160-180.
157. Frey MA, Norris DM (2014). King's Conceptuall System and Theory of Goal Attainment. In: Alligood Me. Tomey Am. eds. *Nursing Theory Utilization And Application*. 3 st ed. Philadelphia; Mosby.

158. Fawset J, Desanto-Madeye S (2013). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 3 th ed. FA Davis, Philadelphia; Pages: 626.
159. Meleis AI (2012). Theoretical Nursing: Development & Progress. 5th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; Pages: 229-251.
160. Sieloff CL, Messmer PR (2014). Nursing Theorists and their Work. Alligood, MR (Ed.). 8 th. Edition. Conceptual System and Middle-Range Theory of Goal Attainment. Elsevier Health Sciences, Mosby; Pages: 258-275.
161. Noroozi F, Dehghan A, Bijani M, Nikrouz L (2024). Effects of nurse-led intervention programs based on King's theory of goal attainment on health-promoting behaviors and life satisfaction in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. BMC Nurs 23(1): 684.
162. Demirbaş N, Koç M (2022). Erken çocukluk döneminde ağız sağlığı eğitimi: Hemşirelik bakımı. Pediatri Hemşireliği Dergisi 6(1): 12-19.
163. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 41(4): 1149-1160.
164. Cohen J (2013). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd Edition, Routledge, New York; Pages: 567.
165. Güdük ÖF, Tüzüner T, Baygın Ö, Kurt A, Korkmaz FM (2022). Comparative analyses of the computer-aided presentation and brochure-based information on the knowledge of mothers regarding the oral health status of their 0-3 years old children. Meandros Med Dental J 23(3): 259-268.
166. Anderson T, Rowell S (2023). Blinding: Who and How?. In: Eltorai EMA, Bakal AJ, Newell JP, Osband JA (Eds.), Translational Surgery. Elsevier, Pages: 359-366.
167. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC Medicine 11: 32.
168. Köse S, Güven D, Mert E, Eraslan E, Esen S (2010). 12-13 yaş grubu çocuklarda oral hijyen eğitiminin etkinliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 13(4): 44-52.

169. Manchanda K, Sampath N, De Sarkar A (2014). Evaluating the effectiveness of oral health education program among mothers with 6-18 months children in prevention of early childhood caries. *Contemp Clin Dent* 5(4): 478-483.
170. Özer S, Şen Tunç E (2009). Erken çocukluk çağı çürükleri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 19(2): 115-123.
171. Davis LL (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research* 5(4): 194-197.
172. Polit DF, Beck CT (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? *Research in Nursing & Health* 29(5): 489-497.
173. Kotowski MM (2018). Exploring the legacy of Imogene King in the making of a nurse educator, leader, and nurse theorist. *Dissertations, Loyola University Chicago*, 2969.
174. Alligood MR (2010). Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nurs Sci Q* 23(2): 99-104.
175. Ardérius A, Veiga N, Godinho M, Ribeiro C (2015). The influence of parents' educational level in children's oral health behavior. *Public Health Res* 5(1): 28-31.
176. Sakallıoğlu EE, Keleş G, Özkan B, Kırtıloğlu T, Açıkgöz G (2003). Anne eğitiminin okul öncesi çağındaki çocukların diş ve dişeti sağlığı üzerine etkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 4(2): 62-65.
177. Karamüftüoğlu N, Özkan S (2025). Çocuk diş hekimliğinde ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı ve çocukların ağız-diş sağlığı üzerindeki etkileri. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi* 5(3): 97-103.
178. Balcı Akpınar R, Kant E (2021). Hemşirelik sınıflama sistemlerine göre ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hemşirelik süreci. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(2): 214-226.
179. World Health Organization (WHO) (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484> [Accessed 11 May 2025].
180. Ünal Kocaman G, Çebi AT (2019). Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesinde annelerin oral hijyen alışkanlıkları ve çocuk beslenmesi konusunda bilgi düzeyinin ve farkındalıklarının belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(3): 268-272.
181. Doak CC, Doak LG, Root JH (1996). Teaching patients with low literacy skills. *American Journal of Nursing* 96(12): 16M.

182. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R (1999). DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health* 53(2): 105-111.
183. Gökdoğan F (2003). Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN). *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni* 16(1): 8-16.
184. Joufi AI, Claiborne DM, Shuman D (2021). Oral health education and promotion activities by early head start programs in the United States: A systematic review. *J Dent Hyg* 95(5): 14-21.
185. Mutluay AT, Mutluay M, Dulgergil T (2020). The effectiveness of a caries preventive program in mothers and infants - an 18- month follow-up study. *J Dent Sci* 15(4): 536-541.
186. Nakayama Y, Mori M (2015). Association between nocturnal breastfeeding and snacking habits and the risk of early childhood caries in 18- to 23month-old Japanese children. *J Epidemiol* 25: 142-147.
187. Sardana D, Zhang J, Ekambaram M, Yang Y, Mcgrath CP, Yiu CK (2019). Effectiveness of professional fluorides against enamel white spot lesions during fixed orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 82: 1-10.
188. Yu L, Yu X, Li Y., Yang F, Hong J, Qin D, Hua F (2021). The additional benefit of professional fluoride application for children as an adjunct to regular fluoride toothpaste: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 25(6): 3409-3419.
189. Zhan L (2018). Rebalancing the caries microbiome dysbiosis: Targeted treatment and sugar alcohols. *Adv Dent Res* 29(1): 110-116.
190. Ateşman E (1997). Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi* 58: 71-74.
191. Schwebel FJ, Larimer ME (2018). Using text message reminders in health care services: A narrative literature review. *Internet Interv* 13: 82-104.
192. Strandbygaard U, Thomsen SF, Backer V (2010). A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: a three-month follow-up study. *Respir Med* 104(2): 166-171.
193. Tüzüner T, Karadeniz H, Kahriman İ, Baygın Ö, Baltacı E, Kurt A (2022). Increasing the awareness of the parents regarding the oral health status of their 0-3 years-old children. *Bezmialem Sci* 10(3): 337-345.

