

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
BESLENME ÖZELLİKLERİ ve AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI**

**Hazırlayan
Türkan DURMUŞ**

**Danışman
Prof.Dr.Mualla AYKUT**

Yüksek Lisans Tezi

**Şubat 2013
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
BESLENME ÖZELLİKLERİ ve AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI**

**Hazırlayan
Türkan DURMUŞ**

**Danışman
Prof.Dr.Mualla AYKUT**

Yüksek Lisans Tezi

**Şubat 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Türkan DURMUŞ

İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Özellikleri ve Ağız-Diş Sağlığı”
Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak
hazırlanmıştır.

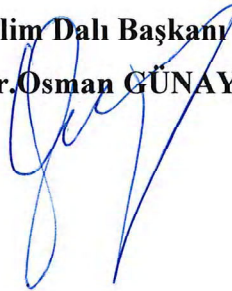
Tezi Hazırlayan
Türkan DURMUŞ



Danışman
Prof.Dr.Mualla AYKUT



Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.Osman GÜNAY



Prof. Dr. Mualla AYKUT danışmanlığında **Türkan DURMUŞ** tarafından hazırlanan **“Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Özellikleri ve Ağız-Diş Sağlığı”** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.... /... / 2013

JÜRİ

İmza

Danışman : Prof. Dr. Mualla AYKUT

Üye : Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Ayşegül GÜRBULAK

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hemşirelik Lisans mezunu olarak geldiğim Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda her şeyden önce anabilim dalına, yüksek lisans eğitimim başladığı ilk günden beri akademik yaşam eğrimin her aşamasında bir annenin çocuğuna gösterdiği şefkat ve özen dahilinde bana destek veren, insanın öğrenemeyeceği ve isteyince aşamayacağı sağlık dışında herhangi bir engelin olmadığını gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mualla AYKUT' a, anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY' a ve tüm bölüm hocalarımıza en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim ve çalışmalarım süresince bilgi, öneri ve desteğini esirgemeyen Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Alper ALKAN başta olmak üzere tüm Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı bölüm hocalarıma, araştırma görevlilerine, tüm personeline ve ağız-diş muayenesini yapan Araş. Gör. Canay YILMAZ'a, Araş. Gör. Türker YÜCESOY'a, Araş. Gör. M. Taha YAŞAR'a ve Araş. Gör. E. Fulya AKKOYUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Beni bugünlere getiren fedakar aileme, her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım ve dostlarım Handan VAROL'a, Araş. Gör. Cihan TOPAN'a ve Ayser DÖNER'e minnettarım.

DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME

ÖZELLİKLERİ ve AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

Türkan DURMUŞ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Şubat 2013

Danışman: Prof.Dr.Mualla AYKUT

ÖZET

Bu araştırma Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin beslenme özelliklerini ve ağız diş sağlığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmaya Diş Hekimliği Fakültesinde 2011-2012 eğitim-öğretim yılı içerisinde öğrenim görmekte olan 348 öğrenci dahil edilmiş ancak 289 öğrenciye ulaşılmıştır. Veriler, sosyo –demografik, beslenme özellikleri ile ağız - diş sağlığı uygulamalarına ilişkin soruların yer aldığı anket formunun öğrencilere doldurtulması ve ağız diş muayenesi ile elde edilmiştir. Çürük (decayed), eksik (missing), dolgulu (filled) diş sayıları toplanarak DMFT indeksi hesaplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan öğrencilerin %41.2'si erkek, %58.8'i kız olup yaş ortalamaları 20.66 ± 1.66 yıldır. Öğrencilerin %76.5'inin günde üç öğün beslendiği, %30.4'ünün şekerli besinlerden sonra dişlerini fırçaladığı belirlenmiştir. Bütün öğrencilerin dişlerini fırçaladığı, %71.3'ünün dişlerini günde iki kez ve daha fazla fırçaladığı saptanmıştır. Diş ipi kullananların oranı %37.7, diş fırçasını üç ay arayla değiştirenlerin oranı %55.4'tür. Ara öğünlerde en sık şeker, çikolata tüketilmekte olup bu oran kız öğrencilerde (%60.6), erkeklerden (% 42) daha yüksektir ($p < 0.05$). DMFT indeksi (4.82 ± 3.51) erkek öğrencilerde (5.02 ± 3.49), kızlardan (4.67 ± 3.52) yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Öğrencilerin %41.9'u diş hekimine kontrole 1-6 ay arayla giderken, üst sınıflara doğru diş hekimine gitme oranı artış göstermektedir ($p < 0.05$). Diş fırçasını değiştirme sıklığının dört ay ve üzeri olması, ortodontik problemin bulunması ve üst sınıflarda bulunulması kötü DMFT riskini artırmaktadır ($p < 0.05$). Yaş grubu yüksek olan öğrencilerde dolgulu diş ve DMFT ortancası, alt yaş grubu öğrencilerde ise çürük diş ortancası yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Diş Hekimliği Fakültesi eğitim programında beslenme ve beslenmenin; ağız diş sağlığına olan etkisi konularına daha çok yer verilmeli, öğrencilere kendi ağız diş sağlığı uygulamalarının önemine ilişkin farkındalık kazandırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, Beslenme, Ağız-diş sağlığı, DMFT.

NUTRITIONAL CHARACTERISTICS AND ORAL-DENTAL HEALTH OF THE STUDENTS OF DENTISTRY FACULTY

Türkan DURMUŞ

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Public Health

M. Sc. Thesis, February 2013

Supervisor: Prof.Dr. Mualla AYKUT

ABSTRACTS

The research is conducted as a descriptive study in order to determine the nutritinal characteristics and oral-dental health of the students of Erciyes University Faculty of Dentistry. The study was planned to include 348 students attending Faculty of Dentistry in the academic year of 2011-2012 in but only 289 students can be reached. Data is obtained by filling out the questionnaire by students. The survey consisted of questions about oral and dental health applications, nutritional characteristics and socio-demographic status of the students. In addition to the survey, oral examinations were also performed. Decayed, Missing, Filled Teeth (DMFT) index were calculated by collecting decayed, missing and filled teeth numbers. Chi-square test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and logistic regression analysis were used in statistical analysis.

Of the students, 41.2% were male, 58.8% were female respectively. In the study mean age was found as 20.66 ± 1.66 years. 76.5% of students have three meals in a day. 30.4% of them stated that they brush their teeth after eating food containing sugar. It is determined that all of the students brush their teeth regularly and 71.3 % of the students brush their teeth two or more times in a day. 37.7% of them used dental floss. 55.4% of the students change their toothbrushes in three months. 60.6% of female and 42% of male students consume chocolate and candy-like foods between meals ($p < 0.05$). DMFT index (4.82 ± 3.51) was found higher in males (5.02 ± 3.49) than in females (4.67 ± 3.52) ($p > 0.05$). 41.9% of the students visit the dentist regularly in 1-6 month frequency and dental control incidence is higher in upper classes ($p < 0.05$). Toothbrush changing frequency of four months and above, orthodontic problems and being in the upper classes increased DMFT score ($p < 0.05$). Filled tooth median and DMFT found higher in older students and decayed tooth median was found higher in younger students ($p < 0.05$).

The effects of nutrition should be studied in detail in dentistry faculties and students should be informed on the importance of their own oral and dental health practices.

Keywords: Student, Nutrition, Oral and dental health, DMFT.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 BESLENMENİN TANIMI ve ÖNEMİ	4
2.1.1. Adölesan Yaş Grubunda Beslenmenin Önemi	6
2.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ ÖNEMİ	7
2.3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE GENEL SAĞLIK İLİŞKİSİ	8
2.4. DİŞLER VE ÇEVRE DOKULARININ YAPISI	9
2.5. SAĞLIKLI DİŞ VE DİŞ ETİ	11
2.6. DİŞ VE DİŞ ETİ HASTALIKLARI	11
2.6.1. Diş Çürükleri	11
2.6.2. Diş Eti Hastalıkları ve Diş Taşları	14
2.6.3. Dişlerde Aşınma	15
2.7. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ	15
2.8. AĞIZ TEMİZLİĞİ	16
2.9. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI VE BESLENME	18
2.10. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI DURUM TESPİT ÇALIŞMALARININ ÖNEMİ	21
2.11. DÜNYA'DA AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI	21
2.12. TÜRKİYE' DE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
4.BULGULAR	28
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	67
6.KAYNAKLAR	80
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Dişin Anatomik yapısı	10
Şekil 2.2. Çürük oluşumu etkileyen faktörler	12
Tablo 2.1. Erişkinlerde BKİ'ye Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi.....	6
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.2. Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri	33
Tablo 4.3. Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özellikleri.....	34
Tablo 4.4. Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre BKİ Yoluyla Ağırlık Değerlendirmesi.....	37
Tablo 4.5. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Anne Sütü Alma Durumu	37
Tablo 4.6. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Öğün Alma Sıklığı.....	38
Tablo 4.7. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Ara Öğünlerde Tükettikleri Gıdaların Dağılımı ...	38
Tablo 4.8. Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre Diş Fırçalama Sıklığının Dağılımı.....	39
Tablo 4.9. Öğrencilerin Yiyecek ve İçecekleri Tüketim Sıklıkları	39
Tablo 4.10. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Diş Hekimine Kontrole Gitme Sıklığı	40
Tablo 4.11. Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Diş Hekimine Kontrole Uygun Aralıklarla Gitme Durumu	41
Tablo 4.12. Öğrencilerin Bazı Diş Problemlerinin Bulunma Durumu.....	44
Tablo 4.13. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Bazı Sosyo – Demografik Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi (Tekli Analiz).....	45
Tablo 4.14. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi (Tekli Analiz)	46
Tablo 4.15. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi (Çoklu Analiz)	48
Tablo 4.16. Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları.....	49
Tablo 4.17. Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları.....	57
Tablo 4.18. Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları.....	61
Tablo 4.19. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları.....	65

KISALTMALAR

Ağız-Diş Sağlığı	: ADS
Beden Kitle İndeksi	: BKİ
Dünya Sağlık Örgütü	: DSÖ
Amerika Birleşik Devletleri	: ABD
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması	: TNSA
Decayed, Missing and Filled Teeth (çürük, eksik ve dolgulu diş sayısı)	: DMFT
Dünya Diş Hekimleri Birliği (Federation Dentaire Internationale)	: FDI
Decayed and Filled Survey (çürük ve dolgulu diş yüzeyi)	: dfs

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların uzun yıllardır çözüm aradıkları durumların başında; sağlıklı kalabilme, canlı ve verimli bir bedene ve uzun bir ömre sahip olabilme gelir. Böyle bir amacın gerçekleşmesi, büyük ölçüde beslenmeye bağlıdır (1). Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır (2). Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması, vücutta uygun şekilde kullanılması durumu; yeterli ve dengeli beslenme deyimi ile açıklanır (3). Yeterli ve dengeli beslenemeyen bir toplumun, sağlıklı ve iş görebilir bir güçte yaşaması, ekonomik ve sosyal refahının artması mümkün değildir. Yeterli ve dengeli beslenme sadece bireylerin yaşamsal faaliyetleri için değil, tüm toplumun gelişmesinin temel koşullarından birisi belki de en önemlisidir (4). Kişinin gerektiği gibi beslenmesi de ağız yolu ile mümkündür. Ağız sindirim sisteminin normal beslenme yolunu oluşturduğu ve aynı zamanda çok çeşitli maddelerle temas halinde olduğu için büyük önem taşır (1).

Ağız hijyeni, sağlığımız ve yaşamımızın tümüyle ilgilidir (1,5,6). Dişlerin ve diş etlerinin sağlıklı olması, insan vücudunun gelişmesinde ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesinde büyük etkiye sahiptir (5). Ağız mukozasında meydana gelen yaralar, eksik dişler, hassas diş etleri, yaraların olduğu ağız mukozası yemek yerken rahatsızlık

verir. Enfekte dişler ve diş etleri mukozayı, tonsilleri ve sindirim sistemini enfekte edebilir ve kana karışarak eklem, kalp, böbrek ve diğer organlarda hastalık yapabilir. Ağız ve diş hastalıkları arasında en çok rastlanan diş çürükleridir. Diş çürüklerinin görülme sıklığı, insanların binlerce yılda geçirdiği evrime, bilgi ve tecrübe birikimleri ile teknolojik gelişimlerine karşın azalmamakta, tersine artış göstermektedir (7).

Ağız - diş sağlığı (ADS), bazı kişiler için farkında olunmayan ve şikayet yaratmadıkça önemsenmeyen bir durumdur. Sonuç olarak; erken diş kayıpları bireylerde psikolojik, fizyolojik ve estetik sorunlar oluşturmaktadır (5).

Ağız - diş sağlığının geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin de yer alması gerekliliği çok gelişmiş ülkelerde ön plana çıkmaktadır (5).

Günümüzde yapılan araştırmalarda yenilen gıdaların, alışkanlıkların, ağız hijyeni ve sosyo- ekonomik durumun, diş sağlığı üzerinde etkileri olduğu ortaya konulmuştur (8). Diyet dişleri 2 yolla etkilemektedir. Birincisi; dişler çıkmadan önce şekillenirken, ikincisi; dişler çıktıktan sonra lokal etki yoluyla. Dişler çıktıktan sonraki lokal etki çok daha önemlidir ve şeker özellikle de sakkaroz en önemli diyetel faktördür. Sakkarozun nişastadan daha çok diş çürütücü potansiyeli vardır. Biyokimyasal, mikrobiyolojik, klinik ve epidemiyolojik kanıtlar sık sakkaroz alımı ve diş çürükleri arasında nedensel bir ilişki olduğunu desteklemektedir, fakat bireysel hassasiyet gibi diğer faktörler sakkarozla karşı dişlerin cevabını değiştirebilmektedir. Tek başına veya sakkaroz ve fruktoz ile karışık glikoz da diş çürüklerine neden olur. Bu nedenle, çürüklerin gelişmesinde sadece sakkaroz alımı değil, tüm serbest şekerler tüketimi sorumlu tutulmaktadır (9). Bazı diyet bileşenleri diş çürüklerine karşı koruyucudur. Peynirin kariyostatik (diş çürüğünü önleyici) özelliği insanlarda gözlemsel ve müdahale çalışmalarında gösterilmiştir. İnek sütünün kalsiyum, fosfor ve kazein içeriğinin diş çürüklerini inhibe ettiği düşünülmektedir. Sütün kariyostatik özelliği hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Tam tahıl taneleri koruyucu özelliğe sahip olup yenirken fazla çiğnemeyi gerektirir; bu da tükürük salgısının artmasına neden olur. Fıstık, sert peynir ve sakız hoş tadlarından dolayı ve/veya mekanik olarak tükürük salınımını uyarırlar (10).

Gelişmekte olan birçok ülkede hala ağız-diş sağlığının istenen düzeye ulaşamaması problem olarak görülmektedir. Bu ülkeler, henüz toplumsal boyutta ağız-diş sağlığı

koruma programlarına sahip olmayan ülkelerdir. Diş çürüğü, gelişmiş ülkelerde bile okul çocuklarının %60-90'ını ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunu etkileyen en önemli sağlık problemidir (11). Türkiye'de 1988 yılında yapılan çalışma (12), ulusal boyutta ağız-diş sağlığı durum tespitini içeren bir çalışma olup, çalışmanın bulgularına göre; DMFT değerleri 5 yaşında 0,03, 12 yaşta grubunda 2,73, 15-19 yaş grubunda 4,14, 35-44 yaş grubunda 11,59 ve 65 yaş üstü kişilerde 28,76 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma ve diğer bazı bölgesel ağız-diş sağlığının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların sonuçları, ülkemizde ağız-diş sağlığına verilen önemin az olduğunu ve buna bağlı olarak diş kayıplarının çok yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir (5,12-14).

Genel sağlık hizmetleri içinde diş ve diş eti hastalıklarının önemli bir yeri vardır. Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, uygulanması ve yeniden düzenlenmesi aşamalarının uygun bir biçimde planlanmasında, ağız diş sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili istatistiksel bilgilere ihtiyaç vardır. Bu alanda geliştirilen yöntemler yardımıyla, kişisel ve bölgesel düzeyde karşılaştırmalar yapılabilir (5).

Toplumun ağız-diş sağlığına yön verecek olan geleceğin diş hekimlerinin beslenme ve ağız diş sağlığı konusundaki bilgi ve davranışları önemlidir. Bu çalışmanın amacı; Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde beslenme özellikleri ve ağız - diş sağlığı durumunun saptanması ve elde edilecek sonuçlar doğrultusunda öneriler geliştirilerek öğrencilerin beslenme ve ağız diş sağlığına yönelik programların geliştirilmesine yönelik katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 BESLENMENİN TANIMI ve ÖNEMİ

Beslenme, insanın temel ihtiyaçlarından biridir. Bu ihtiyacın en iyi şekilde karşılanması, diğer ihtiyaçların yerine getirilmesinde güven yaratıcı bir unsur oluşturur. Yaşamın devamlılığı için beslenme, öncelikli bir öneme sahip olduğuna göre, insanlar ne yediğine ve ne içtiğine dikkat etmek zorundadırlar. Bu dikkati sağlama beslenme konusunda bilgi sahibi olmayı gerektirir. Bilimsel gerçeklere uygun beslenme bilgileri ile donatılmış bir kişi sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirir (2). Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanda almak için yapılan bilinçli bir eylemdir (3). Büyüme ve gelişme; beslenme, genetik yapı, cinsiyet, çevresel etmenler, sosyo - ekonomik durum, kültür ve gelenekler gibi etmenlerin etkisi altındadır. Bunların en önemlisi kuşkusuz beslenmedir (15).

Son yıllarda gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde, diyet ve beslenmeye bağlı kronik hastalıklarda bir artış görülmektedir (2). Sosyal, politik ve ekonomik nedenlerden ötürü dünya çapında değişen besin tüketimi trendi, günümüzde doymuş yağ ve şekerden zengin, enerji verici diyetin ağırlık kazandığını, taze sebze ve meyve tüketimi ile kompleks karbonhidrat ve lifli gıdaların alımının azaldığını ortaya koymaktadır (3).

Gıda kaynaklı hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için büyüyen bir halk sağlığı problemidir (16). Dengesiz beslenme insanın çalışma, planlama ve icat yeteneğini düşürür. Yetersiz ve dengesiz beslenme toplumun sağlığını olumsuz etkilemesi, sosyal ve ekonomik gelişmeyi yavaşlatması nedeniyle kabul edilemeyen bir durumdur (17).

Türkiye, beslenme durumu yönünden hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporuna göre; Türkiye’ de sıklıkla görülen beslenmeye bağlı sorunların içinde diş çürükleri de yer almaktadır. Beslenme, sistemik olarak kraniyofasiyal doku ve organların gelişimini, biyolojik fonksiyonlarını sürdürmesini ve ağız hastalıklarının prognozunu etkilemektedir, aynı zamanda dişleri, tükürüğü, ağız içi yumuşak dokuları lokal olarak etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (18).

Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, özellikle gençlik döneminde çok daha ön çıkmaktadır. Bu dönemde gençlerin yetersiz ve dengesiz beslenmesi, obezite, kalp damar hastalıkları, anemi, vitamin ve mineral yetersizlikleri, büyüme ve gelişme geriliklerine neden olabilir. Gençlerin vücut gelişimi ve estetik görünüme önem vermeleri, özellikle genç kızlar arasında zayıf olma, güzel olma ile eş anlamlı olarak algılandığı için bilinçsiz beslenme ve yapılan yanlış diyetler, yeme davranışı bozukluklarına zemin hazırlamaktadır (19).

Sağlığın korunmasında beslenmenin önemi 3 başlık altında özetlenebilir: vücut yapısını normal düzeye ulaştırmak ve devam ettirmek, vücudun her türlü faaliyetini yapmak için gerekli enerjiyi sağlamak, vücutta her türlü yapım, yıkım, onarım ve enerji sağlama faaliyetini düzenleyen katalizör maddeler yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanır (10).

Vücudun biyolojik dengesini sağlamada ve organları korumada, yemeklerin tüketim sıklığı ile öğünlere düşen enerji ve besin öğelerinin miktarı ve birbirlerine göre oranı çok etkili rol oynamaktadır. Bu durum bireyi günlük yaşamın baskılarına hazırlamakta, yorgunluğu giderme sağlıklı düşünmeyi sağlama ve hastalıklardan koruma açısından da önem taşımaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme için günde en az 3 öğün besin tüketilmelidir. Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa, metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme için bazı yiyecek gruplarından uygun oranlarda alınması gereklidir. Günlük olarak; et, yumurta, kuru

baklagillerden 2-3 porsiyon, süt ve süttten yapılan yiyeceklerden 2-3 porsiyon, sebzeler ve meyvelerden en az 5 porsiyon, tahıllar ve tahıl mamulü yiyeceklerden ekmek 3-6 porsiyon ve tahıl ürünlerinden 1-2 porsiyon, yağlar ve şekerlerden her iki grup içinde 3-4 yemek kaşığı geçmeyecek şekilde alınmalıdır (2,10).

Toplumun beslenme durumunu ortaya koyarken objektif ve geçerli parametrelere ihtiyaç vardır. İndeksler kullanılarak beslenme açısından risk taşıyan ve taşımayanlar saptanabilmektedir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) bu alanda sık kullanılmaktadır. BKİ, boy uzunluğu ve vücut ağırlığına dayalı bir indekstir, **Ağırlık (kg) / Boy (m²)** formülü ile hesaplanır (8).

Tablo 2.1. Erişkinlerde BKİ'ye Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi (2,10)

BKİ (kg/m²)	Vücut Ağırlığı Durumu
< 16.0	Ağır Protein Enerji Malnutrisyonu (PEM)
16.0 – 16.9	Orta PEM
17.0 – 18.4	Hafif PEM
18.5 – 19.9	Normal kabul edilebilir
20.0 – 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Hafif şişman
30.0 – 34.9	I. Derecede şişman
35.0 – 39.9	II. Derecede şişman
≥ 40.0	III. Derecede Morbid şişman

2.1.1. Adölesan Yaş Grubunda Beslenmenin Önemi

Adölesan dönemi çocukluktan sonra hayatın en hızlı büyüme ve gelişme gösterdiği dönemdir ve bu dönemde beslenmenin rolü çok büyüktür (20). Bu dönem, yeme alışkanlıkları ve sağlıkla ilişkili davranışların değiştiği, yüksek enerjili, yüksek yağlı, besinsel değeri az olan besinlerin tüketiminin arttığı bir dönemdir (21). Gençlerin ne kadar büyüyeceği genlere ve besin seçimlerine bağlıdır. Büyüme ihtiyacını gerçekleştirmek için enerji ve besin ihtiyacı artar. Ergenlikle birlikte birçok genç kendi

besin alımıyla ilgili kararları kendileri vermeye başlar. Gençler beslenmenin ve sağlıklı yemenin temel kurallarını bilirler fakat yaşıtlarının baskısı, okul programı, bağımsızlık duygusu, vücuduyla ilgili yanlış bilgilenme nedeniyle sağlıklı beslenemezler (22). Üniversite döneminde bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri ile yeni bir okula ve yeni bir çevreye uyum sağlama çabaları, birçok öğrencide sosyal, psikolojik ve sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (23). Üniversite eğitiminin ilk yılları adölesan dönemi ile çakışmaktadır. Adölesan döneminde özellikle fiziksel büyüme ve gelişmenin belirgin şekilde hızlanması, yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, devamlı diyet yapma, kronik hastalıkların varlığı, sigara kullanımı ve spor yapma gibi özel durumlar enerji ve besin ögeleri gereksinimlerini etkilemektedir (18). Ayrıca öğün atlama, zayıflatıcı diyet uygulama, besin değeri olmayan yiyeceklerle beslenme birçok genci beslenme riskine sokmaktadır (24). Besin ögeleri bir kişinin nasıl büyüyeceğini etkiler (25). Büyüme ile paralel orantılı olarak besin ihtiyacı da artmaktadır. Adölesan dönemi boyunca toplam besin ihtiyacı yüksektir (26).

2.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ ÖNEMİ

Diş hastalıkları yaşamı tehdit etmeseler bile, çocukluktan yaşlılığa kadar kendine güven, yeme yeteneği, beslenme ve sağlık üzerine etkileriyle, yaşam kalitesi üzerinde zararlı etkilere sahiptir. Modern toplumda dişlerin önemli bir rolü görünüşü iyileştirmektir. Yüzün görünüşü bireyin toplumla bütünleşmesinde çok önemlidir ve dişler ayrıca konuşmada, iletişimde zorunlu rol oynarlar. Diş çürükleri diş kaybıyla sonuçlanabilir, bu da yeme yeteneğini, besinden zevk almayı, sosyalleşmeyi ve yaşam kalitesini azaltır (27,28).

Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, dünyanın birçok ülkesinde en önemli halk sağlığı problemlerindendir. Finlandiya, Norveç, Almanya gibi gelişmiş batı ülkelerinde çocuk ve genç bireylerde çürük prevalansının, 1970 ve 1980'li yıllarda hızla azaldığı gösterilmiştir. Bu azalma, florid içeren diş macunları, şeker tüketimindeki değişiklikler, sosyoekonomik düzeyin artışı, diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişisel hijyen uygulama bilincinin artışı gibi çeşitli faktörlere bağlanmıştır. Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaktadır (29).

Endüstriyelleşmiş batı toplumlarında diş çürüğü ve diş kaybı prevelansının yüksek olduğu görülmüş, ancak son yıllarda ağız-diş sağlığının öneminin kavranması ile birlikte diş çürüğü ve diş kaybı prevelansı düşmeye başlamıştır. Diş çürüğü prevelansında, gelişmiş ülkelerde azalma görülmesine karşın, gelişmekte olan ülkelerde artış görülmektedir. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde çürük durumu ülkeden ülkeye, ülke içinde bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir (27).

2.3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE GENEL SAĞLIK İLİŞKİSİ

Ağız diş hastalıklarının etiyojisine bakıldığında; çürük yapıcı tarzda beslenme, yeterli flor alınmaması, kötü ağız hijyeni, sigara, alkol kullanma ve kazalar gibi yaşam biçiminden, davranıştan kaynaklanan önlenabilir faktörler gözlenmektedir. Horowitz' e göre ağız diş hastalıklarının etiyojisinde önemli olan kötü ağız hijyeni birçok kronik hastalığın da etiyojik faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kötü ağız hijyeninin bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara neden olduğuna ve diş çürükleri ve periodontal hastalıkların bu hastalıklarla benzer risk faktörlerine sahip olduğuna dikkat çekmektedir. Günümüzde diş çürükleri ve diş eti hastalıkları bulaşıcı olmayan ve davranışsal kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız mukozası hastalıkları, ağız kanserleri, temporamandibular eklem, travma ve tükürük bezi hastalıkları gibi ağız sağlığı problemleri; fiziksel, sosyal, psikolojik ve fonksiyonel yetersizliklere neden olarak bireylerin yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bu nedenle, genel sağlığın temininde kronik hastalıkların önlenmesinde ve şiddetinin azaltılmasında ağız sağlığını geliştirme çalışmaları önem kazanmaktadır (30-32). Ağız sağlığı ile genel sağlık algısı ve ruhsal sağlık arasında pozitif bir korelasyon, fiziksel sağlık arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Ağız fonksiyonlarındaki bozukluklar ve sağlıklı dişler ağrı ve rahatsızlık gibi şikayetlerin yanında bireylerin yaşamsal kapasitelerini, sosyal yaşamlarını ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini de azaltmaktadır (33-36).

Diş çürümesi, periodontal hastalıklar, diş kaybı, orofaringeal kanserler, ağız mukozası hastalıkları, HIV/AIDS ile ilişkili ağız hastalıkları ve travmalar dünyada yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. ADS, genel sağlığın önemli bir parçası ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, kanser, romatoid artrit, gebelik komplikasyonları gibi sistemik

hastalıklar ile ADS arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda ağız- diş hastalıkları ve kronik hastalıkların risk faktörleri benzerdir. Sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, alkol kullanımı her iki hastalık grubunda da görülen risk faktörleridir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü ADS'yi geliştirmeye yönelik programların kronik hastalıklarla ilgili sağlığı geliştirme programlarına eklenmesini önermektedir (37). Genel sağlık problemlerinden diyabet, lösemi, lenfoma, melanoma gibi kanser türleri, AIDS, dermatolojik rahatsızlıklar ağızda bulgu verebilen hastalıklardandır (38).

2.4. DIŞLER VE ÇEVRE DOKULARININ YAPISI

Dişlerin, çiğneme, estetik, konuşma ve destek dokuları koruma gibi dört temel görevi vardır. Dişlerin farklı kron ve morfolojileri farklı çiğneme fonksiyonlarına (ısıırma, delme, öğütme gibi) uygun bir nitelik taşımaktadırlar. Bütün ön ve arka grup dişler form ve dizilişleri sayesinde, çene eklemiyle birlikte, bu temel fonksiyonların devamlılığını sağlar (39).

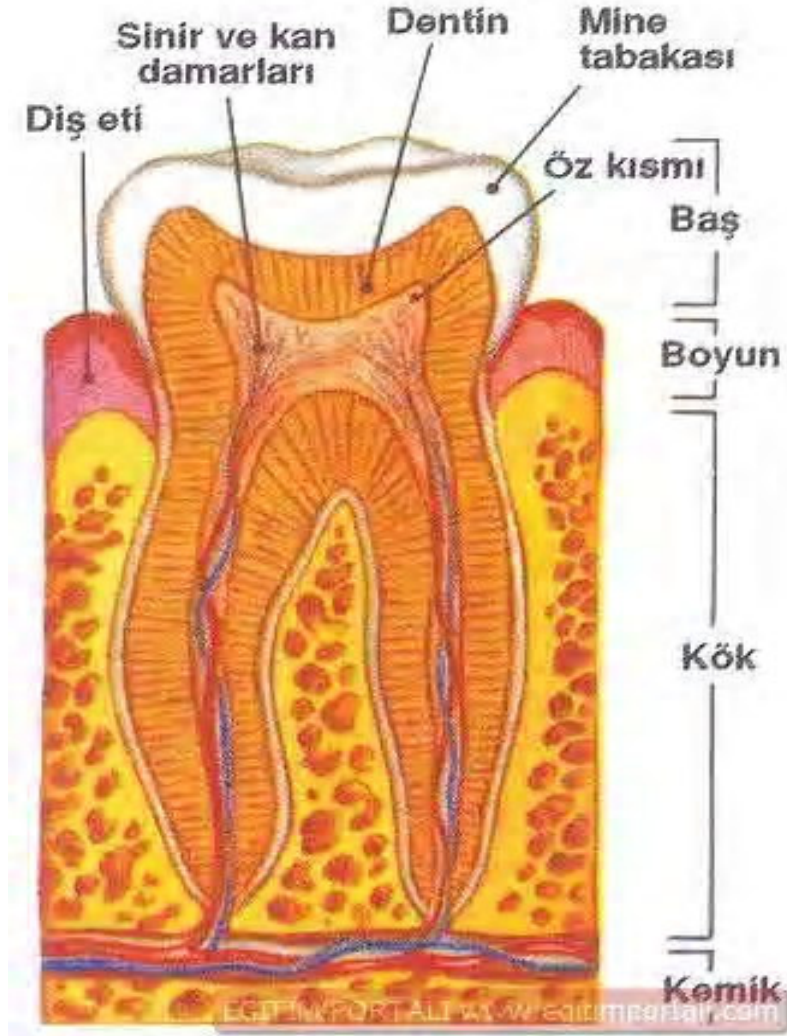
Vücudun bir parçası olan ağız ve dişler çiğneme, konuşma ve estetik açıdan çok önemlidir.

Çiğneme; Yiyecekleri kesip koparmak ve çiğneyip öğütmek suretiyle sindirim ağızda başlamaktadır. Yeteri kadar çiğnenerek gerekli boyuta getirilmiş yiyecekler daha kolay sindirilecektir. Çeşitli sebeplerle dişlerin bu işlevi yerine getiremediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda; mide ve bağırsak rahatsızlıkları gibi sindirim sistemi hastalıkları, psikolojik sıkıntılar meydana gelebilmektedir

Konuşma; Ağızdan çıkan sesler, dişlerimiz ve çevre dokular sayesinde şekillenir, harf, hece ve kelimelere dönüşür. Çeşitli sebeplerle dişlerde ve çevre dokularında oluşan problemler ve dişsizlik ses ve konuşma bozukluklarına yol açabilmektedir.

Estetik; Ağız ve dişler yüz estetiğini, ağız ve diş sağlığı problemleri ise yaşam kalitesini etkilemektedir. (38)

Dişin mikroskobik anatomisi, kronun en dışını kaplayan mineralize epitel (mine), merkezinde gevşek bağ dokusu (pulpa), pulpanın çevresinde ve minenin altında ise dolaşımdan yoksun mineralize bir doku (dentin) ve kökü kaplayan kemiğe benzer bağ dokusu (sement)'dan oluşmaktadır (40). Dişin anatomik yapısı Şekil 2.1' de görülmektedir.



Şekil 2.1. Dişin Anatomik yapısı (40).

Dişler, ağız içinde çene kemiğine dizili olarak bulunmaktadır. Diş eti; dişlerin içinde bulunduğu alveolar kemiği kaplayan, dişin kökünü ve çevresel dokularını koruyan, klinik kronun servikal çizgisini belirleyen ağız mukozasının bir parçasıdır (40,41).

Dişlerde meydana gelen bir hastalık, eksiklik, bozukluk; kişinin beslenmesini, genel sağlığını, konuşmasını, görüntüsünü, işine odaklanma ve iş görme durumunu, olumsuz etkileyeceği için kişinin sosyal yaşamına olumsuz yönde etki eder (38).

2.5. SAĞLIKLI DİŞ VE DİŞ ETİ

Sağlıklı diş: Şekil, renk ve yapısı bozulmamış dişler olarak tanımlanır.

Sağlıklı diş eti: Soluk pembe, dişe ve kemiğe sıkıca yapışmış, kanaması olmayan portakal kabuğuna benzer pütürlü görünümlü olarak tanımlanır (38).

2.6. DİŞ VE DİŞ ETİ HASTALIKLARI

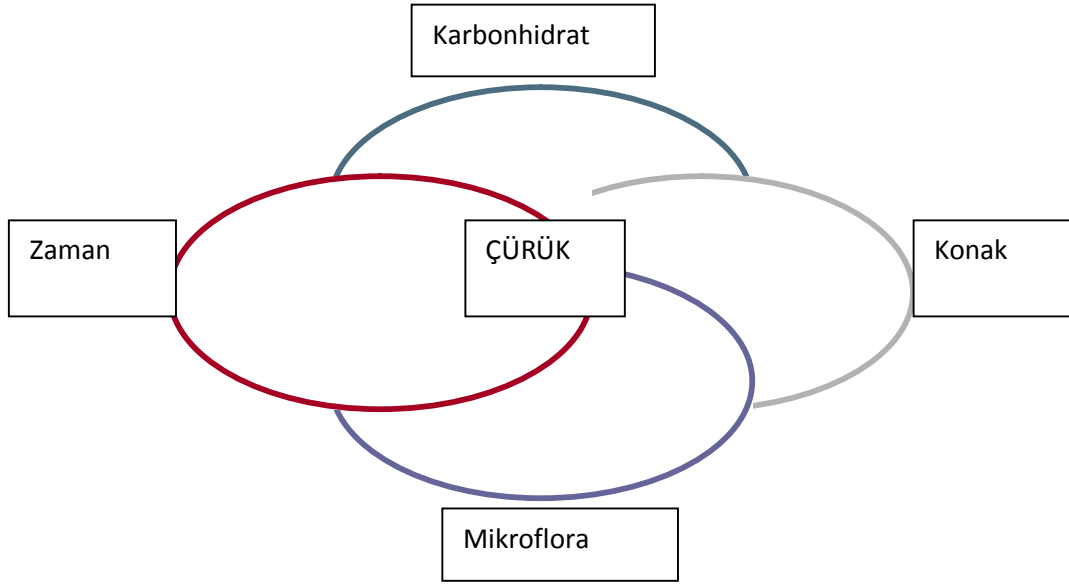
2.6.1. Diş Çürükleri

Tanımı

Diş çürüğü çocukluk çağlarından itibaren bireyleri etkileyen ve geri dönüşümü olmayan sonuçlara sebep olabilen enfeksiyöz bir hastalıktır (42). Etiyolojisi, patalojisi ve tedavisi hakkında çok az şey bilinen, hatta tarifinde bile birleşilememiş bir hastalıktır (43). Diş plağı içerisindeki bakteriler fermente olan karbonhidratları (un, sofr şeker, meyve şeker, süt şeker vb.) kullanarak asit üretir. Sağlam olan mine tabakasında çözünme meydana gelir ve çürük başlamış olur (38). Diş çürüğünün en genel tanımı ise dişin sert dokularının mikroorganizmalar tarafından yıkımı ile ortaya çıkan patolojik işlemler zinciri olduğudur (43).

Etiyolojisi

Diş çürüğü multifaktöriyel bir hastalıktır. Bu faktörlerden bir veya birkaçının yokluğunda çürük görülmemektedir. Çürük oluşturan faktörlerin etkinliğini birbirini kesen 4 daire şeklinde venn diyagramı ile göstermek mümkündür (Şekil 2.2). Bu durumda çürük oluşması için bireyin, bölgedeki mikrofloranın, karbonhidratın yeterince ve uzun süre bir arada bulunması gerekmektedir (43).



Şekil 2.2. Çürük oluşumu etkileyen faktörler (43).

Çürük faktörleri

a) Konak (Birey/Diş): Bir dişin çürüğe karşı direnci, kişinin yaşı ve alışkanlıkları ile değişen fizyolojik özelliklerine göre farklılık gösterebilir. Kişinin genetik yatkınlığının da çürük aktivitesi ve oluşumu üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir. 2005 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yapılmış bir çalışmada genetik faktörlerin diş çürüğü oluşumu üzerine etkisi incelenmiş, çürük yatkınlığı ve genler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (44).

b) Zaman: Dental plaktaki bakteriler tarafından üretilen inorganik asitin, dişe temas ettiği toplam sürenin, çürük oluşumuna önemli etkisi vardır. Diş yüzeyleri temizlendikten sonra, ilk iki gün içinde temizlenmeyen yüzeylerde mikrobiyal dental plak birikimi gerçekleşir. Birinci günden sonra, plak oluşumu diş eti kenarında devam eder (45).

c) Mikroflora (Plak): Diş plağı; ağızda bulunan bakteriler ve gıda artıklarının diş üzerinde oluşturduğu bir birikintidir. Diş plağı renksiz olup dişe sıkıca yapışmaktadır. Ağız su ya da gargara ile çalkalanması bu tabakanın temizlenmesini sağlamaz. Temizlenmeyen ve diş üzerinde kalan diş plağı dişin çürümesine ve diş eti hastalıklarının oluşmasına sebep olur (38).

d) Karbonhidrat: Bakterilerin, demineralizasyonu başlatacak olan asidi üretebilmeleri için, diyetle alınan karbonhidratlar gereklidir. Asit, glikolizisin metabolik sonucudur. Plaktaki bakteriler için enerji kaynağı olarak basit karbonhidratlar kullanılmaktadır (46). Tanzer (47) 'in belirttiği gibi, Fitzgerald ve Keyes, ratlarda yaptıkları bir çalışma ile ortamda *Streptococcus mutans* olmadan, ratlara şekerden zengin olan diyet verdiklerinde çürük oluşmadığını, ancak *S.mutans* varlığında çürük meydana geldiğini ispatlamışlardır.

Diş Çürüğünün Oluşturduğu Problemler (48):

Diş çürükleri;

- Hızla yayılıp çok fazla ağrıya,
- Dişlerde harabiyete,
- Estetik problemlere,
- Çiğneme oluşturacağı güçlüğe bağlı beslenme bozukluğuna ve sonuçta fiziksel gelişimde bozukluklara,
- Konuşma problemlerine,
- Konsantrasyon yetersizliği ile birlikte öğrenmede zorluklar ve okul başarısında azalmaya,
- Kendine güveni ve sosyal ilişkileri bozarak psikolojik problemlere,
- Nadir de olsa çok ciddi enfeksiyonlara,
- Erken diş çekimleri, dişleri çevreleyen kemik dokusunun kaybına ve bu da ilerleyen dönemlerde protez kullanımında sorunlara neden olabilir.
- Diş çürüklerinden kaynaklanan enfeksiyonlar, kardiovasküler, serebrovasküler sistem hastalıkları, osteoporoz, hipertansiyon, diabet gibi hastalıkları ve etkilerini tetikleyebilmekte, kadınlarda erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskini artırmaktadır.

Diş Çürüklerinin Önlenmesi ve Kontrol Altına Alınması

Bir hastalığı meydana gelmeden engellemek ve o hastalığa karşı önlem almak, insanların kaliteli bir yaşam sürmeleri için gereklidir. Birincil önlemler; yani hastalık meydana gelmeden önleme, sağlığı geliştirmenin ve ekonomik olarak kontrol etmenin en etkili yoludur. İkincil önlemler; erken tanı ile, hastalık oluştuktan sonra tedavi etmek ve kontrolünü sağlamaktır (amalgam restorasyon yapmak gibi). Üçüncül önlemler; hastalıktan dolayı oluşan yetersizlikleri düzeltmektir (dişlerini kaybetmiş olan kişiye protez yapmak gibi) (49). Diş çürüğünü azaltmak için, çürük riskinin belirlenmesi ve önleyici tedavilerin uygulanması gerekmektedir. Önleyici tedavi, plak kontrolünü, diyet kontrolünü ve florürlerin uygun kullanımını içerir (50). Çürüğün yok edilmesi dört temel faktöre bağlıdır (51): 1) etkili yok edici yöntem (aşı gibi), 2) güçlü ve etkili halk sağlığı hizmeti desteği, 3) program için halkın desteği, 4) çürük aktivitesinin toplumdaki düzeyini gösteren etkili gözetim sistemi. Bu dört koşulun tümü karşılanamadığından, çürüğü yok etmek için sürdürülen çalışmalar henüz başarılı olamamıştır. Bu durum için üretilmiş bir aşı mevcut değildir ve toplumsal çürük kontrol yöntemi olarak içme sularının florlanması, posterior dişlerin pit ve fissürlerinin çürüğe karşı korunmasında tek başına fazla etkili değildir. Suların florlanması ve florürlü diş macunlarının kullanılması, kötü beslenme ve zayıf ağız hijyeni alışkanlığı olan kişilerde yetersiz kalmaktadır (52).

2.6.2. Diş Eti Hastalıkları ve Diş Taşları

Bakteri plağı; dişlerin yüzeyinde oluşan ve gözle görünmeyen yumuşak, yapışkan tabakadır. Diş çürümelerine ve diş eti hastalıklarına sebep olur.

Gingivitis; diş yüzeylerinde ve diş etlerindeki bakteri plağının sebep olduğu diş eti iltihabıdır.

Periodontitis; Periodontal hastalıklarda temel etiyolojik faktör mikrobiyal dental plaktır ve dental plak diş etine komşu olan dişin üzerinde biyofilm tabakası halinde bulunur (48). Gingivitis tedavi edilmediği takdirde hastalık ilerleyerek diş yerinde tutan kemiğin erimesine yol açar ve sonuçta dişlerin sallanmasına ve düşmesine neden olur. Gıda artıkları ve bakterilerden oluşan yumuşak diş plağı kişisel günlük ağız bakımı ile temizlenmez ise dişeti enfeksiyonuna neden olur. Bu durumda dişetleri kolayca kanar. Temizlenmeyen ve uzun süre diş yüzeyinde bırakılan diş plağı kişilerin tükürük yapısının da etkisiyle sertleşerek diş taşı oluşumuna yol açabilir (38).