194. Ismail A, Razak IA, Ab-Murat N (2018). The impact of anticipatory guidance on early childhood caries: A quasi-experimental study. *BMC Oral Health* 18: 126.
195. Khanbodaghi A, Natto ZS, Forero M, Loo CY (2019). Effectiveness of interprofessional oral health program for pediatric nurse practitioner students at Northeastern University, United States. *BMC Oral Health* 19: 170.
196. Cooper D, Kim J, Duderstadt K, Stewart R, Lin B, Alkon A (2017). Interprofessional oral health education improves knowledge, confidence, and practice for pediatric healthcare providers. *Front Public Health* 14: 5: 209.
197. Dabawala S, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A, Shah N (2017). Parenting style and oral health practices in early childhood caries: A case-control study. *J Paediatr Dent* 27: 135-44.
198. Li Y, Wulaerhan J, Liu Y, Abudureyimu A, Zhao J (2017). Prevalence of severe early childhood caries and associated socioeconomic and behavioral factors in Xinjiang, China: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* 17: 144.
199. Anil S, Anand PS (2017). Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Front Pediatr* 5: 157.
200. Atchison KA, Rozier RG, Weintraub JA (2018). Integration of oral health and primary care: Communication, coordination and referral. *NAM Perspect* 1-12.
201. Maxey HL, Weaver DL (2016). Oral health and primary care: Exploring integration models and their implications for dental hygiene practice. *J Evid Based Dent Pract* 2(3): 196-202.
202. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Esfandiari S, Voyer R, Charbonneau A, Emami E (2018). From theoretical concepts to policies and applied programmes: The landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health* 18(1): 23.
203. Bhagat V, Hoang H, Crocombe LA, Goldberg LR (2020). Incorporating oral health care education in undergraduate nursing curricula-a systematic review. *BMC Nurs* 19: 1-13.
204. Kahriman İ, Karadeniz H, Tüzüner T, Kuşgöz A (2017). An evaluation of the knowledge of pediatric nurses about the oral health status of newborns and pediatric oral health care. *Clin Nurs Stud* 5: 53-58.
205. Hajiahmadi M, Nilchian F, Tabrizi A, Gosha HM, Ahmadi M (2022). Oral health knowledge, attitude, and performance of the parents of 3-12-year-old autistic children. *J Dent Res* 21: 19: 24.

206. Garrocho-Rangel A, López-Torre ME, Santos-Díaz MÁ, Torre-Delgadillo G, Flores-Arriaga JC, Saadia M, Pozos-Guillén A (2022). Assessment of pediatricians' knowledge, practices, and attitudes on oral health/care in children in the last decade: A systematic scoping review and critical reflection. *J Clin Pediatr Dent* 46(4): 262-272.
207. Bağ İ (2022). The attitudes of parents toward the oral health of children and their reflection on the non-cavitated caries lesions. *Pediatr Dent J* 32(1): 26-33.
208. Khan AJ, Sabri BA, Ahmad MS (2022). Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. *Saudi Dent J* 34(7): 527-537.
209. Weinstein P, Harrison R, Benton T (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc* 137(6): 789-793.
210. Ismail AI, Ondersma S, Jedeke JM, Little RJ, Lepkowski JM (2011). Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. *Community Dent and Oral Epidemiol* 39(5): 433-448.
211. Makvandi Z, Karimi-Shahanjarini A, Faradmal J, Bashirian S (2015). Evaluation of an oral health intervention among mothers of young children: A clustered randomized trial. *J Res Health Sci* 15: 88-93.
212. Hallas D, Fernandez JB, Lim LJ, Catapano P, Dickson SK, Blouin KR, Schmidt TM, Acal Jimenez R, Ali N, Figueroa KE, Jiwani NM, Sharma A (2015). OHEP: An oral health education program for mothers of newborns. *J Pediatr Health Care* 29(2): 181-190.
213. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME (2000). Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 188: 201-205.
214. Freudenthal JJ, Bowen DM (2010). Motivational interviewing to decrease parental risk related behaviors for early childhood caries. *J Dent Hyg* 84(1): 29-34.
215. Santo A, Laizner AM, Shohet L (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: A systematic review. *Patient Educ Couns* 58(3): 235-243.
216. Gysels M, Higginson IJ (2007). Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer* 15(1): 7-20.

217. Theis SL, Johnson JH (1995). Strategies for teaching patients: A meta-analysis. *Clin Nurse Spec* 9(2): 100-120.
218. Dienelt K, Moores CJ, Miller J, Mehta K (2020). An investigation into the use of infant feeding tracker apps by breastfeeding mothers. *Health Informatics J* 26(3): 1672-1683.
219. Mumcu G, Sur H, Yildirim C, Soylemez D, Atli H, Hayran O (2004). Utilisation of dental services in Turkey: A cross-sectional survey. *Int Dent J* 54: 90-96.
220. Peker I, Alkurt MT (2014). Oral impacts on daily performance in Turkish adults attending a dental school. *J Contemp Dent Pract* 15: 92-98.
221. Canger EM, Köse E, Ekinci B (2013). Kayseri ve çevresindeki bir grup bireyin diş hekimliği radyolojisi farkındalığı. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* 7(1): 1381-1390.
222. Glennly AM, Walsh T, Iwasaki M, Kateeb E, Braga MM, Riley P, Melo P (2024). Development of tooth brushing recommendations through professional consensus. *Int Dent J* 74(3): 526-535.
223. Hahn TW, Kraus C, Hooper-Lane C (2017). Clinical inquiries: What is the optimal frequency for dental checkups for children and adults? *Turk J Fam Pract* 66(11): 699-700.
224. Doğan GK, Polat Y, Özüdoğru S (2025). Parental awareness and attitudes towards pediatric dentistry and children's oral health. *BMC Oral Health* 25(1): 672.
225. Jain P, Rathee M (2025). Anatomy, head and neck, tooth eruption. [Updated 2023 Sep 20]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Internet]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549878/?utm_source= chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549878/?utm_source=chatgpt.com) [Accessed 28 August 2025].
226. Hitchcock NE, Gilmour AI, Gracey M, Kailis DG (1984). Australian longitudinal study of time and order of eruption of primary teeth. *Community Dent Oral Epidemiol* 12(4): 260-263.
227. Dodo M, Ota C, Ishikawa M, Koseki I, Sugawara J, Tatsuta N, Arima T, Yaegashi N, Koseki T (2023). Timing of primary tooth eruption in infants observed by their parents. *Children (Basel)* 10(11): 1730.
228. Kim J, Paravina R, Chen JW (2007). In vivo evaluation of color of primary teeth. *Pediatr Dent* 29(5): 383-386.
229. Alazmah A (2021). Primary teeth stains and discoloration: A review. *J Child Sci* 11: e20 - e27.