Diş taşları pürüzlü bir yapıya sahiptir. Bu küçük boşluklarda yine mikroplar birikerek; diş taşlarının artmasına, diş etinin daha da iltihaplanarak diş eti kanamasına, diş eti çekilmesine, kemiğin erimesine, dişin yer değiştirmesi ve dişin sallanarak düşmesine, ağız kokusuna neden olur (38). Kızarıklık, şişlik, kanama, kalıcı ağız kokusu, diş eti ile diş arasından püy gelmesi, diş etinin dişten ayrılması ve dişlerin sallanması ise diş eti hastalığının belirtileri arasındadır (53).

Periodontal hastalıklar diş kayıplarının temel nedenlerinden biridir (48). Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar toplumda ağız-diş sağlığını en çok etkileyen problemlerdir (54).

2.6.3. Dişlerde Aşınma

Diş aşınması; dişin sert doku yüzeyinin intrinsik (içerden) ve/veya ekstrinsik (dışarıdan alınan) asitlerin neden olduğu, bakteri içermeyen geriye dönüşsüz aşınmalardır. Aşırı aşınmalar diş kayıplarına neden olur (38). Gazlı içecekler, sirke, turşular, meyve suları ve meyveler; sitrik, fosforik, askorbik, malik, tartarik ve karbonik asit gibi asitleri içerirler. Yaşa bağlı olarak artan diş aşınmasının, gazlı içecekleri tüketenler de daha fazla olduğu gösterilmiştir (10).

2.7. AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ

Toplumsal ağız - diş sağlığı düzeyini göstermek üzere kullanılan temel ölçütler şunlardır (55):

- Çürük deneyimi prevalansı
- Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
- Ortalama diş sayısı
- Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
- DMFT indeksi (çürük, kayıp, dolgulu dişler indeksi)
- Dişsizlik yüzdesi
- Dental flüorozis
- Toplum periodontal indeks (Community periodontal index-CPI)

Ağız ve diş sağlığı düzeylerinin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçüt Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen Decayed, Missing and Filled Teeth (DMFT) indeksidir. DMFT indeksiyle çürük, dolgulu ve kayıp dişler değerlendirilir. DSÖ' nün belirlemiş olduğu, ağız ve diş sağlığı durumunun değerlendirilmesi için kullanılan çürük (D= Decay), eksik (M= Missing) ve dolgulu (F = Filled) diş sayısının tespit edildiği DMFT indeksleri her birey için hesaplanmaktadır. Ağız-diş sağlığı göstergesi olarak kullanılan bu indeks; **DMFT = Çürük diş sayısı + dolgulu diş sayısı + eksik diş sayısı** toplamlarından hesaplanır. DSÖ verilerine göre kabul edilebilir DMFT değeri 18-34 yaş grubunda 4, 35-44 yaş grubunda ise 6 olarak belirlenmiştir (23,56,57).

2.8. AĞIZ TEMİZLİĞİ

Günlük Bakım İçin (53) ;

- Dişlerin iki kere fırçalanması ve bir kez de diş ipliğinin kullanılması, kahvaltı sonrası ve yatarken dişlerin fırçalanması önerilmektedir.
- Yumuşak ya da orta sertlikte ve ağza uygun boyutta diş fırçası seçilmelidir.
- Florürlü diş macunları, dişlerin diş çürüğünden korunması için önemlidir. Diş macunu mercimek, bezelye büyüklüğünde kullanılmalıdır.
- Diş fırçası, diş ile diş etinin birleştiği yere 45 derece açı ile yerleştirilir. Kısa ve nazik hareketler ile diş etinden dişe doğru fırçalanır. Dişlerin iç, dış ve çiğneme yüzeyleri fırçalanır.
- Diş fırçalama en az iki dakika sürmelidir. Dil de, bakterilerin uzaklaştırılması için 30 saniye süresince fırçalanmalıdır.
- Fırçalama bittikten sonra ağız bir iki kez çalkalanır.

a) Mekanik Temizlik

Diş fırçalama: Plak kaldırılmasında en etkili ve en emin yöntemdir. Diş fırçası seçiminde genellikle kısa ve naylon fırçalar tercih edilmelidir. Diş hekimleri ve periodontologlar, hastalarına genellikle her iki - üç ayda bir diş fırçalarını değiştirmelerini önerirler. Bunun nedeni, üç ay kullanılmış bir diş fırçasının plak kaldırmada yeni fırçadan daha az etkin olduğunun düşünülmesidir. Diş fırçasının kılları kullanıma bağlı olarak aşınır. Yapılan bazı çalışmalarda, diş fırçasının kıllarının

aşınmasıyla plak kaldırma kapasitesinde değişiklik olduğu ve fırçanın yenilenmesi gerektiği gösterilmiştir (58)

Diş İpi Kullanma: Diş aralarında kalan yiyecek artıklarının uzaklaştırılması açısından çok önemli bir araçtır. Ağız bakımı konusunda, temel kaynaklara ve diğer çalışmalara bakıldığında düzenli ve yeterli bir ağız bakımı için en azından günde 2 kez dişlerin fırçalanması ve günde 1 kez diş aralarının diş ipi ile temizlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (24,53). Diş ipliği yaklaşık 40 cm alınır. İki elin orta parmaklarına bir tarafa fazla olmak üzere sarılır. Başparmak ve işaret parmakları yardımı ile dişler arasına yerleştirilir. Dişle dişetin birleştiği sınıra kadar kontrollü olarak “C” şeklinde yerleştirilir ve dişlerin üzerinden alt ve üst çeneye bağlı aşağı veya yukarıya doğru kaydırılır (53).

b) Kimyasal Temizlik

Bu yöntem diş plağını ve ağız içi pH değerini kontrol etmede kimyasal ajanlardan yararlanmadır. Günümüzde, sadece sentetik bir bakteriostatik olan klorheksidinin plağa karşı kullanımına izin verilmiştir. Ağız temizliğinde mekanik olarak plak kontrolünün şart olduğu ve uzun süreli kullanımlarda, kimyasal ajanların yan etkilerinin ortaya çıkacağı unutulmamalıdır (38).

Ağız Sağlığı ve İlaç kullanımı: İlaç kullanımı, doğrudan veya dolaylı olarak ağız sağlığını etkilemektedir. Tükürük kalite ve miktarındaki değişikliklere epilepsi ilaçları (antikonvülzanlar), antidepresanlar, alerjiye karşı kullanılan ilaçlar (antihistaminikler), grip ilaçları, (dekonjestanlar), idrar söktürücüler (diüretikler), narkotikler, bir kısım ağrı kesiciler (non-steroidal antiinflamatuvarlar) ve sakinleştiriciler (sedatifler) neden olabilir. Tetrasiklin gibi antibiyotikler ve demir ilaçları dişlerde renklenme yapabilir. Genellikle şekerli ilaçlar likit şeklinde olan ilaçlardır. Kronik hastalığı olup devamlı olarak şekerle tatlandırılmış ilaç kullanımı ile diş çürüğü arasında ilişki olduğu bilinmektedir (59,60).

Hekim kontrolü: Düzenli olarak 6 ayda bir diş hekimi kontrolüne gitmek diş çürüğü, diş eti hastalıklarının başlangıç veya erken aşamada tespitinde çok önemlidir. Diyabet, lösemi, AIDS ve bazı deri hastalıkları ilk olarak diş muayenesi sonucunda tanınabilir (38).

2.9. AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI VE BESLENME

Diş Hastalıkları ve Beslenme İlişkileri: Diş hastalıkları; diş çürükleri, diş minesindeki gelişimsel bozukluklar, dişlerde aşınma ve diş eti hastalıklarını içerir. Modern toplumda dişlerin önemli bir rolü görünüşü iyileştirmektir. Yüzün görünüşü bireyin toplumla bütünleşmesinde çok önemlidir ve dişler konuşmada ve iletişimde zorunlu rol oynarlar. Diş çürükleri diş kaybıyla sonuçlanabilir, bu da yeme yeteneğini, besinden zevk almayı, sosyalleşmeyi ve yaşam kalitesini azaltır (10).

Beslenme durumu dişleri iki yolla etkilemektedir. Birincisi; dişler çıkmadan önce şekillenirken, ikincisi; dişler çıktıktan sonra lokal etki yoluyla. Dişler çıktıktan sonra lokal etki çok önemlidir. Vitamin D ve A yetersizlikleri ve protein enerji malnutrisyonu, diş minesinde hipoplazi ve tükürük bezlerinin atrofisi ile ilişkilidir. Skorbüt hastalığında periodontitisle (diş eti iltihabı) sonuçlanan C vitamini yetersizliği dışında, diyet ile diş eti hastalıkları ilişkisi hakkında fazla delil yoktur. Kötü ağız hijyeni diş eti hastalıklarının oluşmasında en önemli risk faktörüdür. Yetersiz beslenme ağızla ilgili enfeksiyonların kötüleşmesine yol açar. Diş çürüklerinin gelişimi; şekerlerin ve bakterilerin varlığını gerektirir, aynı zamanda dişlerin duyarlılığı, bakteri profili, salyanın miktarı ve kalitesinden de etkilenir (9).

Diş çürüğü; plak bakterilerinin yiyeceklerdeki fermente edilebilen karbonhidratları metabolize etmeleri sonucu açığa çıkan asitlerin dişte demineralizasyon meydana getirmesiyle oluşmaktadır. Demineralizasyon olgusu sadece günlük asit ataklarının sayısına bağlı olmayıp, yiyeceklerin fiziksel özelliklerinden ve içeriklerinden de etkilenmektedir (50). Şeker içeriği fazla olan yiyeceklerin ara öğünlerde tüketilmesi çürük oluşumunda artışa neden olmaktadır (60). Beslenme ve çürük arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada şeker alım sıklığının önemi vurgulanmış ve ara öğünlerde günde dört kereden fazla şekerli besin tüketiminin diş çürüğü riskini artırdığı sonucuna varılmıştır (56).

Beslenme, ağız sağlığını 3 yönden etkilemektedir (53):

- Genel sağlığı etkilediği gibi ağız sağlığının gelişimi ve devamında beslenme önemlidir. Yiyeceklerle sağlanan kalsiyum, fosfor, magnezyum dişlerin ve kemiğin canlılığı için gereklidir. Ayrıca C vitamini ve D vitamini diş ve dişetlerinin sağlığında önemlidir.

- Yemek yeme alışkanlığı, direkt olarak diş çürüğünün oluşumunu etkilemektedir. Yiyecek alındığında *S. mutans* karbonhidratları metabolize ederek asit oluşturur ve bu da diş çürüğüne neden olur. Yiyeceğin, çürüğün oluşmasına neden olabilmesi, diş yüzeyine yapışma yeteneğine ve sık alınımına bağlıdır. Eğer karbonhidrat sık alınırsa diş yüzeyine yapışan yiyecek ağızdan uzaklaşamaz. Diyetten karbonhidratları uzaklaştırmak gerçekçi olamaz. Bu nedenle çürük oluşturuca yiyeceklerin sıklığının ve miktarının azaltılması uygun olacaktır.
- Yağ ve proteinler, diş minesini üzerinde koruyucu etki göstermektedir. Karbonhidratlarla birlikte alınan yağ ve proteinler bu nedenle çürük oluşumunu yavaşlatabilmektedir. Sağlıklı, çürük oluşturmeyen ara öğün besinleri; peynir, süt, yoğurt, yer fıstığı, meyve ve sebzelerdir. Bunlar şekerler, kekler, şekerle tatlandırılmış içecekler ve meyve sularına tercih edilmelidir. Şekerler, kek, pasta ve tatlı içecekler ana öğünlerde alınmalıdır.

Diyetteki Şekerler ve Diş Çürükleri: Diş çürüklerinin gelişmesinde şekerler önemli bir faktördür. Biyokimyasal, mikrobiyolojik, klinik ve epidemiyolojik kanıtlar, sıklıkla şeker (sukroz) alımı ile diş çürükleri arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermiştir. Tek başına sukroz ve fruktoz ile karışık glikoz da (balda, meyvelerde) diş çürüklerine neden olur. Bu nedenle bütün serbest şekerler diş çürüklerinden sorumlu tutulmaktadır. Serbest şekerler terimi; üretici ve tüketici tarafından besinlere eklenen şeker ile besinlerin bileşimindeki, baldaki ve meyve sularındaki tüm monosakkaritler ve disakkaritleri içerir. İkinci Dünya Savaşı sırasında toplumlarda şeker tüketiminin azalmasına bağlı olarak diş çürüklerinin azaldığı, daha sonra şekerle ulaşılabilir engeli ortadan kalkınca diş çürüklerinin tekrar arttığı, ayrıca uzun süre şeker içeren ilaçlar kullanan kronik hastalığı olan çocuklar, pastane işçileri ve şekerlemecilikle uğraşanlarda diş çürüklerinin toplum ortalamasının üstünde olduğu rapor edilmiştir (10). Sürekli yumuşak besinlerle, ileri derecede arıtılmış besinlerle beslenmekten kaçınılmalıdır (54). Öğün aralarında rastgele yemeklerden ve özellikle şekerli yiyecek ve içeceklerden kaçınılmalıdır. Tatlı yiyeceklerin yenilmesinden sonra en azından ağzın suyla çalkalanması yararlı olacaktır. Tüketilen şeker miktarı kadar, şeker tüketim sıklığı da diş çürüklerinde etkili olmaktadır. Yüksek miktarlarda olsa bile, yemek saatlerinde günde maksimum dört kez tüketilen şekerin diş çürüklerini arttırmadaki etkisinin düşük

olduğu ve yemek aralarında şeker tüketim sıklığı arttığında diş çürüklerinin arttığı belirlenmiştir (28).

Çalışmalar; yıllık 15 Kg'dan (40 gram/gün) fazla şeker tüketen bireylerde diş çürüklerinin arttığını, şeker tüketimi 10 Kg'ın (27 gram/gün) altında kaldığında diş çürüklerinin oldukça azaldığını göstermiştir. Oral hijyen ve flor alımı sabit tutulduğunda öğün aralarında az şeker tüketen çocukların, çok tüketenlere göre % 86 oranında daha az çürük diş sahip oldukları saptanmıştır (9,10)

Florun Etkileri: Diş çürüklerini önlemek için yeterli miktarda flor alımına gereksinim vardır (7). Bu da günlük olarak 0.7–1.5 mg/lt kadardır. Flor alımı ile diş çürükleri arasında ters bir ilişki vardır. 1943-1949 yılları arasında, içme sularındaki flor konsantrasyonunun hem düşük hem de yüksek olduğu Kuzey İngiltere'deki bölgelerde yaygın olarak kullanılan florlu diş macunlarının diş çürüklerini azalttığı gözlemlenmiştir. Diş minesinin oluşumu sırasında aşırı flor alımı, diş florozisine neden olur. Bu durum özellikle suya aşırı flor uygulaması yapan ülkelerde ve çevresel flor fazlalığı olan ülkelerde gözlemlenmiştir (10,53).

Nişasta ve Diş Çürükleri: Epidemiyolojik çalışmalar, diş çürüklerinde nişastanın düşük risk faktörü olduğunu göstermiştir. Yüksek nişasta - düşük şeker alımı diş çürüklerini azaltırken, düşük nişasta-yüksek şeker alımı çürükleri arttırmaktadır. Pişmiş nişastanın diş çürüme etkisi sükroza göre yaklaşık 1/3 – 1/2'dir (10).

Meyveler ve Diş Çürükleri: Meyvelerin asidojenik olduğu ancak, diş çürüğü gelişiminde etkisinin sükrozdan daha az olduğu belirlenmiştir. Havuç, elma gibi meyvelerin ısırlarak yenilmesi dişler ve diş etleri için yararlıdır (10).

Anne Sütü ve Diş Çürükleri: Anne sütü ile beslenmenin çürük diş sayısını azalttığını epidemiyolojik çalışmalar ortaya koymuştur. Anne sütü ile beslenen bebeklerde şeker alımı da kontrol altına alınmış olur (10,61).

Diş Çürüklerini Önleyici Diyetel Faktörler: Bazı diyet bileşenleri diş çürüklerine karşı koruyucudur. Peynirin kariyostatik (diş çürüğünü önleyici) özelliği insanlarda gözlemsel ve müdahale çalışmalarında gösterilmiştir. İnek sütünün kalsiyum, fosfor ve kazein içeriğinin diş çürüklerini inhibe ettiği düşünülmektedir. Sütün kariyostatik özelliği hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Tam tahıl taneleri koruyucu özelliğe sahip olup yenirken fazla çiğnemeyi gerektirir; bu da tükürük salgısının artmasına neden olur.

Fıstık, sert peynir ve sakız hoş tadlarından dolayı ve/veya mekanik olarak tükürük salınımını uyarırlar (10). Dişlerin arası sert cisimlerle karıştırılmamalı, diş ipi kullanılmalıdır. Dişlerle fındık, ceviz gibi sert cisimler kırılmamalıdır, bunlar diş minesinin çatlamasına ve bakterilerin etkisinin artmasına neden olur. Diş minesinin koruyucu etkisi ortadan kalkar (38).

2.10. AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI DURUM TESPİT ÇALIŞMALARININ ÖNEMİ

İnsanların ağız ve diş sağlığına yeteri kadar önem vermemesi, ileride geri dönüşü zor olan rahatsızlıklarla sonuçlanmaktadır. Erken diş kayıpları bireylerde psikolojik, fizyolojik ve estetik sorunlar oluşturmaktadır. Ayrıca restoratif ve protetik tedavi gereksinimi, kişileri ekonomik yönden de etkilemektedir. Diş kayıplarına neden olan etkenlerin ortaya çıkarılması ve bu konuda önlemlerin alınabilmesi için özellikle ülke çapında ve çeşitli yaş gruplarına yönelik, ağız sağlığı durumunu tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalar büyük önem taşımaktadır (5).

2.11. DÜNYA'DA AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

Alma Ata'da 1978 yılında düzenlenen uluslararası bir kongrede, DSÖ ve UNICEF'in katkılarıyla dünya üzerindeki populasyonun daha sağlıklı olabilmesi için kritik stratejiler belirlenmiştir. Alma Ata Deklarasyonu ile "2000 yılında Herkes için Sağlık" sloganı benimsenmiş ve ulaşılması amaçlanan önemli hedefler açıklanmıştır (62). Ağız-diş sağlığı açısından ise 1981 yılında DSÖ ve Dünya Diş Hekimleri Birliği (Fédération Dentaire Internationale - FDI)'ın Rio de Janeiro Toplantısında 2000 yılında ulaşılması gereken küresel hedefler belirlenmiştir (63).

2000 yılı hedefleri:

1. 5–6 yaş grubundaki kişilerin %50'sinin çürük dişi bulunmaması,
2. 12 yaştaki kişilerin DMFT ortalamasının 3'ten fazla olmaması,
3. 18 yaştaki kişilerin %85'inin bütün dişlerine sahip olması,
4. 35–44 yaş grubunda dişsizlik prevalansının 1982 yılındaki değerlere göre %50 azaltılması,
5. 65 yaş ve üstünde dişsizlik prevalansının 1982 yılındaki değerlere göre %25 azaltılması,
6. Ağız sağlığındaki değişiklikleri izlemek için bir veri tabanı oluşturulmasıdır.

1994 yılında Dünya Sağlık Günü'nün "Ağız Sağlığı" olarak ilan edilmesi ile hükümetlerde, askeri birimlerde, diş hekimliği okullarında, araştırma merkezlerinde ve ağız sağlığı ile ilgili endüstride önemli gelişmeler gözlenmiştir. Türkiye'nin de içinde olduğu DSÖ' nün Avrupa Bölgesi ülkelerinde, çürüğe karşı korunma programlarının geliştirilmesi ve bu konuda etkin olacak hizmetlerin başlatılması ve desteklenmesi kararı alınmıştır (64). DSÖ, ülkeler için ulusal ağız sağlığı programları başlatılırken ya da geliştirilirken göz önüne almaları için öncelikli etkinlik alanları belirlemiştir (65):

- Diş çürüklerinden korunma için floridlerin etkin kullanımı. Amaç, florlanmış içme suyu, tuz, süt veya uygun fiyatlı diş macunu ile olabildiğince çok sayıda ağızda sabit biçimde düşük bir düzeyde flor bulunması için uygun araçları hayata geçirmesi,
- Ağız sağlığı ve sağlıklı beslenme ile oral hastalıklardan korunma, yani şeker tüketiminin azaltılması ve meyve ile sebze tüketiminin artırılmasının savunulması,
- Tütün kullanımının bırakılmasına ve çocuklarla gençlerin tütün alışkanlığından korunmasına ağız sağlığı profesyonellerini dahil ederek tütünlle ilişkili oral hastalıkların kontrol edilmesi,
- Toplum sağlığı faaliyetleri ve yaş dostu birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığı ile yaşlı kişilerde ağız sağlığının iyileştirilmesi,
- Ağız sağlığının, ağız sağlığı-genel sağlık-yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler temel alınarak ulusal ve toplum sağlığı programlarına dahil edilmesi,
- Ağız sağlığı sistemleri geliştirilmesi ve hizmetlerin korunmaya ve sağlığın geliştirilmesine yöneltilmesi,
- HIV-AIDS ilişkili oral hastalıklardan korunmanın özellikle gelişmekte olan ülkelerde desteklenmesi,
- Ağız sağlığı bilgi sistemleri geliştirilmesi, ağız sağlığı politikası için kanıtlar, amaçlar ve hedeflerin belirtilmesi ve ilerlemenin ölçülmesi,
- Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında araştırma alanındaki arayı kapatmaya yönelik ağız sağlığı araştırmalarının gerçekleştirilmesi.

Ulusal boyutta yapılan çalışmaların sonuçları, alınacak önlemler ve hazırlanacak programlar için önem taşımaktadır. İskandinav ülkelerinde, İsviçre’de, İngiltere’de, İrlanda’da ve Hollanda’da, çürük prevalansındaki azalma, 1960-1970 yılları arasında başlamıştır. Bu ülkelerde toplumun florüre ulaşabilmesi; içme sularının, diş macunlarının ve tuzların florürlenmesi ve okullarda florür uygulamaları sayesinde sağlanmıştır (66).

Slovenya’da çürük prevalansındaki azalma nedenleri üzerine yapılan bir araştırmada, bu azalmanın nedeninin daha önceki yıllarda 5–6 yıl arayla yapılan çalışmaların ortaya çıkardığı verilere göre alınan önlemler olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 12 yaştaki çürüksüz (DMFT=0) kişi yüzdesi 1987 yılındaki ulusal çalışmada %6,4 iken, 1993’te %30,9’a ve 1998’de %40,1’e yükselmiştir. Erişkinlerde ise 1987-1998 yılları arasında DMFT değerleri, 35–44 yaş grubunda 20,5 iken 14,7’ye, 65 ve üstü yaşlarda ise 27,0 iken 22,5’e düşmüştür. 1998 yılında çürük lezyonları için tedavi gereksiniminin diğer yıllara göre oldukça düştüğü gözlenmiştir. Her üç araştırma sonuçlarına göre kadınların erkeklere göre daha yüksek çürük skorlarına sahip olduğu görülmüştür (67).

2.12. TÜRKİYE’ DE AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI

Türkiye’deki ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesine yönelik bölgesel bazı çalışmaların sonuçları, ağız ve diş sağlığına verilen önemin az ve buna bağlı diş kayıplarının çok yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir (13,14, 68).

Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaktadır. Bu nedenle, diş hekimliğinde, ağız ve diş sağlığının bozulmasından önce, koruyucu ve önleyici önlemler alma ve tedavi hizmetlerinin, dişleri ağızda tutmaya yönelik olan konservatif yöntemlere doğru kaydırılması görüşü önem kazanmıştır (69).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı önemli bir problemdir. Süt dişlerindeki çürük prevalansının altı yaşında %83,0, sekiz yaşında %92,0, 6-12 yaşında %64,0-100,0 civarında olduğu ve çocuk başına düşen çürük (d), süt dişi (t) sayısını gösteren dt indeksinin 4,4’ten 5,2’ye çıktığı bildirilmektedir. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, ırkı, beslenmesi, hijyen alışkanlıkları, sosyo-ekonomik durumu, diş ve tükürük özellikleri ağız ve diş sağlığını etkileyebilmektedir. Düzenli olarak diş hekimine gitme

alışkanlıkları olmayan toplumumuzun koruyucu yöntemleri sadece kliniklerde öğrenmeleri düşünülemez (42).

Oktay, 1975 yılında Erzurum bölgesinde yaptığı bir çalışmada periodontal hastalıklarla ağız hijyeni, cinsiyet, yaş, beslenme ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi araştırmış, yaş ile periodontal hastalıkların prevalansının arttığını, sosyo-ekonomik durumun hastalık derecesini etkilediğini, proteinle beslenenlerde periodontal durumun daha iyi olduğunu bildirmiştir (68). Ancak bu çalışma sadece Erzurum bölgesiyle sınırlıdır.

Ülke genelinde yapılan ilk geniş çaplı araştırma, 1988 yılında Saydam, Oktay ve Möller tarafından DSÖ' nün ve Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 5 ildeki 57 merkezde toplam 6322 kişi muayene edilmiştir. Bu çalışmada, verilerin toplanmasında DSÖ' nün 1987 kriterleri kullanılmıştır. Ancak örneklem seçiminin nasıl yapıldığı belirtilmemiştir. Bu araştırma bulgularına göre DMFT değerleri 5 yaşında 0,03, 12 yaşta grubunda 2,73, 15–19 yaş grubunda 4,14, 35–44 yaş grubunda 11,59 ve 65 yaş üstü kişilerde 28,76 olarak tespit edilmiştir (12).

Türkiye' de ağız diş sağlığı hizmetlerine yönelik araştırmaların neredeyse tamamının ağız diş sağlığı durum saptaması, tedavi gereksinimi ve finansmanı konularında yürütüldüğü görülmektedir (12,13).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri üzerinde yürütülmüştür. Diş Hekimliği Fakültesinde 2011- 2012 eğitim öğretim yılında öğrenim görmekte olan 1, 2, 3, 4, ve 5. sınıflardan sırasıyla 94, 78, 75, 57 ve 44 öğrenci olmak üzere toplam 348 öğrenci araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırma Erciyes Üniversitesi etik kurulu onay alınarak yapılmış ve katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

Araştırmanın evreni 184 kız öğrenci (%52,9) ve 164 erkek öğrenci (%47,1) toplam 348 öğrenci olup araştırmaya katılan 289 (%83,0) öğrencinin 170' i kız (%58,8) ve 119' u erkek öğrenci (%41,2) dir. Öğrencilerden 59'u araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma verileri; öğrencilerin sosyo-demografik ve beslenme özellikleri ile ağız - diş sağlığına yönelik uygulamalarına ilişkin 37 sorudan oluşan anket formunun (Ek-1) araştırmacı gözetiminde katılımcılara sınıflarında doldurulması yoluyla elde edilmiştir. Soruları cevaplayan öğrencilerin anketleri ile birlikte kendilerine belirlenen zaman dilimlerinde Diş Hekimliği Fakültesi klinik birimine gelmeleri istenmiştir. Fakülte bünyesinde çalışan 4 diş hekimi tarafından ağız aynası ve sond yardımı ile ışık altında ağız-diş muayeneleri yapılarak çürük, eksik, dolgulu diş, diş eti problemi, diş teli varlığı, ortodontik problem ve protez varlığı gibi durumlar değerlendirilmiştir. DSÖ'nün

belirlemiş olduğu, ağız ve diş sağlığı durumunun değerlendirilmesi için kullanılan çürük (D= Decay), eksik (M= Missing) ve dolgulu (F=Filled) diş sayısı tespit edilip toplamaları alınarak DMFT indeksi her birey için hesaplanmıştır. DSÖ'nün verilerine göre kabul edilebilir DMFT değeri 18-34 yaş grubunda 4 olarak belirlenmiştir (23,57). Bu çalışmada DMFT indeksi 4 ve altında olanlar iyi, 5 ve yukarısı ise kötü olarak değerlendirilmiştir.

Ağız muayenesi yapılan öğrencilerin ağırlık ölçümleri 100 g hassaslıkta ölçülebilen dijital baskül ile, boy uzunluğu ölçümleri de mezura kullanılarak yöntemine uygun şekilde yapılmıştır. Öğrencilerin ağırlık ve boy uzunluğu ölçüm değerleri kullanılarak Beden Kitle İndeksleri, $BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{boy (m}^2\text{)}$ formülünden yararlanarak hesaplanmıştır. $BKİ < 18,5$ in altında olanlar zayıf, 18,6 - 19,9 arasında olanlar normalin altında fakat kabul edilebilir, 20,0 - 24,9 arasında olanlar normal, 25,0 – 29,9 arasında olanlar hafif şişman ve 30,0 ve üzeri olanlar ise şişman kabul edilmiştir (2,9).

Öğrencilerin geldikleri bölgelerin belirlenmesinde, ülkemizin bölgeleri olan İç Anadolu, Marmara, Ege, Akdeniz, Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgesi olmak üzere 7 bölge ve bir de ülke dışı dikkate alınmıştır. Fakülteye başlamadan önce yaşadığı yerler dikkate alındığında nüfusu 1 milyon ve üzeri olanlar büyükşehir, 100 bin-1 milyon olanlar şehir, 10-100 bin olanlar ilçe ve 2-10 bin olanlar ise kasaba olarak kabul edilmiştir (70).

Diş hekimine kontrole gitmede uygun sıklığın 1-6 ay arayla olduğu literatürde (23) belirtilmiştir buna dayanarak 6 ayda bir kez hekim kontrolüne gitme uygun aralık olarak kabul edilmiştir, gruplar; hiç gitmeyen, 1-6 ay, 7-12 ay ve 13 ay ve üzeri aralıklarla giden olarak oluşturulmuştur.

Veriler SPSS 13.0 programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde normal dağılıma uygun olanlar Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. Normal dağılıma uygun veriler aritmetik ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiş ve bu verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan veriler ortanca ve persentil (%25-%75) olarak gösterilmiş olup iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis analizi kullanılmıştır. Öğrencilerin çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancaları her birey için ayrı olarak hesaplanmıştır.

Bağımlı değişkenler üzerindeki risk faktörleri lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Logistik regresyon analizi uygulanan değişkenler şu şekilde gruplandırılmıştır; öğrenciler klinik uygulamalarına 3. 4. ve 5. sınıfta çıkmaktadır, bu yüzden sınıflar 1., 2. sınıf ve 3., 4., 5. sınıf olarak 2 gruba ayrılmıştır. Aile tipi çekirdek aile ile diğer seçeneği belirlenmiş, geniş ve parçalanmış aile ise diğer seçeneğine alınmıştır, ekonomik durumları kendi değerlendirmelerine göre; çok iyi ve iyi düzey olanlar iyi, orta düzey olanlar orta, kötü ve çok kötü düzeyde olanlar da kötü olarak gruplandırılmıştır. Diş fırçasını değiştirme sıklığı literatürde (37) belirtildiği gibi, 0-3 ay arayla olması gerekmektedir, bu yüzden diş fırçası değiştirme sıklığı 0-3 ay arayla değiştirme uygun aralık olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin BKİ değerleri zayıf ve normalin altında olanlar zayıf, normal olanlar normal ve hafif şişman ve şişman olanlar şişman olarak gruplandırılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunan gruplar arasındaki farklar harf (a,b,c,d,e) ile belirtilmiştir. Grupların aynı harfi taşıyor olması farkın anlamlı olmadığı anlamına gelmektedir. $p<0.05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına 289 öğrenci alınmış olup; yaş ortalaması erkeklerde 20.98 ± 1.79 , kızlarda 20.44 ± 1.53 ve toplamda 20.66 ± 1.66 yıldır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin bazı sosyo- demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin* Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler (n=289)	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	119	41,2
Kadın	170	58,8
Yaş Grupları		
18 yaş ve altı	34	11,8
19 - 22 yaş arası	217	75,1
23 yaş ve üzeri	38	13,1

Tablo 4.1. (Devamı) Araştırmaya Katılan Öğrencilerin* Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sınıf		
1. sınıf	86	29,7
2. sınıf	45	15,6
3. sınıf	76	26,3
4. sınıf	47	16,3
5. sınıf	35	12,1
Dış Hekimliği Fakültesine başlamadan önce yaşadığı bölge		
İç Anadolu Bölgesi	130	45,0
Marmara Bölgesi	28	9,7
Ege Bölgesi	9	3,2
Akdeniz Bölgesi	53	18,3
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	12	4,2
Doğu Anadolu Bölgesi	36	12,5
Karadeniz Bölgesi	13	4,3
Ülke Dışında	8	2,8
Kaldığı Yer		
Ailesi ile aynı evde	80	27,7
Arkadaşları ile evde	127	43,9
Devlet yurdunda	22	7,6
Özel yurttta	46	15,9
Diğer	14	4,9
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	18	6,2
İlkokul	104	36,0
Ortaokul	43	14,9
Lise	66	22,8
Yüksekokul – üniversite	56	19,4
Doktora ve üstü	2	0,7

Tablo 4.1. (Devamı) Araştırmaya Katılan Öğrencilerin* Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Babamın eğitim durumu		
Okur – yazar değil	5	1,7
İlkokul	42	14,5
Ortaokul	27	9,3
Lise	80	27,8
Yüksekokul – üniversite	127	43,9
Doktora ve üstü	8	2,8
Annenin mesleği		
İşçi	3	1,0
Memur	32	11,1
Emekli	17	5,9
Ev hanımı	229	79,2
Serbest meslek	8	2,8
Babamın mesleği		
İşçi	38	13,1
Memur	110	38,1
Esnaf	24	8,3
Serbest meslek	23	8,0
Emekli	61	21,1
Diğer	33	11,4
Kardeş sayısı		
Kardeşi yok	10	3,5
1-2	102	31,8
3 – 5	168	58,1
6 ve daha fazla	19	6,6
Kaçıncı çocuk olduğu		
1. ve 2. Çocuk	222	76,8
3 ve 5. Çocuk	58	20,1
6. ve daha sonraki çocuk	9	3,1

Tablo 4.1. (Devamı) Araştırmaya Katılan Öğrencilerin* Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Aile tipi		
Çekirdek Aile	246	86,2
Geniş Aile	39	12,4
Parçalanmış Aile	4	1,4
Kendi ifadelerine göre ekonomik durumu		
Çok iyi	3	1,0
İyi	89	30,8
Orta	178	61,6
Düşük	17	5,9
Çok Düşük	2	0,7
Üniversite öncesi yaşadığı yer		
Büyükşehir	125	43,3
Şehir	92	31,8
İlçe	58	20,1
Kasaba	14	4,8
TOPLAM	289	100,0

* Sonraki tablo başlıklarında ‘Araştırmaya Katılan Öğrenciler’ yerine kısaca ‘Öğrenciler’ ifadesi kullanılmıştır.

Tablo 4. 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin %41,2’si erkek, %58,8’i kız öğrenci olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %75,1’i 19-22 yaş arasındadır. Öğrencilerin %29,7’si 1.sınıf ve %26,3’ü ise 3. sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %45’i okula başlamadan önce İç Anadolu Bölgesinde, %18,3’ü Akdeniz Bölgesinde, %12,5’i ise Doğu Anadolu Bölgesinde yaşadığını, %43,9’u arkadaşları ile , %27,7’si ailesi ile kaldığını ve %15,9’u ise özel yurttaki kaldığını ifade etmiştir. Öğrencilerin annelerinin %36’sı ilkokul mezunu, %22,8’i lise ve %19,4’ü de üniversite mezunudur, babalarının ise %43,9’u üniversite mezunu iken, %27,8’i lise ve %14,5’i de ilkokul mezunudur.

Öğrencilerin annelerinin %79,2’si ev hanımı olup bunu memur, emekli ve serbest meslek takip etmektedir. Öğrencilerin babalarının %38,1’i memur ve %21,1’i emeklidir. Öğrencilerin 1 ve 2 kardeşi olanların oranı %35,3, kardeş sayısı 3, 4 ve 5 olanların oranı %58,1’dir. Öğrencilerin ailedeki çocuk sırasına bakıldığında 1. ve 2. çocuk olanların oranı %76,8’dir, 3, 4, ve 5. olanların oranı ise %20,1’dir. Öğrencilerin aile tipleri sorgulandığında %86,2’si çekirdek aileye, %12,4’ü ise geniş aileye sahip olduklarını, kendilerine göre ekonomik durumları sorulduğunda %61,6’sı orta, %30,8’i ise iyi olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %43,3’ü büyükşehirden, %31,8’i ise şehirden geldiğini belirtmiştir. Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 4.2’ de verilmiştir

Tablo 4.2. Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri

Özellikler (n=289)	Sayı	%
Anne sütü alma durumu		
Evet	277	95,8
Hayır	12	4,2
Günlük yemek öğün sayısı		
1	3	1,1
2	40	13,7
3	221	76,5
4 ve üzeri	25	8,7
Öğün atlama		
Evet, sık sık	37	12,8
Evet, bazen	165	57,1
Hayır	87	30,1
Atlanan öğün n=202		
Kahvaltı	89	44,1
Öğle yemeği	102	50,5
Akşam yemeği	11	5,4
Ara öğün alma durumu		
Evet, sık sık	46	15,9
Evet, bazen	180	62,3
Hayır	63	21,8
Alınan ara öğün n=226		
Kuşluk	10	4,4
İkindi	103	45,6
Akşam	63	27,9
Gece	50	22,1
Kepekli ekmek tüketimi		
Evet, her zaman	6	2,1
Evet, sıklıkla	22	7,6
Evet, ara sıra	100	34,6
Hayır	161	55,7
TOPLAM	289	100,0

Tablo 4. 2’de görüldüğü gibi öğrencilerin %95,8’inin (277 öğrenci) anne sütü aldığı saptanmış ve ortalama anne sütü alma süresi $12,4 \pm 7,7$ ay olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %76,5’i günde 3 öğün beslenirken, %14,8’i günde 2 ve daha az öğün almaktadır, %57,1’i bazen öğün atladığını, %12,8’i ise sık sık öğün atladığını ifade etmiştir. Atlanan öğün %50,5 ile en çok öğlen yemeği olup, bunu %44,1 ile kahvaltı takip etmektedir. Öğrencilerden %62,3’ü bazen ara öğün aldığını, %15,9’u da sık sık aldığını belirtmiştir. Ara öğün alan öğrencilerin (226 öğrenci) %45,6’sı ikindi zamanında alırken, %4,4’ü ise kuşluk zamanı aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %44,3’ü kepekli ekmek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %90’ının herhangi bir sistemik rahatsızlığı olmadığı geriye kalan %10’unun ise astım, anemi ve guatr hastalığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özellikleri

Özellikler (n=289)	Sayı	%
Şekerli besin sonrası diş temizliği amacıyla yapılan uygulama		
Hiç bir şey yapmama	45	15,6
Ağız su ile çalkalama	154	53,3
Diş fırçalama	88	30,4
Diğer*	2	0,7
Sert kabuklu yiyecekleri diş ile kırma		
Evet, sık sık	13	4,5
Evet, bazen	128	44,3
Hayır	148	51,2
Diş hekimine kontrole gitme durumu		
Hiç gitmeyen	83	28,7
1 - 6 ay arayla giden	121	41,9
7 – 12 ay arayla giden	71	24,6
13 ay ve üzeri aralıkla giden	14	4,8

Tablo 4. 3. (Devamı) Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Diş fırçalama durumu		
Evet	289	100,0
Hayır	0	0,0
Diş fırçalama sıklığı		
Her yemekten sonra	28	9,7
Günde 1 kez	83	28,7
Günde 2 kez	178	61,6
Diş fırçasını değiştirme sıklığı		
0 – 3 ay aralıkla	160	55,4
4 – 6 ay aralıkla	106	36,7
7 – 11 ay aralıkla	10	3,5
12 ay ve üstü aralıklarla	13	4,4
Diş ipi kullanımı		
Evet	109	37,7
Hayır	180	62,3
Çiklet çiğneme		
Evet, sık sık	64	22,2
Evet, ara sıra	192	66,4
Hayır	33	11,4
Çay ve kahvede şeker kullanımı		
Evet	219	75,8
Hayır	70	24,2
Sigara kullanımı		
Evet	27	9,3
Hayır	262	90,7

Tablo 4.3. (Devamı) Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Diş eti problemi **		
Evet, halen devam etmekte	34	11,8
Önceden mevcuttu, şimdi yok	59	20,4
Hayır, hiç olmadı	196	67,8
Diş protezi bulunma durumu**		
Evet	20	6,9
Hayır	269	93,1
TOPLAM	289	100,0

* Diğer seçeneğine ciklet ifadesini kullanmıştır.

** Kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4. 3'te görüldüğü gibi öğrencilerin %53,3'ü şekerli besinlerden sonra ağzını su ile çalkaladığını ifade ederken, %30,4'ü dişlerini fırçaladığını belirtmiştir. Öğrencilerin %51,2'si sert kabuklu yiyecekleri diş ile kırmadığını , %44,3'ü ise bazen kırdığını belirtmiştir. Öğrencilerin %41,9'u diş hekimine kontrole 1-6 ay arayla gittiğini, %28,7'si ise hiç gitmediğini ifade etmiştir. Bütün öğrenciler dişlerini fırçaladığını ifade etmiştir (%100). Öğrencilerin %71,3'ünün dişlerini günde 2 kez ve daha fazla fırçaladığı, %28,7'sinin ise günde 1 kez fırçaladığı saptanmıştır. Diş fırçasını uygun aralıkla (3 ay arayla) değiştirenlerin oranı %55,4, diş ipi kullanan öğrencilerin oranı ise %37,7'dir. Öğrencilerin %88,6'sı ciklet çiğnediğini, %75,8'i çay ve kahvede şeker kullandığını, %90,7'si sigara kullanmadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %11,8'i diş eti problemini halen yaşadığını , %20,4'ü ise önceden mevcut olduğunu ve %67,8'i ise hiç diş eti problemi yaşamadığını, %6,9'u diş protezine sahip olduğunu belirtmiştir.

Erkek öğrencilerin boy ortalaması $176 \pm 7,47$ cm, kız öğrencilerin boy ortalaması ise $165,5 \pm 6,25$ cm. ve ağırlık ortalaması sırasıyla $73,2 \pm 12,7$ kg, $59,7 \pm 8,66$ kg.'dır Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ yoluyla ağırlık değerlendirmeleri tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre BKİ Yoluyla Ağırlık Değerlendirmesi

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf(BKİ < 18,4)	5	4,2	15	8,8	20	6,9
Normal kabul edilebilir(BKİ 18,5 – 19,9)	7	5,9	35	20,6	42	14,5
Normal (BKİ 20,0 – 24,9 arasında)	75	63,0	99	58,2	174	60,2
Hafif Şişman (BKİ 25,0 – 29,9)	28	23,5	21	12,4	49	17,0
Şişman (BKİ 30,0 – 34,9)	4	3,4	0	0,0	4	1,4
Toplam	119	41,2	170	58,8	289	100

$$X^2=23,107$$

$$P<0,01$$

Tablo 4. 4'te görüldüğü gibi ağırlık yönünden öğrencilerin %6,9'u zayıf, %18,4'ü hafif şişman ve şişman olarak bulunmuştur. Zayıf olanların oranı erkek öğrencilerde %4,2 iken kız öğrencilerde %8,8 olarak daha yüksek oranda, yine hafif şişman olanların oranı erkeklerde (%23,5), kızlara göre (%12,4) daha yüksek bulunmuştur. Şişman olanların oranı erkeklerde %3,4 iken kızlarda şişman olan yoktur. Özetle erkek öğrencilerde şişman olanların oranı, kızlarda zayıf olan öğrencilerin oranından daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$).