230. Saquicela-Pulla M, Dávila-Arcentales M, Vélez-León E, Armas-Vega A, Melo M (2025). Parental knowledge, attitudes, and practices and their association with dental caries in children aged 5-9 years: A cross-sectional study in rural Ecuador. *Int J Environ Res Public Health* 22(6): 953.
231. Patil AN, Karkare S, Jadhav HS, Damade Y, Punjari BK(2022). Knowledge, attitude, and practice of parents toward their children's oral health and its influence on the dental caries status of 5-10-year-old school children in Nashik, Maharashtra: A Cross-sectional study. *Int J Clin Pediatr* 15(2): 126-130.
232. Petersen PE, Danila I, Samoila A (1995). Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand* 53(6): 363-368.
233. Wapniarska K, Buła K, Hilt A (2016). Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children in the light of survey research. *Prz Epidemiol* 70(1): 59-63.
234. Suma Sogi HP, Hugar SM, Nalawade TM, Sinha A, Hugar S, Mallikarjuna RM (2016). Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A questionnaire study. *J Family Med Prim Care* 5(2): 286-290.
235. Kolbow H, Kiess W, Hirsch C, Vogel M, Schrock A, Elger W (2022). The influence of coordinative skills on the oral health of children and adolescents in permanent dentition. *J Clin Med* 11(21): 6472.
236. Chua DR, Hu S, Sim YF, Lim W, Lai BWP, Hong CHL (2022). At what age do children have the motor development to adequately brush their teeth? *J Paediatr Dent* 32(4): 598-606.
237. Khodadadi E, Niknahad A, Naghibi Sistani MM, Motallebnejad M (2016). Parents' oral health literacy and its impact on their children's dental health status. *Electron Physician* 8(12): 3421-3425.
238. Özen B, Van Strijp AJ, Özer L, Olmus H, Genc A, Cehreli SB (2016). Evaluation of possible associated factors for early childhood caries and severe early childhood caries: A multicenter cross-sectional survey. *J Clin Pediatr Dent* 40(2): 118-123.
239. Vann WF, Jr Lee JY, Baker D, Divaris K (2010). Oral health literacy among female caregivers: Impact on oral health outcomes in early childhood. *J Dent Res* 89(12): 1395-1400.

240. Parthasarathy SD, Bridges SM, McGrath CP, Au TK, Wong HM, Yiu CK (2014). The relation between caregivers' multiliterate reading habits and their children's oral health status. *Interact J Med Res* 3(3): e13.
241. De Souza PMDES, Proença MAM, Franco MM, Rodrigues VP, Costa JF, Costa EL (2015). Association between early childhood caries and maternal caries status: A cross-section study in São Luís, Maranhão, Brazil. *Eur J Dent* 9(1): 122-126.
242. Badr SBY, Jaafar NH (2018). Assessment of expected mothers' knowledge, attitude and practice regarding their oral hygiene and infants' oral health. *Egypt Dent J* 64(64): 63-70.
243. Zhou N, Wong HM, McGrath C (2020). Toothbrush deterioration and parents' suggestions to improve the design of toothbrushes used by children with special care needs. *BMC Pediatr* 20(1): 443.
244. Mishal R, Shrestha A, Bhagat T, Agrawal SK (2025). Effectiveness of three manual toothbrushes with different bristle designs in terms of plaque removal and gingival inflammation: A randomized controlled trial. *BMC Oral Health* 25(1): 1011.
245. Goldsmith RN, Shey Z, Houpt MI, Fine D, Schreiner H, Greenberg B (2007). Toothbrush bristle wear and adherence of *Streptococcus mutans*. *Pediatr Dent* 29(3): 243-247.
246. American Dental Association (ADA) (2002). Buying oral care products. *The Journal of the American Dental Association* 133:1587.
247. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR Recommendations and Reports* 50(14): 1 42.
248. Weber-Gasparoni K, Reeve J, Ghosheh N, Warren JJ, Drake DR, Kramer KW, Dawson DV (2013). An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: Part I. *Pediatr Dent* 35(3): 241-246.
249. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD002278.
250. Gopal S, Chandrappa V, Kadidal U, Rayala C, Vegesna M (2016). Prevalence and predictors of early child hood caries in 3- to 6-year-old South Indian children - a cross-sectional descriptive study. *Oral Health Prev Dent* 14: 267-273.

251. Cheng H, John J, Scott J, Denney-Wilson E, Do L, Bhole S, Baur L, Arora A (2025). Bottle feeding to sleep beyond 12 months is associated with higher risk of tooth decay and overweight in Australian children: Findings from the healthy smiles healthy kids cohort study. *Aust N Z J Public Health* 49(2): 100224.
252. Sardana D, Galland B, Wheeler BJ, Yiu CKY, Ekambaram M (2023). Effect of sleep on development of early childhood caries: A systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent* 24(1): 1-14.
253. Shrestha SK, Arora A, Manohar N, Ekanayake K, Foster J (2024). Association of breastfeeding and early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 16(9): 1355.
254. Ganesh A, Muthu MS, Padmanabhan R, Nuvvula S (2022). Association of sleep-time feeding practices with early childhood caries: A case-control study. *Caries Res* 56(4): 399-406.
255. Chaffee BW, Feldens CA, Rodrigues PH, Vítolo MR (2015). Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol* 43(4): 338-348.
256. Sharma R, Prabhakar A, Gaur A (2012). Mutans streptococci colonization in relation to feeding practices, age and the number of teeth in 6 to 30-month-old children: An in vivo study. *Int J Clin Pediatr Dent* 5(2): 124-131.
257. Mejäre I, Axelsson S, Dahlén G, Espelid I, Norlund A, Tranæus S Twetman S (2014). Caries risk assessment. A systematic review. *Acta Odontol Scand* 72: 81-91.
258. El Ouardi M, Garcia-Llorens G, Valls-Belles V (2025). Childhood obesity and its physiological association with sugar-sweetened, free-sugar juice, and artificially sweetened beverages. *Beverages* 11(5): 137.
259. Large JF, Madigan C, Pradeilles R, Markey O, Boxer B, Rousham EK (2024). Impact of unhealthy food and beverage consumption on children's risk of dental caries: A systematic review. *Nutr Rev* 82(11): 1539-1555.
260. American Dental Association (ADA) (2023). Caries risk assessment and management. [online]. Available from: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/caries-risk-assessment-and-management> [Accessed 18 June 2024].
261. Adamowicz-Klepalska B (2009). Caries prevention at children. *Pediatr Pol* 84(6):511-516.