Tablo 4.5. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Anne Sütü Alma Durumu

Anne sütü alma	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	116	97,5	161	94,7	277	95,8
Hayır	3	2,5	9	5,3	12	4,2
Toplam	119	100,0	170	100,0	289	100,0

$$X^2: 1,357$$

$$p>0,05$$

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi öğrencilerde anne sütü alma oranı %95,8 olup erkek öğrencilerde kızlara göre daha yüksektir ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Günlük Öğün Sayısı

Öğün sayısı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
3 öğünden az beslenenler	20	16,8	23	13,5	43	14,9
3 öğün beslenenler	90	75,6	131	77,1	221	76,5
3 öğünden fazla beslenenler	9	7,6	16	9,4	25	8,7
Toplam	119	100,0	170	100,0	289	100,0

$$X^2 = 0,801$$

$$P > 0,05$$

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi öğrencilerin %76,5’i günde 3 öğün beslenirken; %14,9’unun öğün sayısı 3’ün altındadır. Cinsiyete göre öğrencilerin öğün sıklığında gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Ara Öğünlerde Tükettikleri Gıdaların Dağılımı

Özellikler	Erkek		Kadın		Toplam		X^2	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Şeker, çikolata	50	42,0	103	60,6	153	52,9	9,691	0,002*
Bisküvi, kraker	48	40,3	80	47,1	128	44,3	1,282	0,257
Meyve	39	32,8	65	38,2	104	36,0	0,907	0,341
Süt, yoğurt	20	16,8	32	18,8	52	18,0	0,193	0,660
Kuruyemiş	23	19,3	34	20,0	57	19,7	0,2	0,888
Diğer	6	5,0	14	8,2	20	6,9	1,108	0,292

Tablo 4.7’den ara öğünlerde tüketilen gıdalara bakıldığında şeker, çikolata ilk sırayı almıştır, bunu bisküvi, kraker ve meyve izlemektedir. Şeker, çikolata tüketen kız öğrencilerin oranı (%60,6), erkek öğrencilerinkinden (%42) yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrenciler tarafından ara öğünlerde tüketilen diğer besinler açısından cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Öğrencilerin Cinsiyetlere Göre Diş Fırçalama Sıklığının Dağılımı

Diş Fırçalama Sıklığı	Her yemekten sonra		Günde 2 kez		Günde 1 kez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	7	5,9	52	43,7	60	50,4	119	100,0
Kadın	21	12,4	126	74,1	23	13,5	170	100,0
Toplam	28	9,7	178	61,6	83	28,7	289	100,0

 χ^2 : 46,713

p<0,01

Tablo 4. 8’de görüldüğü gibi öğrencilerin %9,7’si her yemekten sonra, %61,6’sı günde 2 kez, kalanı da günde 1 kez dişlerini fırçalamaktadır. Diş fırçalamayan öğrenci yoktur. Kız öğrencilerden her yemekten sonra ve günde 2 kez diş fırçalayanların oranı erkek öğrencilerinkinden yüksektir. Diş fırçalama sıklığında cinsiyete göre gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p< 0,01).

Tablo 4.9. Öğrencilerin Yiyecek ve İçecekleri Tüketim Sıklıkları

Yiyecekler ve içecekler	Her gün 1 kez ve daha sık		Gün aşırı ve daha seyrek		Hiç	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Süt	62	21,5	184	63,7	43	14,8
Ayran	25	8,7	251	86,9	13	4,4
Yoğurt	49	17,0	232	80,3	8	2,7
Peynir	189	65,4	93	32,2	7	2,4
Çay	259	89,6	25	8,7	5	1,7
Kahve	74	25,6	193	66,8	22	7,6
Sebze	115	39,8	170	58,8	4	1,4
Meyve	126	43,6	157	54,3	6	2,1
Asitli ve gazlı içecekler	53	18,3	218	75,4	18	6,3
Meyve suları	71	24,5	208	72,0	10	3,5
Şekerleme ve çikolata	126	43,6	160	55,4	3	1,0
Bisküvi, kurabiye, tatlılar	91	31,5	194	67,1	4	1,4

Tablo 4. 9’da görüldüğü gibi öğrencilerin %63,7’si sütü, %86,9’u ayranı, %80,3’ü ise yoğurdu gün aşırı ve daha seyrek aralıklarla tükettiğini ifade ederken, %65,4’ü peyniri her gün 1 kez ve daha sık tükettiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %75,4’ü asitli ve gazlı içecekleri, %72’si meyve sularını, %55,4’ü şekerleme ve çikolatayı gün aşırı ve daha seyrek aralıkla tükettiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.10. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Diş Hekimine Kontrole Gitme Sıklığı

Diş Hekimine Kontrole Gitme Sıklığı	Erkek		Kadın		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç gitmeyenler	28	23,5	55	32,4	83	28,7
1-6 ay aralıkla gidenler	55	46,2	66	38,8	121	41,9
7-12 ay aralıkla gidenler	27	22,7	44	25,9	71	24,6
13 ay ve üzeri aralıkla gidenler	9	7,6	5	2,9	14	4,8
Toplam**	119	41,2	170	58,8	289	100

$$X^2=6,189$$

$$P=0,103$$

*Sütun Yüzdesi

** Satır Yüzdesi

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi öğrencilerin %28,7’si diş hekimine kontrole hiç gitmediğini ifade ederken, %41,9’u 1-6 ay aralıkla (uygun aralıkla) gittiğini belirtmiştir. Diş hekimine kontrole gitme sıklığında cinsiyete göre gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Diş Hekimine Kontrole Uygun Aralıklarla Gitme Durumu

Özellikler	Dış hekimine kontrole uygun aralıklarla gitme durumu (n= 289)			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	55	46,2	64	53,8
Kadın	66	38,8	104	61,2
	X ² = 1,573		P=0,210	
Yaş Grupları				
18 yaş ve altı	11	32.4	23	67,6
19 - 22 yaş arası	88	40,6	129	59,4
23 yaş ve üzeri	22	57,9	16	42,1
	X ² =5,429		P=0,066	
Sınıf				
1. sınıf	22	25,6	64	74,4
2. sınıf	13	28,9	32	71,1
3. sınıf	36	47,4	40	52,6
4. sınıf	23	48,9	24	51,1
5. sınıf	27	77,1	8	22,9
	X ² =32,290		P=0,00 *	
Yaşadığı Şehir				
İç Anadolu Bölgesi	57	43,8	73	56,2
Marmara Bölgesi	14	50,0	14	50,0
Ege Bölgesi	5	55,6	4	44,4
Akdeniz Bölgesi	20	37,7	33	62,3
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	5	41,7	7	58,3
Doğu Anadolu Bölgesi	15	41,7	21	58,3
Karadeniz Bölgesi	4	30,8	9	69,2
Ülke Dışında	1	12,5	7	87,5
	X ² =5.528		P=0,596	

Tablo 4.11. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dış Hekimine Kontrole Uygun Aralıklarla Gitme Durumu

Özellikler	Dış hekimine kontrole uygun aralıklarla gitme durumu (n= 289)			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Kaldığı Yer				
Ailesi ile aynı evde	34	42,5	46	57,5
Arkadaşları ile aynı evde	60	47,2	67	52,8
Devlet yurdunda	4	18,2	18	81,8
Özel yurttta	20	43,5	26	56,5
Diğer	3	21,4	11	78,6
	X ² = 9.045		P=0,060	
Annenin eğitim durumu				
Ortaokul ve altı	103	62,4	62	37,6
Lise ve üstü	89	71,8	35	28,2
	X ² =2,776		P=0,096	
Babanın eğitim durumu				
Ortaokul ve altı	45	60,8	29	39,2
Lise ve üstü	147	68,4	68	31,6
	X ² =1,412		P=0,235	
Annenin mesleği				
İşçi	1	33,3	2	66,7
Memur	17	53,1	15	46,9
Emekli	12	70,6	5	29,4
Ev hanımı	90	39,3	139	60,7
Serbest meslek	1	12,5	7	87,5
	X ² =10,972		P=0,027 *	
Babanın mesleği				
İşçi	17	44,7	21	55,3
Memur	49	44,5	61	55,5
Esnaf	9	37,5	15	62,5
Serbest meslek	10	43,5	13	56,5
Emekli	27	44,3	34	55,7
Diğer	9	27,3	24	72,7
	X ² =3,697		P=0,594	

Tablo 4.11. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dış Hekimine Kontrole Uygun Aralıklarla Gitme Durumu

Özellikler	Dış hekimine kontrole uygun aralıklarla gitme durumu (n= 289)			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Kardeş sayısı				
2 ve daha az kardeşi olanlar	43	42,2	59	57,8
3 ile 5 arasında olanlar	73	43,5	95	56,5
6 ve daha fazla kardeşi olanlar	5	26,3	14	73,7
	X ² =2,065		P=0,356	
Kaçıncı çocuk olduğu				
1 ve 2. çocuk olanlar	95	42,8	127	57,2
3 ile 5. çocuklar arasında bulunanlar	22	37,9	36	62,1
6 ve daha fazla çocuk olanlar	4	44,4	5	55,6
	X ² =0,472		P=0,790	
Aile tipi				
Çekirdek aile	104	41,8	145	58,2
Geniş aile	16	44,4	20	55,6
Parçalanmış aile	1	25,0	3	75,0
	X ² =0,567		P=0,753	
Kendi ifadelerine göre ekonomik durumu				
Çok iyi	2	66,7	1	33,3
İyi	46	51,7	43	48,3
Orta	67	37,6	111	62,4
Düşük	5	29,4	12	70,6
Çok düşük	1	50,0	1	50,0
	X ² =6,728		P=0,151	
Üniversite öncesi yaşadığı yer				
Büyükşehir	60	48,0	65	52,0
Şehir	33	35,9	59	64,1
İlçe	21	36,2	37	63,8
Kasaba	7	50,0	7	50,0
	X ² =4,435		P=0,218	

*p<0,05

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi diş hekimine kontrole uygun aralıkla gidenlerin oranı 1. sınıftaki öğrencilerde %25,6 iken beşinci sınıfa doğru artış göstererek %77,1’e yükselmiştir. Diş hekimine uygun aralıkla kontrole gitme oranında sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yine annesinin mesleği emekli (%70,6) ve memur (%53,1) olanlarda uygun aralıkla diş hekimine kontrole gitme oranları, işçi (%33,3), ev hanımı (%39,3) ve serbest meslek (%12,5) sahibi olanlara göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diş hekimine kontrole uygun aralıkla gidenlerin oranında öğrencilerin cinsiyeti, yaş grupları, yaşadığı şehir, kaldığı yer, anne ve babasının eğitim durumu, babasının mesleği, kardeş sayısı, doğum sırası, ekonomik durumu ve üniversite öncesi yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Öğrencilerin Bazı Diş Problemlerinin Bulunma Durumu*

Özellikler** (n=289)	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Protez diş	20	6,9	269	93,1
Diş teli	22	7,6	267	92,4
Diş eti problemi	71	24,6	218	75,4
İmplant Diş	8	2,8	281	97,2
Ortodontik Problem	107	37,0	182	63,0

* Öğrencilerin muayene sonucunda çıkan verileri alınmıştır.

** Araştırma grubundaki öğrencilerin ağız muayenesi sonucunda %41,5’inin hiçbir diş problemi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi öğrencilerde en yüksek oranda görülen diş problemi ortodontik problem (%37) olup bunu diş eti problemi izlemektedir (%24,6).

Çalışmamızda öğrencilerin DMFT indeksi ortalaması $4,82\pm 3,51$ bulunmuş olup; erkeklerde $5,02\pm 3,49$, kızlarda ise $4,67\pm 3,52$ ’ dir. DMFT indeksi ortalamasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamıştır ($t= 0,830$ $p>0,05$).

Tablo 4.13. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Bazı Sosyo – Demografik Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi (Tekli Analiz)

Değişkenler		n	O.R.(% 95 CI)
Cinsiyet	Erkek	119	1.233 (0.771 - 1.974)
	Kadın	170	1.000
Yaş grupları	18 yaş ve altı	34	0.509 (0.199 - 1.302)
	19- 22 yaş arası	217	0.122 (0.287 - 1.159)
	23 yaş ve üzeri	38	1.000
Sınıf	1.2. sınıf	131	1.000
	3. 4. ve 5. Sınıf	158	1.852 (1.155 - 2.969)*
Kaldığı yer	Evde**	221	1.005 (0.582 - 1.734)
	Yurtta	68	1.000
Annenin eğitim durumu	Liseden az	165	1.098 (0.687 - 1.753)
	Lise ve üstü	124	1.000
Babanın eğitimi	Liseden az	74	1.359 (0.800 - 2.307)
	Lise ve üstü	135	1.000
Annenin çalışma durumu	Çalışan	245	1.161 (0.607 - 2.221)
	Çalışmayan	44	1.000
Kardeş sayısı	2 ve daha az	102	1.572 (0.968 - 2.555)
	3 ve daha fazla	187	1.000
Kaçıncı çocuk olduğu	1. ve 2. sırada olanlar	222	0.829 (0.480 - 1.433)
	3. ve daha sonraki	67	1.000
Aile tipi	Çekirdek aile	249	1.161 (0.591 - 2.279)
	Geniş ve parçalanmış aile	40	1.000
Ekonomik durumu	İyi	92	0.975 (0.363 - 2.622)
	Orta	178	0.907 (0.352 - 2.340)
	Düşük	19	1.000
Üniversite öncesi yaşadığı yer	Büyükşehir ve şehir	217	0.992 (0.581 - 1.693)
	İlçe ve kasaba	72	1.000

* p< 0,05

** Diğer seçeneği de evde seçeneğine dahil edilmiştir.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi öğrencilerin cinsiyeti, yaş grubu, kaldığı yer, annesinin eğitim durumu, babasının eğitim durumu, annesinin çalışma durumu, kardeş sayısı, doğum sırası, aile tipi, ekonomik durum ve üniversite öncesi yaşanan yerin kötü DMFT indeksi üzerine etkisi tekli lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak öğrencilerin 3, 4 ve 5. sınıfta olması kötü DMFT indeksi riskini 1 ve 2 sınıfta olanlara göre 1.852 kat artırmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.14. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi (Tekli Analiz)

Değişkenler		N	O.R.(% 95 CI)
Anne sütü alma	Evet	277	1.185 (0.367 - 3.826)
	Hayır	12	1.000
Hastalık durumu	Evet	29	1.310 (0.607 - 2.823)
	Hayır	260	1.000
Günlük öğün sayısı	3 öğünden az	43	2.028 (0.723 - 5.689)
	3 öğün	221	1.855 (0.769 - 4.476)
	3 öğünden fazla	25	1.000
Öğün atlama	Atlayan	202	0,920 (0.556 - 1.523)
	Atlamayan	87	1.000
Ara öğün alma	Alan	226	0.982 (0.561 - 1.719)
	Almayan	63	1.000
Şekerli besin sonrası diş temizliği için işlem uygulama	Evet	244	0.681 (0.354 - 1.308)
	Hayır	45	1.000
Sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırma	Evet	141	0.660 (0.415 - 1.052)
	Hayır	148	1.000
Diş hekimine kontrole gitme durumu	Hiç gitmeyen	83	1.823 (0.528 - 6.291)
	1-12 ay arayla giden	192	2.348 (0.712 - 7.747)
	13 ay ve üzeri	14	1.000
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1 kez	83	1.153 (0.692 - 1.921)
	Günde 2 kez ve daha fazla	206	1.000

Tablo 4.14. (Devamı) Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi
(Tekli Analiz)

Değişkenler		N	O.R.(% 95 CI)
Diş fırçasını değiştirme sıklığı	0-3 ay arayla	160	1.000
	4 ay ve üzeri	129	1.771 (1.107 - 2.831)*
Diş ipi kullanımı	Evet	109	1.951 (1.205 - 3.159)*
	Hayır	180	1.000
Protez bulunma durumu**	Evet	20	1.205 (0.486 - 2.990)
	Hayır	269	1.000
Diş teli bulunma durumu**	Evet	22	0,811 (0.335 - 1.961)
	Hayır	267	1.000
Diş eti problemi bulunma durumu**	Evet	71	0,832 (0.485 - 1.429)
	Hayır	218	1.000
İmplant diş bulunma durumu**	Evet	8	0.164 (0.020 - 1.347)
	Hayır	281	1.000
Ortodontik problem bulunma durumu**	Evet	107	1.728 (1.067 - 2.797)*
	Hayır	182	1.000
Kepekli ekmek tüketimi	Evet	128	1,031 (0.647 - 1.642)
	Hayır	161	1.000
Ciklet çiğneme durumu	Evet	256	0.880 (0.426 - 1.819)
	Hayır	33	1.000
Çay ve kahvede şeker kullanımı	Evet	219	0.925 (0.427 - 2.101)
	Hayır	70	1.000
Sigara kullanımı	Evet	27	0.947 (0.427 - 2.101)
	Hayır	262	1.000
BKİ (Beden Kitle İndeksi)	Zayıf ve Normalin altında olanlar	62	1.223 (0.585 - 2.555)
	Normal	174	1.085 (0.584 - 2.016)
	Hafif şişman ve Şişman	53	1.000

* p< 0,05

** Ağız- diş muayenesi sonucunda elde edilen verilerdir.

Tablo 4.15. Kötü DMFT İndeksine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi (Çoklu Analiz)

Değişkenler		n	O.R.(% 95 CI)
Sınıf	1. ve 2. sınıf	131	1.000
	3. 4. ve 5. Sınıf	158	1.563 (0.933 - 2.616)*
Diş fırçasını değiştirme sıklığı	0-3 ay arayla	160	1.000
	4 ay ve üzeri	129	1.943 (1.197 - 3.154)*
Diş ipi kullanımı	Evet	109	1.978 (1.204 - 3.249)*
	Hayır	180	1.000
Ortodontik problem bulunma durumu	Evet	107	1.686 (1.027 - 2.770)*
	Hayır	182	1.000

* p<0,05

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi DMFT indeksini etkileyebileceği düşünülen anne sütünün alımı, sistemik bir rahatsızlığın varlığı, öğün sayısı, öğün atlama, ara öğün alma, şekerli besin sonrası diş temizliği, sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırma, diş hekimine kontrole gitme sıklığı, diş fırçalama sıklığı, protez bulunma durumu, diş teli bulunma durumu, diş eti bulunma durumu, implant bulunma durumu, kepekli ekmek tüketimi, ciklet çiğneme, sigara kullanımı, çay ve kahvede şeker kullanımı, bki gibi değişkenlerin etkisi bulunamamıştır. Diş ipi kullanımı kötü DMFT indeksi riskini kullanmayanlara göre 1.951 kat, ortodontik problemin varlığı olmayanlara göre 1.728 kat artırmaktadır. Diş fırçasını 4 ay ve üzeri aralıkla değiştirenlerde kötü DMFT indeksi riski 0-3 ay arayla değiştirenlere göre 1.771 kat artmaktadır (p<0,05).

Etkisi anlamlı bulunan değişkenler çoklu lojistik regresyon analizine alındığında; öğrencilerin 3, 4 ve 5. sınıfta olması kötü DMFT indeksi riskini 1 ve 2. sınıfta olanlara göre 1.563 kat artırmaktadır. Diş fırçasını değiştirme sıklığının 4 ay ve üzeri olması kötü DMFT indeksi riskini 0-3 ay arayla değiştirenlere göre 1.943 kat, diş ipi kullanma durumunun kötü DMFT indeksi riskini kullanmayanlara göre 1.978 kat, ortodontik problemin bulunma durumunun ise kötü DMFT indeksi riskini bulunmayanlara göre 1.686 kat artırdığı bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Cinsiyet								
Erkek	1 (0-3) ^a	119	0 (0-1)	119	2 (0-4)	119	4 (3-7)	119
Kadın	1 (0-2) ^b	70	0 (0-1)	70	2 (0-4)	70	4 (2-7)	70
	Mann W. U = 8639.50 p= 0.027 *		Mann W. U = 10263.00 p= 0.810		Mann W. U = 10468.00 p=0.607		Mann W. U = 9379.50 p=0.291	
Yaş grupları								
18 yaş ve altı	2 (0-3) ^a	34	0 (0-1)	34	2 (0-4) ^a	34	4 (2-7)	34
19-22 yaş arası	1 (0-3) ^{ab}	217	0 (0-1)	217	0.5 (0-2) ^b	217	4 (1-5)	217
23 yaş ve üzeri	0 (0-2) ^b	38	0 (0-1)	38	4 (2-6) ^c	38	5 (3-8)	38
	K.W. H= 6.523 p=0.038 *		K.W. H = 0.418 p= 0.811		K.W. H = 20.530 p< 0.001 *		K.W. H = 4.734 p= 0.093	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Sınıflar								
1.sınıf	1.5 (0-3)^a	86	0 (0-1)	86	1 (0-2)^a	86	3.5 (2-5)^{ab}	86
2.sınıf	0 (0-2)^{ab}	45	1 (0-1)	45	1 (0-2.25)^{ab}	45	4 (2-6)^{be}	45
3.sınıf	1 (0-3)^{ab}	76	0 (0-1)	76	2 (1-5)^{bc}	76	4 (3-8)^{ce}	76
4.sınıf	1 (0-2.75)^{ab}	47	0 (0-1)	47	2 (0-5.75)^{bd}	47	5 (3-7.75)^{de}	47
5.sınıf	0 (0-1)^b	35	0 (0-1)	35	4 (2-6)^{cd}	35	5 (3-8)^e	35
	K.W. H = 11.740		K.W. H = 3.917		K.W. H = 35.881		K.W. H = 13.504	
	p= 0.019 *		p= 0.417		p< 0.001 *		p=0.009 *	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Yaşadığı Bölge								
İç Anadolu Bölgesi	1 (0-3)	130	0 (0-1)	130	2 (0-4)	130	5 (3-6)	130
Marmara Bölgesi	1 (0-2)	28	0.5 (0-2)	28	2 (0-5.5)	28	4 (2-8.5)	28
Ege Bölgesi	2 (0.75-3.25)	9	0 (0-1)	9	0 (0- 4.5)	9	4 (2.5-9.5)	9
Akdeniz Bölgesi	0 (0-2)	53	0 (0-1)	53	2 (0-3.25)	53	4 (2-7)	53
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	0 (0-2.5)	12	0 (0-0)	12	0.5 (0-2)	12	1.5 (0-4)	12
Doğu Anadolu Bölgesi	1.5 (0-3)	36	0 (0-1)	36	2 (1-4)	36	4 (3-6)	36
Karadeniz Bölgesi	0 (0-2.5)	13	0 (0-0.5)	13	2 (0-3)	13	4 (2-6.25)	13
Ülke dışında	0 (0-1)	8	0.5 (0-1.5)	8	1.5 (0.5-2)	8	2.5 (1.5- 3)	8
	K.W. H =8.201 p= 0.315		K.W. H = 8.360 p= 0.302		K.W. H = 6.270 p= 0.509		K.W. H = 11.801 p= 0.135	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan(25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Kaldığı Yer								
Ailesi ile aynı evde	1 (0-3)	80	0 (0-1)	80	2 (0-4)	80	5 (2.5-7)	80
Arkadaşları ile aynı evde	0 (0-2)	127	0 (0-1)	127	2 (0.25-4)	127	4 (2.25-6)	127
Devlet yurdunda	1 (0-2)	22	0 (0-1)	22	2 (1-4)	22	4 (3-8)	22
Özel yurttta	1 (0-3)	46	0 (0-1)	46	1 (0-4)	46	4 (2-7)	46
Diğer	1 (0-3)	14	0 (0-1)	14	0.5 (0-1)	14	3 (1-4 9	14
	K.W. H = 5.135 p= 0.274		K.W. H = 0.629 p= 0.960		K.W. H = 8.344 p=0.080		K.W. H = 4.224 p=0.376	
Annenin eğitim durumu								
Liseden az	1 (0-3)	165	0 (0-1)	165	2 (0-4)	165	4 (2-7)	165
Lise ve üstü	1 (0-2)	124	0 (0-1)	124	2 (0-4)	124	4 (2-6)	124
	Mann W. U = 10861.50 p= 0.348		Mann W. U = 10649.50 p= 0.497		Mann W. U = 10099.50 p= 0.850		Mann W. U=10616.50 p=0.581	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan(25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	N
Babanın eğitim durumu								
Liseden az	2 (0-3)	74	0 (0-1)	74	2 (0-4)	74	5 (3-7)	74
Lise ve üstü	1 (1-0)	215	0 (0-1)	215	2 (0-4)	215	4 (2-6.75)	215
	Mann W. U = 7029.00 p= 0.118		Mann W. U = 7689.50 p=0.627		Mann W. U = 7776.50 p= 0.770		Mann W. U = 7208.50 p= 0.227	
Annenin çalışma durumu								
Çalışan	1 (0-2)	43	0 (0-1.75)	43	2 (0-4)	43	4 (2-7)	43
Çalışmayan	1 (0-3)	246	0 (0-1)	246	2 (0-4)	246	4 (2-6)	246
	Mann W. U = 5161.00 p= 0.792		Mann W. U = 5266.50 p= 0.960		Mann W. U = 5030.50 p= 0.603		Mann W. U = 4893.00 p= 0.432	
Kardeş sayısı								
2 ve daha az	1 (0-2)	102	0 (0-1)	102	2 (0-4)	102	5 (2-7)	102
3 ve daha fazla	1 (0-3)	187	0 (0-1)	187	2 (0-4)	187	4 (2-7)	187
	Mann W. U = 9335.50 p= 0.757		Mann W. U = 8729.50 p= 0.176		Mann W. U = 9372.50 p= 0.805		Mann W. U = 8923.00 p= 0.364	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan(25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Kaçınıcı çocuk								
1. ve 2. çocuk	1 (0-2)	222	0 (0-1)	222	2 (0-4)	222	4 (2-6)	22
3. ve daha sonra	1 (0-3)	67	0 (0-1)	67	2 (0-5)	67	4 (3-8)	7
	Mann W. U =7342.00 p= 0.869		Mann W. U = 6946.50 p= 0.352		Mann W. U = 6740.50 p= 0.236		Mann W. U = 6779.00 p= 0.270	
Aile tipi								
Çekirdek aile	1 (0-3)	49	0 (0-1)	49	2 (0-4)	49	4 (2-7)	49
Geniş ve parçalanmış aile	1 (0-2.5)	40	0 (0-1)	40	2 (1-4)	40	4 (2- 6.5)	40
	Mann W. U =5357.00 p= 0.422		Mann W. U = 5189.00 p= 0.628		Mann W. U = 4744.50 p= 0.625		Mann W. U = 5126.50 p= 0.765	

Tablo 4.16. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan(25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Ekonomik durumu								
İyi	1 (0-2)	92	0 (0-1)	92	2 (0.5-4.5)	92	4 (2-7)	92
Orta	1 (0-2)	178	0 (0-1)	178	2 (0-4)	178	4 (3-6)	178
Düşük	2 (0-3)	19	0 (0-1)	19	1 (0-3.75)	19	4 (2.25-7.75)	19
	K.W. H = 2.352 p=0.309		K.W. H = 0.377 p= 0.828		K.W. H = 2.334 p= 0.311		K.W. H = 0.179 p= 0.914	
Yaşadığı yer								
Büyükşehir ve şehir	1 (0-2)	217	0 (0-1)	217	2 (0-4)	217	4 (2-7)	217
İlçe ve kasaba	1 (0-3)	72	0 (0-1)	72	2 (0-3)	72	4 (3-6)	72
	Mann W. U = 7204.00 p= 0.301		Mann W. U = 7922.0 p=0.839		Mann W. U = 8089.50 p= 0.646		Mann W. U = 7842.00 p= 0.962	

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi erkek ve kadınların çürük diş ortancaları 1, 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla 0-3 ve 0-2 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yine 18 yaş ve altının çürük diş ortancası 2 ve 23 yaş ve üzerinin ise 0 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 18 yaş ve altı, 19-22 yaş ve 23 ve üzeri yaş gruplarının dolgu diş ortancaları sırasıyla 2, 0.5 ve 4 olup bütün gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sınıflara göre öğrencilerin çürük diş ortancalarına bakıldığında 1.sınıf öğrencilerdeki çürük diş ortancası 5. sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sınıflara göre dolgu diş ortancaları sırasıyla 1, 1, 2, 2 ve 4 olup 1. sınıf ile 3, 4, 5. sınıf arasında 2. sınıf ile 5 sınıf arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Birinci sınıftaki öğrencilerin DMFT ortancası 3,5, 3. sınıfta 4 iken, 4. sınıfta 5 ve 5. sınıfta 5 olarak bulunmuş olup, 1. sınıf ve 3., 4., 5. sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin yaşadığı bölge, kaldığı yer, annesinin eğitim durumu, babasının eğitim durumu, annesinin çalışma durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, aile tipi ve ekonomik durumuna göre çürük, eksik, dolgu diş ve DMFT ortancalarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Şekerli besin sonrası diş temizliği								
Evet	1 (0-2)	244	0 (0-1)	244	2 (0-4)	244	4 (2-7)	244
Hayır	1 (0-3)	45	0 (0-1)	45	1 (0-3)	45	3 (2-6)	45
	Mann W. U = 5048.50 p= 0.370		Mann W. U = 6180.50 p= 0.127		Mann W. U = 6115.50 p= 0.216		Mann W. U = 6121.00 p= 0.219	
Sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırma								
Evet	1 (0-3)	141	0 (0-1)	141	2 (0- 3)	141	4 (2-6)	141
Hayır	1 (0-2)	148	0 (0-1)	148	2 (0-5)	148	5 (3-7)	148
	Mann W. U = 9465.50 p= 0.154		Mann W. U =11035.50 p= 0.335		Mann W. U = 11951.50 p= 0.029 *		Mann W. U= 11618.50 p= 0.094	
Diş hekimine kontrole gitme sıklığı								
Hiç gitmeyen	1 (0-3)	83	0 (0-1)	83	1 (0-3) ^a	83	4 (2-6) ^a	83
1-12 ay arayla giden	1 (0-2)	192	0 (0-1)	192	2 (0-4) ^b	192	4 (3-7) ^b	192
13 ay ve üzeri	1 (0-2)	14	0 (0-1)	14	1.5 (1-2) ^{ab}	14	3 (1-6) ^{ab}	14
	K.W. H = 1.873 p= 0.392		K.W. H = 2.619 p= 0.270		K.W. H = 9.146 p=0.010 *		K.W. H = 6.492 p= 0.039 *	

Tablo 4.17. (Devamı) Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Diş ipi kullanımı								
Evet	1 (0-2) ^a	109	0 (0-1)	109	3 (1- 6) ^a	109	5 (3-8) ^a	109
Hayır	1 (0-3) ^b	180	0 (0-1)	180	1 (0-3) ^b	180	4 (2-6) ^b	180
	Mann W. U = 11343.50 p= 0.020 *		Mann W. U = 9602.00 p= 0.731		Mann W. U = 6628.0 p< 0.001 *		Mann W. U = 7513.50 p< 0.001*	
Diş eti problemi								
Evet	1 (0-3)	93	0 (0-1)	93	2 (0-4)	93	5 (2-6)	93
Hayır	1 (0-2 9	196	0 (0-1)	196	2 (0-4)	196	4 (2-7)	196
	Mann W. U = 9103.50 p= 0.987		Mann W. U = 9818.00 p= 0.227		Mann W. U = 8954.00 p= 0.806		Mann W. U = 9079 p= 0.958	
Diş fırçalama sıklığı								
Günde 1 kez	2 (0-3) ^a	83	0 (0-1)	83	1 (0-3)	83	4 (3-7)	83
Günde 2 kez ve daha fazla	1 (0-2) ^b	206	0 (0-1)	206	2 (0-4)	206	4 (2-7)	206
	Mann W. U = 6762.50 p= 0.004 *		Mann W. U = 8748.50 p= 0.724		Mann W. U = 9585.00 p= 0.100		Mann W. U = 8286.00 p= 0.681	

Tablo 4.17. (Devamı) Öğrencilerin Diş Sağlığına İlişkin Bazı Davranış ve Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Diş fırçasını değiştirme sıklığı								
0-3 ay arayla	1 (0-2)^a	160	0 (0-1)	160	1 (0-4)	160	4 (2-6)	160
4 ay ve üzeri	1 (0-3)^b	129	0 (0-1)	129	2 (0-4)	129	5 (3-7)^b	129
	Mann W. U = 8828.50 p= 0.027 *		Mann W. U = 9820.00 p= 0.421		Mann W. U = 9118.50 p= 0.083		Mann W. U = 8291.00 p= 0.004	

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi öğrencilerden sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kıran ve kırmayanlarda dolgulu diş ortancası 2 olup 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla 0-3 ve 0-5 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Diş hekimine kontrole hiç gitmeyenlerde dolgulu diş ortancası 1, 1-12 ay arayla gidenlerde ise 2 olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diş hekimine kontrole hiç gitmeyenlerde ve 1-12 ay arayla gidenlerde DMFT ortancası 4 olup 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla 2-6 ve 3-7 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Diş ipi kullananların ve kullanmayanların çürük diş ortancası 1 olup 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla 0-2 ve 0-3 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diş ipi kullananların dolgulu diş ortancası 3 ve kullanmayanların ise 1 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diş ipi kullananların DMFT ortancası 5 ve kullanmayanların ise 4 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Günde 1 kez diş fırçalayanların çürük diş ortancası 2 ve günde 2 kez ve daha fazla diş fırçalayanların ise 1 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diş fırçasını 0-3 ay arayla ve 4 ay ve üzeri aralıklarla değiştirenlerin çürük diş ortancası 1 olup 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla 0-2 ve 0-3 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diş fırçasını 0-3 ay arayla değiştirenlerin DMFT ortancası 4 ve 4 ay ve üzeri aralıklarla değiştirenlerin ise 5 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Şekerli besin sonrası yapılan diş temizliği yapma ve diş eti problemi bulunma durumuna göre çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancalarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Anne sütü								
Evet	1 (0-2)	277	0 (0-1)	277	2 (0-4)	277	4 (2-7)	277
Hayır	1.5 (0-3.5)	12	0 (0-1.5)	12	1 (0.5-2)	12	3.5 (1-7)	12
	Mann W. U = 1416.00 p= 0.365		Mann W. U = 1627.50 p= 0.891		Mann W. U =1943.00 p= 0.313		Mann W. U = 1831.00 p= 0.549	
Günlük öğün sayısı								
3 öğünden az	1 (0-2)	43	0 (0-1)	43	2 (0-4)	43	4 (2-6)	43
3 öğün	1 (0-3)	221	0 (0-1)	221	2 (0-4)	221	4 (2-7)	221
3 öğünden fazla	1 (0-2)	25	0 (0-1)	25	2 (0-3.25)	25	3 (2.-5.5)	25
	K.W. H = 0.817 p= 0.665		K.W. H = 2.608 p= 0.271		K.W. H = 0.223 p= 0.894		K.W. H = 1.203 p= 0.548	

Tablo 4.18. (Devamı) Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Öğün atlama								
Atlamayan	1 (0-2 9	87	0 (0-1)	87	2 (0-3.75)	87	4 (3-6)	87
Atlayan	1 (0-3)	202	0 (0-1)	202	2 (0-4)	202	4 (2-7)	202
	Mann W. U = 8906.00 p= 0849		Mann W. U = 9703.50 p= 0.109		Mann W. U = 8755.00 p= 0.961		Mann W. U = 8864.00 p= 0.906	
Ara öğün alma								
Evet	1 (0-2)	226	0 (0-1)	226	2 (0-4)	226	4 (2-7)	226
Hayır	2 (0-3 9	63	0 (0-1)	63	2 (0-3.75)	63	4 (3-6)	63
	Mann W. U = 6159.00 p= 0.087		Mann W. U = 7173.50 p= 0.917		Mann W. U =7644 p= 0.362		Mann W. U = 6971.00 p= 0.800	
Kepekli ekmek tüketimi								
Evet	1 (0-2)	128	0 (0-1)	128	2 (0-4)	128	4 (2-7)	128
Hayır	1 (0-3)	161	0 (0-1)	161	2 (0-4)	161	4 (3-6)	161
	Mann W. U = 11415.50 p= 0.099		Mann W. U = 9512.00 p= 0.202		Mann W. U = 10136.00 p= 0.809		Mann W. U = 10245.00 p= 0.934	

Tablo 4.18. (Devamı) Öğrencilerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Çiklet çiğneme								
Evet	1 (0-3)	256	0 (0-1)	256	2 (0-4)	256	4 (2-6)	256
Hayır	1 (0-2)	33	0 (0- 1.25)	33	1 (0-6.25	33	4 (2-9)	33
	Mann W. U = 4675.50 p= 0.296		Mann W. U = 3775.50 p= 0.238		Mann W. U = 4044.00 p= 0.685		Mann W. U = 4083.00 p= 0.755	
Çay ve kahvede şeker kullanımı								
Evet	1 (0-3)	219	0 (0-1)	219	2 (0-4)	219	4 (2-7)	219
Hayır	1 (0-2)	70	0 (0-1)	70	2 (0-5)	70	4 (2-6)	70
	Mann W. U = 8374.50 p= 0.223		Mann W. U = 8533.00 p= 0.105		Mann W. U = 6916.00 p= 0.210		Mann W. U = 7838.50 p= 0.775	
Sigara kullanımı								
Evet	1 (0-2.75)	27	0 (0-1)	27	2 (0.25-4)	27	4 (3-6)	27
Hayır	1 (0-3)	262	0 (0-1)	262	2 (0-4)	262	4 (2-7)	262
	Mann W. U = 3699.00 p= 0.683		Mann W. U = 3804.00 p= 0.463		Mann W. U = 3254.50 p= 0.487		Mann W. U = 3547.50 p= 0.981	

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin özelliklerine göre çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancalarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.19. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre Çürük, Eksik, Dolgulu Diş ve DMFT Ortancaları

Özellikler	Çürük diş		Eksik diş		Dolgulu diş		DMFT	
	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n	Medyan (25p.- 75p.)	n
Beden kitle İndeksi								
Zayıf ve normalin altı	1 (0-2)	62	0 (0-1)	62	2 (1-4)	62	4 (2-7)	62
Normal	1 (0-3)	174	0 (0-1)	174	2 (0-4)	174	4 (2-6)	174
Hafif şişman ve şişman	2 (0-3)	53	0 (0-1)	53	1 (0-3)	53	4 (3-7)	53
	K.W. H = 2.898 p= 0.235		K.W. H = 0.387 p= 0.824		K.W. H = 4.174 p=0.124		K.W. H = 0.436 p= 0.804	

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi öğrencilerin beden kitle indeksine göre çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancalarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması $20,66 \pm 1,66$ yıldır. Araştırmamızda öğrencilerin %75,1'inin 19-22 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Dış Hekimliği Fakültesi öğrencileri üzerinde Kara ve arkadaşlarının (23) yaptığı çalışmada öğrencilerin yaş ortalamasını $20,03 \pm 1,18$ yıl, Uskun ve arkadaşları da (71) $21,35 \pm 1,9$ yıl bulmuştur. Çalışma grubumuzun yaş ortalamasının diğer çalışmalarla benzerlik göstermesi araştırmaların üniversite öğrencileri üzerinde yapılmasından kaynaklanmaktadır ve yapılan çalışmalara bakıldığında öğrencilerin yaş ortalaması ülkemizdeki yüksek öğrenim gençliğinin genel profilini yansıtmaktadır.

Evrenimizin %47,1'i erkek, %52,9'u kadın olup araştırmaya katılan öğrencilerin %41,2'si erkek ve %58,8'i kadındır. Araştırmaya katılımın kız öğrencilerde yüksek olması, evrende kız öğrenci sayısının fazla olmasına bağlı olabilir.

Öğrencilerin %45'inin okula başlamadan önce İç Anadolu Bölgesinde yaşadığı saptanmıştır. Saraçoğlu ve arkadaşlarının (27) Ege Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun Ege Bölgesinde yaşadığı belirlenmiştir, bu durum çalışmanın yapıldığı üniversitenin bulunduğu bölge ile ilişkili olabilir.

Öğrencilerin %43,9'u arkadaşlarıyla, %27,7'si ailesiyle, %15,9'u ise özel yurttta kaldığını ifade etmiştir. Tamer (72) ise Hacettepe, Ankara ve Gazi üniversitelerinde

yaptığı çalışmada öğrencilerin %29'unun arkadaşlarıyla, %28'inin ailesiyle ve %23,3'ünün de devlet yurdunda kaldığını saptamıştır. Bu durum öğrencilerin ekonomik durumları ve şehrin öğrenci yurdu olanaklarından kaynaklanabilir.

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre ekonomik durumlarına bakıldığında %61,6'sı orta, %30,8'i ise iyi olduğunu belirtmiştir. Göksoy'un (73) Adnan Menderes Üniversitesi'nde okuyan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin sosyo-ekonomik durumlarının alt orta grupta olduğunu tespit etmiştir. Öğrencilerin anne babalarının eğitim düzeylerine ve çalışma durumlarına ilişkin veriler sosyokültürel düzeyi orta olan ailelerden geldiğini göstermektedir. Öğrencilerin bölüm seçiminde ailesinin ekonomik durumu, okuduğu bölümün statüsü gibi kavramlar etken gibi görünmesine rağmen, Erol ve arkadaşları (74) yaptıkları çalışmada ailenin ekonomik durumunun bölüm seçiminde önemli bir etken olmadığını kanıtlamışlardır.

Öğrencilerin %86,2'si ailelerinin yapısını çekirdek ve %1,4'ü ise parçalanmış aile şeklinde belirtmişlerdir. Göksoy'un (73) Adnan Menderes Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada öğrenciler ailelerinin yapısını ağırlıklı olarak çekirdek aile (%84,1) ve parçalanmış aile (%7) şeklinde belirtmişlerdir, çekirdek aile yapısı bizim araştırmamızla benzerlik göstermekte fakat parçalanmış aile sayısı bizim çalışmamızda daha az düzeyde bulunmuştur.

Anne sütü ile beslenmenin çürük diş sayısını azalttığını epidemiyolojik çalışmalar ortaya koymuştur (10,61). Öğrencilerin %95,8'i anne sütü almıştır, anne sütü ile beslenme süresi ortalaması $12,4 \pm 7,7$ aydır (Tablo 4.2). TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde ortalama emzirilme oranı %96,7'dir (75). TNSA 1988 verilerine göre ülkemizde ortalama emzirme süresi 10,9 ay (76) ve TNSA 1993 verilerine göre ortalama emzirilme oranı %95,2, emzirilme süresi ise 11,9 aydır (10,77). Öğrencilerin doğum dönemlerinin TNSA verilerine bakıldığında anne sütü alım süreleri benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda anne sütü almanın kötü DMFT riski (Tablo 4.14.), çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancaları (Tablo 4.18) üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Bakıcı'nın (78) çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada çocuğun anne sütü ile beslenme ve çürük ve dolgulu diş yüzeyi (decayed and filled survey - dfs) verileri arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Vücudun biyolojik dengesini sağlamada ve organları korumada, yemeklerin tüketim sıklığı ile öğünlere düşen enerji ve besin öğelerinin miktarı ve birbirlerine göre oranı

çok etkili rol oynamaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme için günde en az 3 öğün besin tüketilmelidir (2,10). Öğrencilerin %76,5'i günde üç öğün (kahvaltı, öğle ve akşam) yemek yediklerini belirtirken, %14,9'u üç öğünden az, %8,7'si üç öğünden fazla yemek yediğini belirtmiştir ve öğün sayısı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.6.). Kara ve arkadaşları (23) yaptığı çalışmada öğrencilerin %54,9'unun ana öğünlerini düzenli aldığını saptamıştır ve bizim araştırmamızdakine benzer şekilde cinsiyetler arasında fark saptanamamıştır. Mazıcıoğlu ve Öztürk (79) Erciyes Üniversitesi 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada günde üç öğün yemek yiyen öğrenci oranını %48,9, üç öğünden az %24,8, üç öğünden fazla yiyenlerin oranını ise %26,1 olarak tespit etmişlerdir. Araştırmamızda günde 3 öğün yemek yiyenlerin oranının diğer araştırma gruplarına göre daha yüksek bulunması Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin sağlık konusunda aldıkları eğitimden kaynaklanabilir.