262. Marcinkowska U, Piekarz T, Mosler B, Michalak E, Joško-Ochojska J (2013). Some elements of caries prevention among children at kindergarten age. II. Institutional prevention. *Dent Med Probl* 50(1): 52-56.
263. Açıkgöz G (2024). Çocuk hastaların diş hekimliği kliniğine başvuru zamanlarının ve sebeplerinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dent J* 11(2): 142-145.
264. Nagaveni NB, Radhika NB, Umashankar KV (2011). Knowledge, attitude and practices of parents regarding primary teeth care of their children in Davangere city, India. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 11: 129-132.
265. Atulkar M, Mittal R, Kumar S, Shewale A, Jadhav H (2015). Age of the first dental visit of children in rural schools of Vidharba Region, Maharashtra, India: A cross sectional study. *Int J Med Res* 2: 19-21.
266. Murshid EZ (2016). Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Saudi Dent J* 28: 142-7.
267. Bodhale P, Karkare S, Khedkar S (2014). Knowledge and attitude of parents toward oral health maintenance and treatment modalities for their children. *J Dent Res Rev* 1: 24-27.
268. Volpato LE, Palti DG, Lima JE, Machado MA, Aranha AM, Bandeca MC, Pedro FL, Borges AH (2013). When and why parents seek dental care for children under 36 months. *J Int Oral Health* 5(4): 21-25.



EKLER

EK 1. Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu

AMACA ULAŞMA KURAMINA GÖRE ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ERKEN SÜT DİŞİ ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİ KONUSUNDA EBEVEYNLERE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Araştırmada elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Ebeveynin Adı Soyadı :

İmza :

Diş Hekimliğine Getirilen Çocuk için DMFT/dmft :

EK-1 ÇOCUK VE EBEVEYN TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yakınlık dereceniz

1. () Anne 2. () Baba

2. Annenin yaşı(yıl)

3. Babanın yaşı(yıl)

4. Annenin eğitim durumu

1. () İlkokul ve altı
2. () Ortaokul
3. () Lise
4. () Üniversite/Yüksekokul

5. Babanın eğitim durumu

1. () İlkokul ve altı
2. () Ortaokul
3. () Lise
4. () Üniversite/Yüksekokul

6. Annenin çalışma durumu

1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor

7. Babanın çalışma durumu

1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor

8. Yaşadığınız yer

1. () İl
2. () İlçe
3. () Köy

9. Gelir düzeyiniz

1. () Geliri giderden az
2. () Geliri gidere denk
3. () Geliri giderden fazla

10. Toplam çocuk sayınız

.....

11. Diş hekimine getirdiğiniz çocuğunuzun yaşı..... (ay/yıl)

12. Çocuğunuzun cinsiyeti

1. () Kız 2. () Erkek

13. Diş Hekimliğine getirdiğiniz çocuğunuzun herhangi bir sistemik hastalığı var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

14. Diş Hekimliğine getirdiğiniz çocuğunuzun sürekli kullandığı bir ilaç var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

15. Çocuğunuzun diş hekimine gelme nedeni

1. () Genel kontrol/Muayene,
2. () Acil şikâyet (travma, ağrı, apse vs),
3. () Diş çürüğü
4. () Diğer (ortodontik, ağız kokusu vs.)

EK 1. (Devam)

16. Ağız ve diş sağlığı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır

17. Evet ise bu eğitimi kimden aldınız?

1. () Diş hekimi
2. () Hemşire
3. () Öğretmen
4. () Diğer sağlık profesyonelleri
5. () Diğer (Sosyal medya, internet, Youtube, Sağlıkla ilgili internet siteleri)

18. Çocuğunuzun uykuya dalmasını sağlayan beslenme dışı emme alışkanlığı var mıydı?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Hatırlamıyorum

19. Evet ise bu alışkanlık nedir?

1. () Biberon kullanmak
2. () Emzik kullanmak
3. () Parmak emmek
4. () Diğer.....

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK 2. Erken Süt Dişı Çürüklerinin Önlenmesine Yönelik Ebeveyn Bilgi ve Davranış Formu

AMACA ULAŞMA KURAMINA GÖRE ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ERKEN SÜT DİŞİ ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİ KONUSUNDA EBEVEYNLERE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Araştırmada elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Ebeveynin Adı Soyadı :

Tarih:

İmza :

DMFT/dmft (çürük eksik dolgu diş):

EK-2 ERKEN SÜT DİŞİ ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK EBEVEYN BİLGİ VE DAVRANIŞ FORMU

1. Sizin ve eşinizin düzenli olarak kontrole gittiği bir diş hekiminiz var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

2. Çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretine ne zaman başlanmalıdır?

1. () İlk süt dişlerinin sürmesinden sonra ve en geç 1 yaşına kadar
2. () 2 yaşından sonra
3. () Diş ağrısı olduğunda
4. () Bilmiyorum
5. () Diğer.....

3. Ebeveynler bebeğin/çocuğun dişlerini ne zaman temizlemeye başlamalıdır?

1. () İlk dişi sürdüğünde
2. () Bir yaşından itibaren
3. () Üç yaşından sonra
4. () Bilmiyorum

4. Çocuklar diş hekimi kontrolüne ne sıklıkla götürülmelidir?

1. () Üç ayda bir
2. () Altı ayda bir
3. () Yılda bir
4. () Bilmiyorum

5. Süt dişleri ne zaman çıkmaya başlar?

1. () Çocuk yaklaşık 3 aylıkken
2. () Çocuk yaklaşık 6 aylıkken
3. () Çocuk yaklaşık 9 aylıkken
4. () Çocuk yaklaşık 12 aylıkken
5. () Bilmiyorum

6. Süt dişleri nasıl görünmelidir?

1. () Beyaz ve opak
2. () Krem renginde ve saydam
3. () Pürüzsüz ve parlak
4. () Bilmiyorum

7. Diş çürüğü nedir?

1. () Bir çeşit diş eti hastalığıdır.
2. () Diş yapısının bakteriyel bir enfeksiyonudur.
3. () Diş çukuruyla aynı şeydir.
4. () Viral bir enfeksiyondur.
5. () Bilmiyorum.

8. Çocuğunuzun dişlerini fırçalamasına yardımcı oluyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

EK 2. (Devam)

9. Çocuklar ne zaman yardım almadan kendi dişlerini etkili bir şekilde temizleyebilir?

1. () 2-4 yaş
2. () 5-7 yaş
3. () 8-10 yaş
4. () Bilmiyorum

10. Çocuklarda diş fırçalama sıklığı nasıl olmalıdır?

1. () Günde 2 kez (Sabah kahvaltı sonrası ve yatmadan önce)
2. () Günde 1 kez (Sadece sabah kalktığında)
3. () Günde 1 kez (yatmadan önce)
4. () Haftada birkaç kez
5. () Ayda birkaç kez
6. () Bilmiyorum

11. Çocuğunuz için diş fırçası seçimi nasıl olmalıdır?

1. () Yumuşak kıllı fırça
2. () Orta sert fırça
3. () Sert fırça
4. () Bilmiyorum

12. Çocukların diş fırçaları ne kadar sürede bir değiştirilmelidir?