Öğrencilerin %69,9'u öğün atladığını, en çok öğle öğününü (%50,5) atladıklarını ifade etmişlerdir. Yılmaz ve Özkan (80) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %90,3'ünün öğün atladığını, en fazla atlanan öğünün %65,8 ile öğle öğünü olduğunu saptamışlardır, bu sonuç araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda öğrenciler öğle öğününden sonra en fazla kahvaltı öğününü (%44,1) atladıklarını ifade etmişlerdir. Günün en önemli öğünü olan kahvaltının, yaş ve eğitim düzeyi arttıkça yaşanan yoğunluğa bağlı atlanılan bir öğün haline geldiği söylenebilir. Oysa fiziksel büyüme ve gelişmenin yanı sıra okul başarısına etkisi olduğu kanıtlanan kahvaltının önemi konusunda, adolesanların davranış eksikliği olduğu görülmektedir (4). Akçam Oluk ve arkadaşlarının (19) yaptığı çalışmada öğrencilerin en fazla sabah ve en az akşam öğünlerini atladıklarını saptamıştır. Özmen ve arkadaşları (4) lise öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada her gün düzenli kahvaltı alışkanlığı yapmama oranını %34 olarak saptamıştır.

Öğrencilerin %78,2'si ara öğün aldığını ifade etmiştir ve ara öğün alanların %45,6'sı ikindi (öğle-akşam arası) zamanında aldığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda, ana öğünlerin atlanması halinde bireylerin ara öğünlerde şekerden zengin yiyecekleri tercih ettiği ve bu durumun diş çürüğü oluşum riskini artırdığı tespit edilmiştir (23). Öğrencilerin ara öğünlerinde aldıkları besinler arasında en sık şeker, çikolata tüketenlerin oranı %52,9'dur ve bu oran kadınlarda erkeklere göre daha yüksek

bulunmuştur, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.7.). Akıncı'nın (81) ilköğretim öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada şeker tüketimi ile çürük ve dolgulu diş sayıları arasında bağlantı saptanmamıştır. Araştırmamızda süt, yoğurt gibi kariyostatik gıdalar ise ara öğünlerde en sık tüketilen gıdalar arasında beşinci sırada yer almaktadır (Tablo 4.7.).

Öğrenciler günlük beslenmede %21,5'i sütü, %17'si yoğurdu ve %8,7'si ayranı ve %65,4'ü peyniri her gün en az bir kez tükettiklerini ifade etmişlerdir. Güleç ve arkadaşları (82) yaptığı çalışmada öğrencilerin kahvaltıda ve diğer öğünlerde süt tüketiminin düşük olduğunu, gençlerin ara öğünlerinde ise hiç süt ve ürünlerini tüketmediklerini saptamıştır, bu sonuçlar araştırmamızda elde ettiğimiz bulgu ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada asitli içeceklerin çürük oluşumunu olumsuz bir şekilde etkilediği bildirilmiştir (83). Çay ve kahvenin yapısında bulunan tanin maddesi bu içeceklerin çürük yapıcı etkisini azaltmakla birlikte, bu içeceklere şeker eklendiğinde bu etki tersine dönmektedir (23). Çalışmamızda çay (%89,6) her gün en az bir kez tüketilirken, kahve (%66,8), asitli- gazlı içecekler (%75,4) ve meyve suları (%72) gün aşırı ve daha seyrek tüketilmektedir. Öğrencilerin %75,8'i çay ve kahvede şeker kullandıklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin çay ve kahvede şeker kullanımının kötü DMFT indeksi riski (Tablo 4.14.) ve çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancası (Tablo 4.18.) üzerine bir etkisi bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tam tahıl taneleri koruyucu özelliğe sahip olup yeme sırasında fazla çiğnemeyi gerektirir; bu da tükürük salgısının artmasına neden olur ki bu durum diş sağlığı açısından faydalıdır (10). Öğrencilerin % 44,3'ü beyaz ekmek yerine kepekli ekmek tükettiklerini ifade etmişlerdir. Kepekli ekmek tüketiminin yarıya yakın olması olumlu bir durumdur, ancak kepekli ekmek tüketiminin kötü DMFT indeksi riski (Tablo 4.15) ve çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancası (Tablo 4.18.) üzerine bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öğrencilerin boy uzunlukları ortalaması $169,8\pm 8,53$ cm, ağırlık ortalamaları $65,3\pm 12,4$ kg.'dır. Yine BKİ ortalaması $22,4\pm 3,03$ olup, %60,2'si normal ağırlıktadır. Ağırlığı normalin altında olan kadınların oranı erkeklerden, hafif şişman ve şişman olan erkeklerin oranı da kadınlardan yüksektir ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). BKİ ortalamasının kötü DMFT indeksi riski (Tablo

4.14.) ve çürük, eksik, dolgulu diş ve DMFT ortancası üzerine bir etkisine rastlanmamıştır.

Çürük oluşumunun engellenmesi için ara öğünlerde şeker alımının azaltılması ve ağız bakımının iyi bir seviyede tutulması gerekmektedir (4,5). En önemli ağız hijyen alışkanlığı dişlerin florür içeren bir macunla günde iki kez düzenli olarak fırçalanmasıdır (23). Diş hekimleri diş fırçalama sıklığını günde en az iki kez olarak önermektedir (24,53). Çalışmamızda diş fırçalama alışkanlıklarına bakıldığında öğrencilerin tamamının düzenli şekilde dişlerini fırçaladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %71,3'ü dişlerini günde 2 kez ve daha sık fırçaladığını ifade etmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin %69,6'sı günde en az 2 kez diş fırçaladığını belirtmiştir (23). Şimşek (84) on birinci sınıflarda yaptığı bir çalışmada okul ve cinsiyete göre ağız- diş sağlığı özelliklerini incelemiştir ve grubu oluşturanların %93'ünün dişlerini fırçaladıklarını, %59,1'inin ise günde 2 kez fırçaladıklarını bulmuştur. Kara ve arkadaşları da (23) Diş Hekimliği öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %84,5'inin günde 2 veya 3 kez dişlerini fırçaladıklarını saptamıştır. Günde en az bir kere dişlerini fırçalayan öğrencilerin oranı ise %98,6 olarak saptanmıştır. Doğan ve arkadaşları (85) Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %76'sının günde 2 kez veya daha fazla dişlerini fırçaladığını tespit etmişlerdir. Çetinkaya'nın (86) ilkokul öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %50,3'ünün dişlerini günde 2 kez ve daha fazla fırçaladığını saptamıştır. Yapılan çalışmaların bulgularına bakıldığında, Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin dişlerini günde 2 kez ve daha fazla fırçalayanların oranının daha yüksek olduğu görülmektedir, kuşkusuz ki diş hekimliği fakültesi öğrencisi olmalarının buna etken olduğu düşünülebilir.

Diş fırçalama sıklığı günde bir kez olan öğrencilerde çürük diş ortancası günde iki ve daha fazla fırçalayanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.17.). Bu durum diş fırçalama sıklığının çürük önleyici etkisini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda kadınların erkeklerden daha sık diş fırçaladığı saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 4.8.). Göksoy'un (73) yaptığı çalışmada diş fırçalama alışkanlıklarını değerlendirdiklerinde kız öğrencilerin erkeklere göre anlamlı düzeyde daha sık diş fırçalamakta olduklarını saptamıştır. Doğan ve arkadaşları (85) yaptığı çalışmada kız öğrencilerin erkek

öğrencilerden 1/3 oranında daha fazla diş fırçaladığı sonucuna varmıştır, aynı zamanda Ürdün Üniversitesinde yapılan bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları da bunlara benzerlik göstermektedir, bu durum kız öğrencilerin diş görünüşlerine daha fazla önem vermelerinden kaynaklanabilir. Araştırma grubumuzda kız öğrencilerin çürük diş ortancasının erkeklere göre daha düşük bulunması kız öğrencilerin daha sık diş fırçalaması ile ilişkili olabilir. Diş fırçalama sıklığının günde 2 kez ve daha fazla olanlarda çürük diş sayısı ortancasının daha düşük bulunması (Tablo 4.17.) bu bulguyu desteklemektedir.

Öğrencilerin %84,4'ü şekerli besinlerden sonra diş temizliği yaptığını ifade etmiştir. Diş temizliğini; ağız su ile çalkalama, diş fırçalama ve diğer seçeneğinde de ciklet çiğneme olarak belirtmişlerdir.

Yapılan klinik çalışmalarda, şekerli ciklet çiğneme alışkanlığının diş çürüğünün engellenmesinde etkili olduğu saptanmıştır, yemeklerden sonra çiğnenen şekerli ya da tatlandırıcı cikletlerin, diyetle alınan şekerlerin asidojenik etkilerini nötralize ettiği bilinmektedir (23), çalışmamızda öğrencilerin %88,6'sı ciklet çiğnediğini ifade etmiştir. Kara ve arkadaşları (23) yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %90,1'inin yemeklerden sonra ciklet çiğneme alışkanlığına sahip olduğunu saptamıştır, çalışmada ciklet çiğneme alışkanlığı ile DMFT değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, çalışmamızda da aynı durum söz konusudur.

Diş hekimleri ve periodontologlar, hastalarına genellikle her iki - üç ayda bir diş fırçalarını değiştirmelerini önerirler. Bunun nedeni, üç ay kullanılmış bir diş fırçasının plak kaldırmada yeni fırçadan daha az etkin olduğunun düşünülmesidir. Diş fırçasının kılları kullanıma bağlı olarak aşınır. Yapılan bazı çalışmalarda, diş fırçasının kıllarının aşınmasıyla plak kaldırma kapasitesinde değişiklik olduğu ve fırçanın yenilenmesi gerektiği gösterilmiştir (58). Çalışmamızda öğrencilerin diş fırçasını değiştirme sıklıklarına bakıldığında 0-3 ay arayla değiştirenlerin oranı %55,4 olup diş fırçasını değiştirme süresi 4 ay ve üzeri olan öğrencilerde DMFT indeksi ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Paşalı ve arkadaşlarının (58) yaptığı çalışmada diş fırçasını değiştirmek için en uygun zamanın kişiden kişiye değişeceği, 3 ay kullanılmış fırçaların etkinliğini kıyaslamada sadece premolar dişlerde çürük oranında azalma görüldüğünü belirtilmiştir. Tezel'in (87) ilkökul öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %40,8'inin diş fırçalarını 3 ayda bir değiştirdikleri saptanmıştır.

Yine diş fırçasını 4 ay ve üzeri aralıklarla değiştiren öğrencilerde çürük diş ortancası ve DMFT ortancası daha yüksek bulunmuştur. Bu durum diş fırçasını uygun aralıkla değiştirme sıklığının çürük önlemedeki etkisini ortaya koymaktadır.

Düzenli olarak 6 ayda bir diş hekimi kontrolüne gitmek diş çürüğü, diş eti hastalıklarının başlangıç veya erken aşamada tespitinde çok önemlidir (38). Çalışmamızda öğrencilerin % 41,9'u diş hekimine kontrole 6 ayda bir gittiklerini ifade etmişlerdir. Diş hekimine kontrole gitme sıklığının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Oysa ABD'de yapılan bir çalışmada, son 5 yıl içinde her yıl kontrol amacıyla diş hekimine gidenlerin yüzdesi %69,7 olup bu oran kadınlarda erkeklerden yüksek bulunmuştur (88). Türkiye'deki diş hekimliği hizmetlerinin incelendiği bir çalışmada, 20 yaş ve üstündeki kişilerde genel olarak grubun %1,6'sının düzenli diş hekimine gitme alışkanlığı olduğu belirtilmiştir (89). Araştırma grubumuzda 6 ayda bir diş hekimine kontrole gidenlerin oranının Türkiye'de 20 yaş ve üzeri nüfusta düzenli diş hekimine gidenlerin oranından yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık öğrencilerin Diş Hekimliğinde eğitim görmelerinden ve ağız-diş sağlığı konusunda aldıkları eğitimden kaynaklanabilir.

Araştırmamızda öğrencilerin diş hekimine gitme sıklıkları incelendiğinde sınıflar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). 1. sınıf öğrencilerinden diş hekimine kontrole 6 ayda bir gidenlerin oranı %25,6 iken üst sınıflara doğru çıkıldıkça bu oran artmaktadır ve 5. sınıf öğrencilerde %77,1 olarak belirlenmiştir. Bu durum öğrencilerin teorik olarak aldıkları eğitimi üst sınıflara geldikçe uygulamaya koyduklarını göstermektedir.

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu arttıkça diş hekimi kontrolüne uygun aralıkla gitme sıklığı artmaktadır fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Annelerinin meslek durumlarına bakıldığında; anneleri emekli ve memur olan öğrencilerden 6 ayda bir diş hekimine kontrole gidenlerin oranı ev hanımı ve işçi olanlardan yüksek bulunmuştur, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11.). Tezel'in (87) yaptığı çalışmada annelerinin eğitim düzeyi yüksek olan çocukların en iyi ağız hijyenine sahip olduğunu belirlenmiştir. Bu bulgular annelerin eğitim düzeyinin ve mesleğinin çocuklarını sağlıklı davranışlara yönlendirmekte önemli olduğunu göstermektedir.

Diş hekimine kontrole 1-12 ay arayla giden öğrencilerin dolgulu diş ortancası ve DMFT ortancası hiç gitmeyen öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18). Bu durum diş hekimine dolgu yaptırmak için sık gittiği veya kontrol amacıyla sık gitmenin diş hekiminin çürük dişleri erken teşhis etmesi ve dolgu yapma olasılığını artırması, dolgulu diş sayısının artmasının da DMFT indeksini yükseltmesi ile açıklanabilir.

Ağız bakımı konusunda, bilimsel kaynaklara ve çalışmalara bakıldığında düzenli ve yeterli bir ağız bakımı için en azından günde 2 kez dişlerin fırçalanması ve günde 1 kez diş aralarının diş ipi ile temizlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (19,45). Doğan ve arkadaşlarının (85) diş hekimliği öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %28'inin her gün düzenli diş ipi kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin %37,7'si diş ipi kullandığını belirtmektedir. Diş ipi kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre çürük diş ortancası daha düşük, dolgulu diş ve DMFT indeksi ortancası ise daha yüksek bulunmuştur. Diş ipi kullanımının çürük diş ortancasını azaltması beklenen bir durumdur. Diş ipi kullanan öğrencilerin dolgulu diş ortancasının fazla olması öğrencilerin sağlıklı dişlerini korumaya yönelik olarak ağız sağlığına daha fazla önem vermelerinden veya dolgu sonrası diş ipi kullanmasının gerekli olduğu önerisini aldığından kaynaklanabilir.

Dişlerle fındık, ceviz gibi sert cisimler kırmak diş minesinin çatlamasına ve bakterilerin etkisinin artmasına neden olur. Diş minesinin koruyucu etkisi ortadan kalkar (38). Öğrencilerin %48,8'i sert kabuklu yiyecekleri dişleri ile kırmaktadır. Bu konuda diş hekimliği öğrencilerinin ağız-diş sağlığı konusunda aldıkları eğitimi, davranışlarına yansıtılmaları dikkat çekicidir. Sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırmak kötü DMFT indeksi riski açısından anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14.). Ayrıca sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırmayanların dolgulu diş ortancaları kıranlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18.). Bu durum öğrencilerin dolgulu dişlerinin zarar görmemesi amacıyla önlem almalarını düşündürebilir.

Öğrencilerin kendi ifadelerine ve ağız muayenesi sonuçlarına göre %6,9'unun diş protezi bulunmaktadır. Kendi ifadelerine göre öğrencilerden %11,8'i halen devam eden bir diş eti problemi olduğunu ifade etmiştir, fakat ağız muayenesi sonucunda %24,6'sının diş eti problemi olduğu saptanmıştır. Öğrenciler tarafından fark edilmeyen ağız sağlığı problemlerinin muayene sonucunda belirlenmesi ağız muayenesinin ne

denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ağız muayenesi sonucunda öğrencilerin %2,8'inin implant dişi, %7,6'sının diş teli ve %37'sinin ise ortodontik problemi bulunduğu görülmüştür. Ortodontik problem bulunmasının kötü DMFT riskini artırdığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.15.), bu durum çapraşık dişlerin yeterince etkili fırçalanmadığı ve oklüzal yüzeylere yeterli bakımın verilmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin DMFT indekslerine bakıldığında erkek öğrencilerin DMFT indeksi ortalaması $5,02\pm3,49$, kız öğrencilerininki ise $4,67\pm3,52$ olarak saptanmıştır. Bu değerler kabul edilebilir sınırlar içindedir (23). Kara ve arkadaşları (23) yaptıkları çalışmada öğrencilerin DMFT indeksi ortalamasını 5,06 olarak saptamışlardır. Yapılan diğer çalışmalar göz önüne alındığında; İngiltere'de birinci yıl diş hekimliği öğrencilerinde DMFT değeri 2,8 (90), Moğolistan'da diş hekimliği öğrencilerinde 5,0 (91), İspanyol diş hekimliği öğrencilerinde 5,9 (92), Meksika'da diş hekimliği öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise 8,9 olarak bulunmuştur (93). Çalışkan ve arkadaşlarının (94) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Sınıf öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin ortalama DMFT değeri 5,6 olarak hesaplanmıştır. Saydam ve arkadaşlarının (31), Türkiye'de ağız ve diş sağlığı durumunu analiz etmek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre 20-24 yaş grubunda DMFT değeri 7 olarak hesaplanmıştır. Namal ve arkadaşları (95) İstanbul'da yaşayan insanlar üzerinde yaptıkları çalışmada 20-24 yaş grubu için ortalama DMFT değerini 5,70 bulmuştur aynı zamanda eğitim seviyesi arttıkça çürük düzeyinin azaldığını saptamıştır. Bütün bu çalışmalar karşılaştırıldığında ülkemizde aynı yaş grubu içerisinde tıp ve diş hekimliği öğrencilerine ait DMFT değerlerinin genelden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar eğitim durumunun DMFT değerleri üzerinde ciddi etkileri olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin çürük diş ortancası kızlardan daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.16.). Çalışmamızda ara öğünlerinde en sık olarak şeker, çikolata tüketen öğrencilerin oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.7.), aynı zamanda dişlerini günde 2 ve daha fazla fırçalayanların oranı kız öğrencilerde erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.8.). Bu bulgulara göre kız öğrencilerin daha sık şeker, çikolata

tüketmesine rağmen diş fırçalama sıklığının daha iyi düzeyde olması kızların daha düşük çürük diş ortancasına sahip olmasını açıklayabilir

Öğrencilerden 18 yaş ve altında olanların çürük diş ortancası 23 yaş ve üzeri olanlara göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sınıflar arasındaki çürük diş ortancasına bakıldığında; 1.sınıf öğrencilerinin çürük diş ortancası 5. sınıf öğrencilere göre daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p< 0,05$) (Tablo 4.16.). Bu bulgu yaş gruplarına göre diş çürüğü ortancası ile uyumludur.

Öğrencilerin dolgulu diş ortancalarına bakıldığında 18 yaş ve altı olanlarda 2, 19-22 yaş arası olanlarda ise 0.5 ve 23 yaş ve üzeri olanlarda ise 4, olarak saptanmıştır ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Aynı zamanda sınıfların dolgulu diş ortancalarına bakıldığında üst sınıflara doğru gidildikçe dolgulu diş ortancası artış göstermektedir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.16.). Bu durum yaş ortalamasının üst sınıflara doğru yükselmesinden kaynaklanmaktadır. Birinci sınıf öğrencilerinde çürük diş ortancasının yüksek olduğu belirtilmişti, bu bulgular üst sınıf öğrencilerin ağız-diş sağlığı konusunda edindikleri bilgileri davranışa dönüştürmelerine bağlı olabilir. Sınıflara göre DMFT ortancası bakıldığında üst sınıflara doğru artış göstermektedir (Tablo 4.16.). DMFT indeksi; çürük, eksik ve dolgulu diş sayılarının toplamından oluştuğu için dolgulu diş sayısının artması DMFT indeksinin artmasına neden olmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Özellikleri ve Ağız - Diş Sağlığı durumunu belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir;

- Araştırmaya katılan öğrencilerin %41,2'si erkek, %58,8'i ise kız öğrenci olarak saptanmıştır, öğrencilerin yaş ortalaması $20,66\pm1,66$ yıldır.
- Öğrencilerin %76,5'i günde 3 öğün beslenirken, %57,1'i bazen öğün atladığını ifade etmiştir. Atlanan öğün en çok %50,5 ile öğlen yemeğidir. Öğrencilerden %62,3'ü bazen ara öğün aldığını belirtmiştir.
- Ara öğünlerinde şeker, çikolata tüketen kız öğrencilerin oranı (%60,6), erkek öğrencilerin oranından (%42) yüksektir ($p< 0.05$).