1. () 3 ayda bir
2. () Yılda bir
3. () Eskiince
4. () Diğer.....

13. Çocuğunuz dişlerini fırçaladıktan sonra dilini de temizlemeli midir?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bilmiyorum

14. Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilmeli midir?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bilmiyorum

15. Sizce dişler için uygulanan florür faydalı mıdır?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bilmiyorum

16. Çocuklarda florürlü diş macunu kullanılmaya ne zaman başlanmalıdır?

1. () İlk dişin sürmesinden itibaren
2. () 3-6 yaş
3. () 7 yaş üzeri
4. () Çocuklarda florlu diş macunu kullanılmamalı
5. () Bilmiyorum

17. Çocuklar dişini ilk fırçalamaya başladığında kullanılacak macun miktarı ne kadar olmalıdır?

1. () Sürüntü şeklinde
2. () Bezelye tanesi kadar
3. () Fırçayı kaplayacak kadar
4. () Bilmiyorum

18. İçme suyundaki flor miktarına dikkat ediyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Kısmen

19. Florlu su içmek çocukları nasıl etkiler?

1. () İskelet kemiklerinin güçlenmesine yardım eder.
2. () Temel vitaminlerin alınmasını sağlar.
3. () Pek çok sağlık probleminin olmasını engeller.
4. () Dişler için gerekli florü sağlar ve çürük oluşumunu engeller.
5. () Bilmiyorum

20. Çocuklarda beslenme dışı emme alışkanlığının diş çürüğü oluşumuna etkisi var mıdır?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bilmiyorum

21. Çocuğunuzun süt ve süt ürünleri tüketim sıklığı nedir?

1. () Her gün
2. () Haftada bir ya da birkaç kez
3. () Ayda bir ya da birkaç kez
4. () Tüketmiyor
5. () Bilmiyorum
6. () Diğer.....

EK 2. (Devam)

22. Çocuğunuzun asitli içecek tüketim sıklığı nedir?

1. () Her gün
2. () Haftada bir ya da birkaç kez
3. () Ayda bir ya da birkaç kez
4. () Tüketmiyor
5. () Bilmiyorum
- 6 () Diğer.....

23. Çocuğunuzun ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığı nedir?

1. () Günde 1 kez
2. () Günde 2-3 kez arası
3. () Günde 3'ten fazla
4. () Ayda bir ya da birkaç kez
5. () Tüketmiyor
6. () Bilmiyorum
7. () Diğer.....

24. Çocuklar hangi tür atıştırmaııklar yemesi için teşvik edilmelidir?

1. () Kuru üzüm, meyve pestili gibi yiyecekler
2. () Peynir, süt ve yoğurt gibi yiyecekler
3. () Yapay tatlandırıcı içeren yiyecekler
4. () Çocukların atıştırmaıığa ihtiyacı yoktur, atıştırma ana öğünü yemelerini engeller
5. () Bilmiyorum

25. Çocukları beslerken ebeveyn ile ortak kaşık kullanmanın dış çürüğü oluşumuna etkisi var mıdır?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bilmiyorum

26. Çocukların beslenmesiyle ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

1. () Gece beslenmesi sırasında biberon içine bal, pekmez, reçel vb. katılmamalıdır.
2. () Emzikler kendi ağzında ıslatılıp veya şekerli gıdalara batırılıp verilmemelidir.
3. () Beslenme sonrası temiz bir bezle artıklar temizlenmeli, fırçalanmalı ya da su içirilmelidir.
4. () Karbonhidrat içerikli sıvı ve yiyecekler dış çürüğüne sebep olmaz.

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER



Sevgili Ebeveynler;

Erken süt dişi çürükleri çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan birisidir ve gerekli önlemler alınmazsa kalıcı dişlerde sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Bu kitapçık siz değerli ebeveynlerimize erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik bilgi sunmak, alınacak basit önlemlerle çocuğunuzun ve sizin yaşam kalitenizi yükseltmek amacıyla hazırlanmıştır.

İÇİNDEKİLER

1. Dişlerin Görevi.....	1
2. Dişlerin Yapısı.....	2
3. Süt Dişleri.....	3
4. Süt Dişlerinin Görevi.....	4
5. Diş Çürüğü.....	7
6. Erken Süt Dişi Çürüğü.....	7
7. İlk Diş Hekimi Ziyareti	8
8. Çocuklarda ve Bebeklerde Diş Temizliği.....	9
9. Diş Temizliğinde Ebeveyn Desteği.....	12
10. Çocuklarda Diş Fırçalama Süresi ve Sıklığı	14
11. Çocuklarda Diş Fırçası Seçimi ve Değişim Sıklığı.....	15
12. Çocuklarda Diş Macunu Kullanımı ve Miktarı.....	16
13. Flor İyonu ve Diş Sağlığına Üzerine Etkisi.....	17
14. Flor Uygulaması.....	18
15. Anneden Bebeğe Bulaş (Streptococcus Mutans).....	20
16. Erken Süt Dişi Çürüklerini Önlemek.....	22
17. Diş Fırçalama Teknikleri.....	29
18. Çocuklarınıza Diş Fırçalama Alışkanlığı Kazandırılması.....	31
19. Kaynaklar.....	36

EK 4. Eğitim Broşürü

ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ERKEN SÜT DİŞİ ÇÜRÜKLERİNİN ÖNLENMESİ



Sağlıklı süt dişleri BEYAZ VE OPAK renkte görünür.

Bebeklerde ilk dişler yaklaşık 6 aylıkken çıkmaya başlar. 24-30. aylarda toplam 20 adet süt dişi tamamlanmaktadır. Süt dişleri 6-7 yaşlarında yerini kalıcı dişlere bırakmaya başlar ve bu değişim 12-13 yaşlarına kadar devam eder.

Süt dişleri tedavi edilmelidir.
"Nasıl olsa değişecek!" düşüncesiyle bu dişlerin çekilmesi pek çok probleme neden olur. Enfekte olmuş çürük süt dişi, ardından sürece kalıcı dişi de enfekte edebileceğinden, süt dişleri temiz tutulmalı ve çürük gelişimi önlenmelidir.

Diş Çürüğü
Diş yapısının bakteriyel bir enfeksiyonudur.

Çürük oluşumu çocuklarda önlenemez ise diş ağrısı, uyku sorunları, konsantrasyon problemleri, öğrenme güçlüğü, okul devamsızlığı, iştahsızlık, yemek yiyememe ve beslenmenin olumsuz yönde etkilenmesi gibi çocuk ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

İLK DİŞ HEKİMİ ZİYARETİ

İlk dişin sürmesinden sonraki altı ay içinde ve en geç 1 yaşına kadar diş hekimi ziyareti gerçekleştirilmelidir.

DİŞ HEKİMİ ZİYARETİ

Çocuklarınızın diş sağlığı için 6 ayda bir mutlaka diş hekimi ziyareti gerçekleştirilmelidir. Unutmayın ne kadar erken başlarsanız çocuğunuzun o kadar sağlıklı dişleri olur.

Çocuklarda diş temizliğine ne zaman başlanmalıdır?

Bebeklerde diş temizliğine ilk dişleri sürdüğünde başlanmalıdır.

Bebeklerde diş temizliği

Sabah kahvaltısı sonrası ve gece yatmadan önce dişleri (en azından çiğneme yüzeylerini) temiz bir tülbent ya da gazlı bez ıslatılarak silinmeli ve temizlenmelidir.

Çocuklarda diş fırçası seçimi

Çocuklar için diş fırçası seçerken fırçanın boyutuna dikkat edilmelidir. Çocuğun ağız büyüklüğüne uygun yumuşak naylon kıldardan üretilmiş diş fırçası seçilmelidir. Fırçanın baş kısmı, çocuğun ağızına uygun olmalıdır.

Diş fırçası değişim sıklığı

Diş fırçaları 3 ayda bir mutlaka değiştirilmelidir.

Çocuklarda diş macunu kullanımı

Çocuklarda erken süt dişi çürüklerinin önlenmesinde en önemli strateji, dişlerin florürlü diş macunu ile fırçalanmasıdır.

Diş macunu miktarı

0-2 yaş çocuklarda ilk süt dişlerinin sürmesinden itibaren sürüntü şeklinde (1000 ppm) florü diş macunu kullanılmaya başlanmalıdır.

2-6 yaş çocuklarda piring/mercimek tanesi büyüklüğünde florürlü diş macunu kullanılmaktadır (1000 ppm veya risk yüksekse 1000 ppm üzeri).

6 yaş ve üzeri çocuklarda bezelye tanesi büyüklüğünde veya fırça uzunluğu kadar florürlü diş macunu kullanılmaktadır (1450 ppm).

Dil Temizliği

0-3 yaş döneminde öğürme refleksini uyardığı için dilin temizlenmesi önerilmez.

Çocuklarda diş fırçalama süresi ve sıklığı

Günde 2 kez Sabah kahvaltısı sonrası ve gece yatmadan önce sadece 2 dakikalık etkili bir diş fırçalama yeterlidir.

Ebeveyn Desteği Her Zaman En Önemli

Çocuklar kendilerine örnek olan ebeveynlere ihtiyaç duyarlar.

Diş temizliğinde ebeveyn desteği

Çocuklar 5 yaşına kadar ebeveynle birlikte dişlerini fırçalamalıdır.

5-7 yaş aralığında çocuğun ebeveyn refakatinde fırçalaması ve ebeveynin çocuğun fırçalamakta güçlük çektiği arka dişleri veya çocuğun ulaşamadığı bölgeleri tekrardan fırçalaması gerekmektedir.

Çocuklar 8-10 yaşında ebeveynle yaptığı pratik uygulamalar neticesinde tek başına fırçalamaya geçebilir.

Flor İyonu ve diş sağlığı üzerine etkileri

Dişler için gerekli florü sağlar ve çürük oluşumunu engeller. Dişlerin yeniden onarılmasını kolaylaştırır.

Anneden Bebeğe Çürük Bulaşının Önlenmesi

Ebeveynin ağızındaki tedavi edilmemiş çürük dişler nedeniyle enfekte olmuş tükürüğün bebeğe geçmesi engellenmelidir. Bebekler dudaklarından öpülmemeli ve ortak kullanım (kaşık, emzik vb.) azaltılmalıdır.

Erken Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesi

Beslenme dişi emme alışkanlıkları (tırmak yeme, parmak emme vb.) diş çürüğüne sebep olduğu için uzak durulmalıdır. Gece biberon, emzik vb. şekerli şeylere batırılıp bebeğe verilmesi engellenmelidir. 1 yaş itibarı ile biberon yerine bardak kullanımına geçilmelidir. Kalsiyum ve D vitamini içeren PEYNİR, SÜT, YOĞURT gibi besinlerin tüketimi artırılmalıdır. C vitamini içeren gıdalar diş eti sağlığı için önemlidir. Şekerli besinler 3 ana öğün içerisinde tüketilmeli, mümkünse tek ana öğüne sınırlanmalıdır. Şekerli ve asitli yiyecek ve içeceklerden uzak durulmalı, tüketim sıklığı günde 3'ten fazla olmamalıdır. Ara öğünlerde sağlıklı meyve ve sebze tüketimi sağlanmalıdır (elma, armut, havuç, muz, süt, mandalina vb.).

Şekerli, yapışkan gıda yendikten sonra mutlaka dişler fırçalanmalı

Mümkün değilse ağız su ile çalkalanmalı ya da bir bardak su içilmeli

Ağıza atılacak bir parça peynir şekerin çürük yapıcı etkisini azaltmak açısından son derece önemli

EK 5. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

	Evet 1 Puan	Hayır 0 Puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kâğıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modelle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK 6. Eğitim Rehberinin Güvenirlilik ve Kalite Ölçümü-DISCERN Ölçüm Aracı-1

Uzmanın Adı Soyadı:

BÖLÜM 1: Bu Eğitim Rehberi Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1.soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz).

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Erken süt dişi çürüklerini önleme hakkında mı?
- ❖ Erken süt dişi çürükleri konularını kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- ❖ Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Bu eğitim rehberinde ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Bu eğitim rehberinde;

- ❖ Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- ❖ Erken süt dişi çürüklerini önleme ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığını düşünün.

4. Bu eğitim rehberini hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

Hayır			Kısmen		Evet
1		2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberindeki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- ❖ Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

5. Bu eğitim rehberinde bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinin hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- ❖ Eğitim rehberinin tarihine bakın.
- ❖ Eğitim tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu eğitim rehberi tutarlı ve tarafsız mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinin kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- ❖ Eğitim rehberinin hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması
- ❖ Eğitim rehberinin başka bir tanınmasının olması

Dikkatli olunmalı eğer:

- ❖ Eğitim rehberi diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- ❖ Eğitim rehberi tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- ❖ Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

EK 6. (Devam)

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu eğitim rehberinde belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın. Eğitim rehberinde sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Eğitim Rehberinde Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim rehberinde sunulan bilgiler erken süt dişi çürüklerini önlemenin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu eğitim rehberinde bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Erken süt dişi çürüklerini önlemenin çocuğun tedavisini nasıl etkileyip etkilemediğini tanımlamasına bakın.

10. Bu eğitim rehberinde bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu eğitim rehberi erken süt dişi çürükleri ile ilgili riskleri tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde sunulan erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik bilgilerin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu eğitim rehberinde bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde sunulan erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu eğitim rehberi, sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın. Eğitim rehberinde bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

EK 6. (Devam)

14. Birden fazla erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik seçenek olabileceği açıklanmış mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde sunulan erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik bilgilerden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- ❖ Eğitim rehberinin erken süt dişi çürüklerinin tedavisinde daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Eğitim rehberi ebeveynin karar vermesi için destek sağlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Eğitim rehberinde erken süt dişi çürüklerini önleme hakkında aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Rehberinin Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim rehberinin güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük (Ciddi aşırı eksiklikleri var)		Orta (Eksiklikler önemli ancak ciddi değil)		Yüksek (Çok az eksiklik var)
1	2	3	4	5

LÜTFEN EKLEMEK İSTEDİĞİNİZ ÖNERİLERİNİZİ BELİRTİNİZ

EK 7. DISCERN Ölçüm Aracı-2

Uzmanın Adı Soyadı:

BÖLÜM 1: Bu Video Güvenilir mi? (1.soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz).

1. Amacı açık mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Ne hakkında?
- ❖ Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- ❖ Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Bu videoda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Bu videoda;

- ❖ Videoyu izleyenlerin sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- ❖ Videodaki bilgiler ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığını düşünün.

4. Bu videoyu hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoyu sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- ❖ Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

5. Bu videoda bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videonun hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- ❖ Videolardaki bilgilerin tarihe bakın.

6. Bu videoda sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videonun kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.

EK 7. (Devam)

- ❖ Videonun hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması
- ❖ Videonun başka bir değerlendirilmesinin olup olmamasına bakın.

Dikkatli olunmalı eğer:

- ❖ Video diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- ❖ Video tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- ❖ Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. Video ilave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Video durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu videoda belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- ❖ Videoda sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin.

BÖLÜM 2: Bu Videoda Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Videoda sunulan bilgiler erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu videodaki bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitimin çocuğun tedavisini nasıl etki edip etmeyeceğini tanımlanmasına bakın.

10. Bu videodaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoda sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu video erken süt dişi çürüklerini önleme ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoda erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik sunulan bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

EK 7. (Devam)

12. Bu videodaki erken süt dişi çürüklerinin önlenmediği durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoda erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik bakımın ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu videoda sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videodaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- ❖ Videodaki bilgilerin ebeveynlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla erken süt dişi çürüklerinin önleme seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoda sunulan erken süt dişi çürüklerini önlemeye yönelik eğitim bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- ❖ Videonun erken süt dişi çürüklerinin tedavisinde daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Ebeveynin karar vermesi için destek sağlıyor mu?

Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- ❖ Videoda erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi hakkında ebeveyn ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Videosunun Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu videonun güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük (Ciddi aşırı eksiklikleri var)		Orta (Eksiklikler önemli ancak ciddi değil)		Yüksek (Çok az eksiklik var)
1	2	3	4	5

LÜTFEN EKLEMEK İSTEDİĞİNİZ ÖNERİLERİNİZİ BELİRTİNİZ

EK 9. (Devam)



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Amaca ulaşma kuramına göre çocuklarda görülen erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	1000

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. İlknur KAHRİMAN(Tez Danışmanı)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Ayça KURT			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Serpil BORAN(Tez Sahibi)			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı Soyadı: Doç.Dr.Tahsin Gökhan TELATAR
İmzası

Sayfa 1

*Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : 7f642cd41952*

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

EK 9. (Devam)



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Amaca ulaşma kuramına göre çocuklarda görülen erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	1000

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr. İlknur KAHRİMAN			
Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	18.03.2024	01	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	18.03.2024	01	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
Karar Bilgileri	Karar No: 2024/109		Tarih: 16.05.2024		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "Öy birliği" ile karar verilmiştir.				
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Doç.Dr. Tahsin Gökhan TELATAR			
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *
Doç.Dr. Tahsin Gökhan TELATAR (Başkan)	Halk Sağlığı	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Prof. Dr. Özlem ÇELEBİ ERDİVANLI (Üye)	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Prof. Dr. Fatma BEYAZAL ÇELİKER (Üye)	Radyoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Mehmet KIVRAK (Üye)	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Doç. Dr. Uğur KOSTAKOĞLU (Üye)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doç.Dr. Şenol ŞENTÜRK (Üye)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Yasin YILDIZ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Taha Emre KÖSE (Üye)	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	RTEÜ Diş Hek. Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Meltem PUŞUROĞLU (Üye)	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doç.Dr. Atilla TOPÇU (Üye)	Tıbbi Farmakoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap ATAÇ (Raportör)	Tıbbi Biyokimya	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Nuray DEMİRCİ GÜNGÖRDÜ (Üye)	Tıp Tarihi ve Etik	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet KALIM (Üye)	Göz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐

* :Toplantıda Bulunma

Sayfa 2

*Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
 Belge Doğrulama Kodu : 7f642cd41952*

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

EK 10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Amaca ulaşma kuramına göre çocuklarda görülen erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUN!

Araştırmamıza katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

ÇALIŞMANIN AMACI: Bu çalışmada, diş hekimliği fakültesi pedodonti kliniğine tedavi amacıyla başvuran 0-3 yaş çocuğa sahip ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

KATILIM KOŞULLARI NELERDİR?

Bu araştırmaya dahil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti kliniğine başvurmak ve 0-3 yaş çocukların ebeveyni olmak,
2. Zihinsel ve iletişim problemi bulunmamak,
3. Türkçe yazabilmek, okuyabilmek ve konuşabilmek,
4. Çalışmaya dahil olmayı onaylamak.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Anket yardımıyla erken süt dişi çürükleri konusundaki bilgi düzeyiniz ölçülecek. Sunum, mobil uygulama ve broşürler kullanılarak bu konuda eğitilmeniz sağlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NELERDİR?

Anket sorularını cevaplamak, verilen eğitim materyallerini okuyarak ve inceleyerek erken süt dişi çürükleri konusundaki bilgilerinizi artırmaktır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Çalışmaya 100 ebeveyn katılacaktır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Katılımınız 6 ay sürecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Çocuklarınızda oluşabilecek erken süt dişi çürüklerini önleme konusunda bilinçlenmeniz.

EK 10. (Devam)

- **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**
Çalışmaya katılmanız nedeniyle ortaya çıkabilecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.
- **ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCA OLDUĞU BİLİNE İLAÇLAR/ BESİNLER NELERDİR?**
Araştırma sürecinde herhangi bir ilaç ya da besin kullanılmayacaktır.
- **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞINDA BIRAKILABİLİRİM?**
Kendi isteğinizle ayrılmayı talep ettiğinizde araştırma dışında bırakılabilirsiniz.
- **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**
Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk araştırmacıya aittir. Bu konuda sorumlu araştırmacı tarafından gerekli tedbirler alınacaktır.
- **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**
Araştırma süresince çıkabilecek sorunlar için sorumlu araştırmacıyı arayabilirsiniz.
- **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**
Çalışma kapsamında herhangi bir gider oluşmayacaktır. Giderler sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır.
- **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**
Çalışma herhangi bir kurum tarafından desteklenmeyecektir.
- **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**
Çalışmaya katılmanız nedeniyle herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **ARAŞTIRMAYI KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**
Çalışmaya katılmayı kabul etmek istemediğinizde veya çalışmadan ayrılmak istediğinizde sorumlu araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir.
- **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**
Çalışmaya katılmanıza ilişkin bilgiler konusunda gizlilik, sorumlu araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu Formun İmzalı ve Tarihli Bir Kopyası Bana Verildi.

EK 10. (Devam)



EK 11. Eğitim Rehberini ve Eğitim Videolarını Değerlendiren Uzman Listesi

1. *Çocuk Diş Hekimi Doç. Dr. Ayça KURT*
2. *Çocuk Diş Hekimi Öğr. Gör. Sena SAKIN ULUBAY*
3. *Çocuk Diş Hekimi Öğr. Gör. İrem OKUMUŞ*
4. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Hatice YILDIRIM*
5. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Rumeysa ÇINAR*
6. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Başak SENİAN BİLGİR*
7. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Mücella YAZAR*
8. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Fatma YANIK ŞILBIR*
9. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Elif KILIÇ*
10. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dr. Öğr. Üyesi Zahide İYİ ALTINIŞIK*

EK 12. Araştırma Formlarını Değerlendiren Uzman Listesi

1. *Çocuk Diş Hekimi Doç. Dr. Ayça KURT*
2. *Çocuk Diş Hekimi Uzmanı Gülizar Aksu Çalık*
3. *Çocuk Diş Hekimi Öğr. Gör. İrem OKUMUŞ*
4. *Çocuk Diş Hekimi Öğr. Gör. Sena SAKIN ULUBAY*
5. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dr. Öğr. Üyesi Zahide İYİ ALTINIŞIK*

EK 13. DMFT Değerlendiren Uzman Listesi

1. *Çocuk Diş Hekimi Doç. Dr. Ayça KURT*
2. *Çocuk Diş Hekimi Hande Nur Kabasakal*
3. *Çocuk Diş Hekimi Gizem Akçay*
4. *Çocuk Diş Hekimi Kader Biçengil*
5. *Çocuk Diş Hekimi Emine Şuranur AYAZ*
6. *Çocuk Diş Hekimi Hatice YILDIRIM*

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Serpil BORAN
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi/Hemşirelik	2020
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi/Hemşirelik	2006
Lise	Karadeniz Ereğli Süper Lisesi	2002

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, Çocuk Servisi	2007-2015
2. Hemşire	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	2015-Devam ediyor

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

PROJELER

1. Kahrıman İ, (Yürütücü) **Boran S.** 2025. Amaca ulaşma kuramına göre çocuklarda görülen erken süt dişi çürüklerinin önlenmesi konusunda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yükseköğretim Kurumları Destekli Proje, BAP Doktora Tezi, Proje No: TDK-2025-16367, 2025-Devam ediyor.

2. Kahrıman İ, (Yürütücü) **Boran S.** 2018. Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Yükseköğretim Kurumları Destekli Proje, BAP Yüksek Lisans Tezi, Proje No: TYL-2018-7824, 2018-2020.

YAYINLAR

1. Kahrıman I, Aksoy B, Kandaz U, **Boran S**, Göger B, Kırbaş ZÖ. 2026. Effects of a puppet-assisted house-tree-person test on fear and anxiety in children receiving chemotherapy and associated influencing factors: A projective, quasi-experimental study. Journal of Pediatric Nursing 88:34-43.

2. **Boran S**, Kahrıman İ, Polat SD. 2024. Exploring newborn bathing practices among mothers in the postpartum period. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 6(2):239-254.

3. **Boran S**, Kahrıman İ. 2023. Maternal awareness in the risk factors attributed to sudden infant death syndrome: Descriptive study. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences. 20(3):192-199.

4. **Boran S**, Kahrıman İ. 2023. Evaluation of fever-related knowledge, attitudes and practices of mothers of children with chronic diseases: A descriptive study. Journal of Basic and Clinical Health Sciences 7(1):223-234.

KONGRE/SEMPOZYUM BİLDİRİLERİ

1. Kahrıman İ, Aksoy B, Kandaz U, **Boran S**, Göger B, Kırbaş ZÖ. 2025. Kemoterapi tedavisi alan çocuklarda kukla destekli ev-ağaç-insan testinin korku ve kaygı düzeylerine etkisi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Projektif ve yarı deneysel çalışma. 9. Ulusal 5. Uluslararası Akdeniz 4. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, 05-08 Kasım 2025.

2. **Boran S**, Kahrıman İ. 2023. Ani Bebek Ölüm Sendromuna Atfedilen Risk Faktörlerinde Anne Farkındalığı, Karadeniz Teknik Üniversitesi 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, Trabzon, 08-10 Mayıs 2023.

3. **Boran S**, Kahrıman İ. 2023. Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumları ve Ebeveynlerin Etkisi, 5. Uluslararası Palandöken Bilimsel Çalışmalar Kongresi, Erzurum, 18-19 Mart 2023.

4. **Boran S**, Kahrıman İ. 2022. Çocuklara Ölümün Anlatılmasında Aile ve Hemşirenin Rollerini, 3. Uluslararası Kapadokya Bilimsel Araştırmalar Kongresi, Nevşehir, 11-12 Aralık 2022.

5. Tiryaki O, Yetimoğlu M, **Boran S.** 2022. Kişilerarası İlişkiler Kuramı, Kişilerarası İlişkilere Odaklanan Hemşirelik Kuramlarının Kavramsal Yaklaşımları, 4. Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu: Hemşirelik Kuramlarını Tanıyalım, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, 12 Mayıs 2022.

HOBİLER

Kitap okumak, araştırma yapmak, gezmek.