- Ağırlığı normalin altında olan kadınların oranı erkeklerden, hafif şişman ve şişman olan erkeklerin oranı da kadınlardan yüksektir ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Öğrencilerin %63,7'si sütü, %86,9'u ayranı, %80,3'ü ise yoğurdu gün aşırı ve daha seyrek aralıklarla tükettiğini ifade ederken, %65,4'ü peyniri her gün 1 kez ve daha fazla tükettiklerini belirtmiştir. Öğrencilerin %75,4'ü asitli ve gazlı içecekleri, %72'si meyve sularını gün aşırı ve daha seyrek tükettiklerini ifade etmişlerdir.
- Öğrencilerin %53,3'ü şekerli besinlerden sonra ağzını su ile çalkaladığını ifade ederken, %30,4'ü dişlerini fırçaladığını belirtmiştir.
- Öğrencilerin %48,8'i sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırdığını belirtmiştir.
- Öğrencilerin %41,9'u diş hekimine kontrole 1-6 ay arayla giderken, %28,7'si ise hiç gitmediğini ifade etmiştir.
- Bütün öğrenciler dişlerini fırçaladığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %71,3'ünün dişlerini günde 2 kez ve daha fazla fırçaladığı saptanmıştır. Dişlerini günde 2 kez ve daha fazla fırçalayanların oranı kız öğrencilerde erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).
- Diş fırçasını 3 ay arayla değiştirenlerin oranı %55,4, diş ipi kullanan öğrencilerin oranı ise %37,7'dir.
- Öğrencilerin %11,8'i diş eti problemini halen yaşadığı, %67,8'i ise hiç diş eti problemi yaşamadığını ifade etmiştir.
- Diş hekimi kontrolüne uygun aralıkla (6 ayda bir) gidenlerin sayısı erkek öğrencilerde kızlara göre ($p>0,05$), üst sınıflarda alt sınıflara göre ve annesi emekli ve memur olanlarda işçi ve ev hanımı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Öğrencilerin %2,8'inin implant dişi, %37'sinin ortodontik problemi bulunmaktadır.
- Öğrencilerin DMFT indeksi $4,82\pm 3,51$ olarak saptanmış olup erkek öğrencilerin DMFT indeksi ortalaması $5,02\pm 3,49$, kız öğrencilerinki ise $4,67\pm 3,52$ olarak saptanmıştır.

- Öğrencilerin 3, 4 ve 5. sınıfta olması, 1 ve 2. sınıfta olanlara göre, diş fırçasını değiştirme sıklığının 4 ay ve üzeri olması, 0-3 ay arayla değiştirenlere göre, diş ipi kullanma durumu kullanmayanlara göre ve ortodontik problemin bulunma durumu bulunmayanlara göre kötü DMFT indeksi riskini artırmaktadır ($p<0.05$).
- Erkek öğrencilerin çürük diş ortancası kızların çürük diş ortancalarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- 18 yaş ve altının çürük diş ortancası, 23 yaş ve üzeri öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Dolgulu diş ortancası 18 yaş ve altı, 19-22 yaş ve 23 yaş ve üzeri yaş gruplarında sırasıyla 2, 0.5 ve 4 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Sınıflara göre öğrencilerin çürük diş ortancalarına bakıldığında 1.sınıf öğrencilerdeki çürük diş ortancası 5. sınıf öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Dolgulu diş ortancaları 1, 2, 3, 4 ve 5. sınıf öğrencilerinde sırasıyla 1, 1, 2, 2 ve 4 olup 1.sınıf ile 3., 4., 5. sınıf ve 2. sınıf ile 5 sınıf arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Birinci sınıftaki öğrencilerin DMFT ortancası 3,5, üçüncü sınıfta 4 iken, dördüncü sınıfta 5 ve beşinci sınıfta 5 olarak bulunmuş olup, 1. sınıf ile 3., 4., 5. sınıf arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Sert kabuklu yiyecekleri dişi ile kırmayan öğrencilerde dolgulu diş ortancası kırınlara göre yüksek bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).
- Diş hekimine kontrole hiç gitmeyenlerde dolgulu diş ortancası 1, 1-12 ay arayla gidenlerde ise 2 olup gruplar aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Diş hekimine kontrole hiç gitmeyenlerde ve 1-12 ay arayla gidenlerde DMFT ortancası 4 olup 25. ve 75. persentil değerleri sırasıyla (2-6) ve (3-7) olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p< 0.05$).
- Çürük diş ortancası diş ipi kullanmayan öğrencilerde diş ipi kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

- Diş ipi kullanan öğrencilerin dolgulu diş ortancası kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diş ipi kullananların DMFT ortancası, kullanmayanlarıkinden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Günde 1 kez diş fırçalayanların çürük diş ortancası, günde 2 kez ve daha fazla diş fırçalayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çürük diş ortancası ve DMFT ortancası diş fırçasını 4 ay ve üzeri aralıklarla değiştirenlerde, 0-3 ay arayla değiştirenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Öğrencilerin doğru beslenme alışkanlıkları edinmeleri yaşamlarının ileriki dönemlerinde sağlıklarını korumaları açısından önemli olup, bunun içinde beslenme bilgi ve alışkanlıklarındaki yetersizliklerin etkin ve sürekli verilecek beslenme eğitimi ile giderilmesi,
- Öğrencilere düzenli aralıklarla, beslenme konularında kısa süreli konferanslar, paneller ve söyleşiler düzenlenmesi önerilir.
- Diş hekimi kontrolü ve ağız diş muayenesinin ne denli önemli olduğu açıktır, Diş Hekimliği Fakültesi eğitim programında beslenme ve beslenmenin ağız diş sağlığına olan etkisi konularına daha çok yer verilmeli, öğrencilerin kendi ağız diş sağlığı uygulamalarına dikkat çekilmelidir.

6. KAYNAKLAR

1. Kum E, Bař S, Bařer G ve ark. Ankara ilinin çankaya ve ilçelerinde iki ilkokuldaki beşinci sınıf öğrencilerinin ağız hijyenine Altındağ ilişkisi, bilgi düzeyleri ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi 1977; 1: 180-189.
2. Baysal A. Beslenme (12. Baskı). Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 2009;9.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi: Yeterli ve Dengeli Beslenme, Ankara 2004.
4. Özmen D, çetinkaya AÇ, Ergin D ve ark. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlılığını denetleme davranışları. Koruyucu Hekimlik 2007; 6: 98-105.
5. Gökalp S, Güçiz Doğan B. Türkiye’de diş şürüğü durumu ve tedavi gereksinimi, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi 2008; 32: 45-57
6. Saygılı İ. Sosyo- ekonomik seviyesi farklı 10-15 yaş grubu okul çocuklarının ağız hijyeni seviyelerinin diş çürükleri prevalansı ile ilişkisinin araştırılması. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi, 1983;10: 25-40.
7. Cratt M, Crowcher R, Dickinson J, et al. A programme of dental health education for adolescents in schools. International Dental Journal 1984; 34: 204-213.

8. Haznedaroğlu D. Türkiye’de beslenme durumu ve çalışmalar, III. Uluslar Arası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 12-15 Nisan 2000, Beslenme ve Diyet Dergisi 2001; 30: 51-54.
9. Aykut M, Günay O, Öztürk Y. Diyet, Beslenme ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi. Erciyes Üniversitesi Yayınları, 1997; 103.
10. Aykut M. Toplum Beslenmesinin Önemi, İçinde: Halk Sağlığı Genel Bilgiler Kitabı, Öztürk Y, Günay O (Ed.),Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 2011: 1247-1252.
11. World Health Organization.Global Health Programme, Department For Clinic Disease, International Dental Journal 2003; 52: 1-9
12. Saydam G, Oktay I, Möller I. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara 1990.
13. Kırtıloğlu T, Açıkgöz A, Saklıoğlu U, ve ark. Reasons for extraction of permanent teeth in the northern east of Turkey: A pilot study. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2002; 3: 80-83.
14. Yıldız M, Bayındır YZ. Erzurum ilinde sosyo-ekonomik faktörlerle çürük oluşumu ve tedavi gereksinimlerinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2003;13: 13-20.
15. Ersoy G. Egzersiz ve Spor Yapanlar için Beslenme. 3. Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara 2004; 14,15.
16. Sencer E. Beslenme ve Diyet. Güven Matbaası. İstanbul 1991: 237-238.
17. Baysal A. Genel Beslenme. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetik Bölümü. 7. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1992; 8-145.
18. Peker K, Bermek G. Diş çürüklerinin etiyolojisinde ve önlenmesinde fermente olabilen karbonhidratların önemi. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008; 42: 1-9.
19. Akçam Oluk E, Oluk S, Davaslıoğlu EN. Ege Üniversitesi öğrencilerinin öğün düzenleri ve yemeklik baklagil tüketim durumları. Celal Bayar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi 2011; 7: 41-50.
20. Seindenfeld KME, Sosin E, Rickert V. Nutrition and eating disorders in adolescents. The Mount Sinai Journal of Medicine 2004; 71: 155-161.

21. Templeton SB, Marlette MA, Panemangalore M. Competitive foods increase the intake of energy and decrease the intake of certain nutrients by adolescents consuming school lunch. *J Am Diet Association* 2005; 105: 215-220.
22. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara 1997: s.198-305.
23. Kara M, Gürbüz E, Mete A. Diş Hekimliği fakültesi öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve ağız-diş sağlığı ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2009; 19: 161-167.
24. Erefe İ. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1998; 14: 153-154.
25. Duyff RL. Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi. The American Dietetic Association's Complete Food and Nutrition Guide. John Wiley & Sons Inc. Yücecan S, Nursal B, Pekcan G. ve ark (edt). Besin ve Beslenme Rehberi. Acar Matbaacılık, İstanbul 2003: 448-453.
26. Mcanarney ER, Kreipe RE, Orr DP. et al. Textbook of Adolescent Medicine. WB Saunders Company, Philadelphia: 75.
27. Saraçoğlu A, Kümbüloğlu Ö, Hatipoğlu HA. Diş Hekimliği öğrencilerinde sosyal durum ile çürük ve periodontal sorun görülme sıklığı ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2007; 10: 1.
28. Web_1: Halk Sağlığı. <http://halksagligiokulu.org/anasayfa/?task=showCategory&catid=60>. (Erişim tarihi 11.05.2012)
29. Altun C, Güven G, Başak F ve ark. Altı-on bir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005; 47: 114-118.
30. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, et al. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British Dental Journal* 2001; 190: 121-26.
31. Saydam GB. Türkiye'de ağız diş sağlığı hastalıkları düzeyi ve gereken ilk adım: sağlık eğitimi. *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi* 2000; 59: 47-49.
32. Shou L, Locker D. Principles of oral health promotion. In: Pine CM. Community Oral Health. Wright, Great Britain, 1997; 178-187.

33. Atchison KA. Understanding the 'Quality' in Quality Care and Quality of Life. IN: Inglehart MR, Bagramian RA (eds). Oral Health - Related Quality of Life. Quintessence Publishing Co, Inc., USA, 2002; 13-28.
34. Dolan TA, Gooch BF, Bourque IB. Associations of self reported dental health and general health measures in the rand health insurance experiment. Community Dental Oral Epidemiology 1991; 19: 1-8.
35. Oktay İ. Ağız diş sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi. Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi 2000; 59: 50-51 http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber_goster.php?id=1368.
36. Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. Community Denatl Health 2004; 21: 306.
37. Kılınç G, Günay T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 24: 131-137.
38. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2012.
39. Sturdevant JR. Clinical Significance of Dental Anatomy, Histology, Physiology and Occlusion. Roberson TM, Heymann HO, Swift EJ (Ed.). Sturdevant's The Art and Science of Operative Dentistry. Missouri : Mosby Inc. 2005: 15-64
40. Jansen van Rensburg BG. A tooth and its surroundings. Oral Biology 1995: 239-245.
41. Ainamo J, Löe H. Anatomical characteristics of gingiva. A clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. Journal of Periodontology 1966; 37: 5-13.
42. Ercan E, Dülgergil T, Yıldırım I ve ark. İç Anadolu şehir merkezinde yaşayan çocuklarda, farklı koruyucu uygulamaların yeni çürük oluşumu üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi: 12 aylık çalışma sonuçları. Ankara Diş Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi 2008; 4: 218-223.
43. Ertuğrul F. Sakkaroz, glikoz ve xylitolün karyojenik etkilerinin in vitro ve in vivo olarak incelenmesi, Doktora tezi, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1995.
44. Slaytan RL, Cooper ME, Marazita ML. Journal of Dental Research 2005; 84: 711-714.
45. Theilade E, Fejerskov O, Hörsted M. A transmission electron microscopic study of 7-day-old bacterial plaque in human tooth fissures. Archives of Oral Biology 1976; 21: 587-598.

46. Zero D, Van Houte J, Russo T. Enamel demineralization by acid produced from exogenous substrate in oral streptococci. *Archives of Oral Biology* 1986; 31: 229-234.
47. Tanzer, JM. Dental caries is a transmissible infectious diseases: The Keyes and Fitzgerald revolution. *Journal of Dental Research* 1995; 74: 1536-1542.
48. Özer M, Türkoğlu O, Köse T ve ark. Periodontal tedavi görmüş hastaların ağız bakımı alışkanlıklarında meydana gelen değişiklikler. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2007; 28: 193-199.
49. Allukian M, Horowitz AM. Effective community prevention programs for oral diseases. Gluck GM, Morganstein WM. (Ed.) *Jong's Community Dental Health* 1998; 4: 144-176. Missouri: Mosby-Year Book Inc.
50. Blinkhorn AS. Dental health education: What lessons have we ignored? *British Dental Journal* 1998; 184: 58-59.
51. Mandel ID. Caries prevention-a continuing need. *International Dental Journal* 1993; 43: 67-70.
52. Roberson TM. Cariology: The Lesion, Etiology, Prevention, and Control. Roberson TM, Heymann HO, Swift EJ. (Ed.). *Sturdevant's, The Art and Science of Operative Dentistry*. Missouri: Mosby Inc. 2006; 5: 65 -134.
53. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Sağlık Bakanlığı: Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü. Ankara-2008.
54. World Health Organization. A Review of Current Recommendations for the Organization and Administration of Community Oral Health Services in Northern and Western Europe. Copenhagen: WHO (Regional Office for Europe) 1982.
55. Güçiz Doğan B. Temel ağız diş sağlığı göstergeleri, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Mayıs-Ağustos 2007; 26: 2.
56. Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttila M, et al. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. *Health Econ* 2008; 17: 267-86.
57. Llana Puy C, Forner Navarro L. Evidence concerning the medical management of caries. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2008;1-13: E325-30.
58. Paşalı Ç, Becerik S, Evrenosoğlu E. Diş fırçalama etkinliğinin yeni ve 3 ay kullanılmış fırçalarda karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008; 29: 43-50.
59. Web_2: http://dis.baskent.edu.tr/hasta/perio_sss.html (Erişim tarihi 16.02.2012).

60. World Health Organization. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/ FAO Expert Consultation. WHO Technical Report 2003.
61. Giray H. Anne Sütü ile Beslenme. Değerlendirme Formu. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D. 2004;13: 12.
62. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, 6-12 September 1978, Alma-Ata, USSR.
63. Federation Dentaire Internationale/World Health Organisation. Global Goals for Oral Health in the Year 2000. International Dental Journal 1982; 23: 74-77.
64. Wei SHY. Strategies for application of scientific findings in prevention. Advances in Dental Research 1995; 9: 96-99.
65. WHO, Global Health Programme, Department For Clinic Disease. International Dental Journal 2003; 52: 1-9.
66. Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. International Dental Journal 2001; 51: 392-398.
67. Vrbič V. Reasons for the caries decline in Slovenia. Community Dentistry of Oral Epidemiology 2000; 28: 126-132.
68. Oktay C. Periodontal hastalıkların Erzurum yöresindeki prevalansları ve bunlara tesir eden faktörler. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 1975; 9: 5-26.
69. Öztunç H, Haytaç MC, Özmeriç N. ve ark. Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız ve diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2000; 17: 1-6.
70. Web_3: Köy Kanunu. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/368.html>. (Erişim tarihi: 18.12.2012).
71. Uskun E, Öztürk M, Aydın Ü ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin sosyal ve psikolojik özellikleri. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2005; 32: 35-44.
72. Tamer F. Üniversite Öğrencilerinde Diyetin Karbonhidrat Kaynaklarının Beden ve Kütle İndeksi Değerleri İle İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı, Ankara 2010.

73. Soner Göksoy F. Adnan Menderes Üniversitesinde Okuyan 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Konusundaki Tutum ve Davranışları, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın 2008.
74. Erol A, Yergin H, Mercan M. Üniversite öğrencilerinin üniversite tercihini belirleyicileri: Hakkari örneği. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 2012; 4: 1309-8012.
75. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Ekim 2009.
76. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1988. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Ekim 1989.
77. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Ekim 1994.
78. Bakıcı E. Çocuklarda Sosyo- Ekonomik Düzeyin Ağız- Diş Sağlığı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, İzmir 2010.
79. Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2003; 25: 172-178.
80. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2: 6.
81. Akıncı Z. Karma Dişlenme Dönemindeki Öğrencilerin Ağız-Diş Sağlığı Durumunun ve Bu Konudaki Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Çankaya İlçesi-Üç İlköğretim Okulu Örneği-Ankara), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Anabilim Dalı, Ankara 2008.
82. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E ve ark. Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 102-109.
83. Kashket S, Paolino VJ, Lewis DA, van Houte J. In-vitro inhibition of glucosyltransferase from the dental plaque bacterium Streptococcus mutans by common beverages and food extracts. Arch Oral Biol 1985; 30: 821-6.
84. Şimşek AÇ. On birinci Sınıf Öğrencilerinin Kişisel Bakım ve Sağlığın Korunmasına Yönelik Davranışların İncelenmesi (Üç Lise Örneği-Ankara), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı Dönem Projesi. Ankara 2006.

85. Doğan B, Filizi K, Küçükdoğan Ü. Diş Hekimliği öğrencilerinin cinsiyete bağlı ağız sağlığı hakkındaki davranış ve düşünceleri. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2009; 26: 87-93.
86. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N. İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Alışkanlıkları. STED 2005; 14: 229-236.
87. Tezel A. Erzurum İli İlkokul 4. ve 5. Sınıf Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum 1995.
88. Woolfolk MW, Lang WP, Borgnakke WS, et al. Determining dental checkup frequency. Journal of the American Dental Association 1999; 130: 715-723.
89. Mumcu G, Sur H, Yıldırım C ve ark. Utilisation of dental services in Turkey: A cross-sectional survey. International Dental Journal 2004; 54: 90-96.
90. Kwan S, Williams SA. The dental health of first year dental student in Leeds, UK, over a period of 16 years. Caries Res 1996; 30: 267.
91. Tseveenjav B, Vehkalahti M, Murtomaa H. Preventive practice of Mongolian Dental Students. Eur J Dent Educ 2002; 6: 74-78.
92. Cortes FJ, Nevot C, Ramon JM, et al. The evolution of dental health in dental students at University of Barcelona. Journal of Dental Education 2002; 66: 1203-8.
93. Banderas-Tarabay JA, Zacarías-D'Oleire IG, Arduño-Estrada R, et al. Electrophoretic analysis of whole saliva and prevalence of dental caries. A study in Mexican Dental Students Arch of Med Res 2002; 33: 499-505.
94. Çalışkan D, Yaşar F, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. sınıf öğrencilerinin ağız-diş sağlığı durumları ve günlük ağız-diş bakım alışkanlıkları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2007; 60: 13-19.
95. Namal N, Can G, Vehid S, Köksal S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. Eastern Mediterranean Health Journal 2008;14: 1.

Ek-1

SEVGİLİ ÖĞRENCİLER

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ABD yüksek lisans öğrencisi ile ‘ **Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Özellikleri ve Ağız-Diş Sağlığı** ‘ konulu bir çalışma başlatmış bulunuyoruz. Bu amaçla ekteki anketi cevaplamanızı istiyoruz. Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Rektörlüğünün ve Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığının izni ile yürütülmektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar diş hekimliği öğrencilerinin beslenme durumunu ve ağız diş sağlığı ilişkisini belirlememize yardımcı olacak ve bu çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Anketi cevaplamanız 15 dakikanızı alacaktır. Lütfen cevaplamanız gereken bütün soruları cevaplayınız. Tereddüt ettiğiniz bir durum olursa bizden açıklama isteyiniz.

Ankete katıldığınız ve soruları içtenlikle cevapladığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Mualla AYKUT
Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Türkan DURMUŞ
Halk S.ABD Yüksek Lisans Öğrencisi

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME ÖZELLİKLERİ ve
AĞIZ -DİŞ SAĞLIĞI**

Anket No:.....

Tarih:../../.....

Adınız Soyadınız :.....

1- Yaşınız

2- Cinsiyetiniz 1- Erkek 2- Kadın

3- Kaçınıcı sınıftasınız?.....

4- Hangi şehirden geliyorsunuz?.....

5- Nerede kalıyorsunuz?

- 1- Ailele aynı evde 2- Arkadaşlarımla evde
3- Devlet yurdunda 4- Özel yurttta 5-Diğer (.....)

6- Annenizin eğitim durumu?

- 1- Okuryazar değil 2- İlkokul
3- Ortaokul 4- Lise
5- Yüksekokul-Üniversite 6- Doktora ve üstü

7- Babanızın eğitim durumu?

- 1- Okuryazar değil 2- İlkokul
3- Ortaokul 4- Lise
5- Yüksekokul-Üniversite 6- Doktora ve üstü

8- Annenizin mesleği nedir?

- 1- İşçi 2-Memur
3- Emekli 4-Ev Hanımı
5- Diğer (.....)

9- Babanızın mesleği nedir?

- 1- İşçi 2-Memur
3- Esnaf 4-Serbest meslek (.....)
5- Emekli 6-Diğer (.....)

10- Kaç kardeşsiniz?.....

11- Kaçınıcı çocuksunuz?.....

12- Aile tipiniz nasıldır?

- 1-Çekirdek aile 2-Geniş aile 3-Parçalanmış aile

13- Ailenizin ekonomik durumu sizce nasıl?

- 1-Çok iyi 2- İyi 3- Orta 4-Düşük 5- Çok düşük

14- Okula başlamadan önce yaşadığınız yer?

- 1-Büyükşehir(Nüfus: 1 milyon ve üzeri) 2-Şehir (Nüfus: 100 bin ve üzeri)
3-İlçe (Nüfus: 10 bin ve üzeri) 4- Kasaba(Nüfus : 2 bin ve üzeri)

15- Anne sütü aldınız mı?

- 1- Evet (Ne kadar süre?:.....ay) 2-Hayır

16- Herhangi bir hastalığınız var mı ?

1- Evet (Nedir?:.....) 2- Hayır

17- Bu hastalığınız için görmüş olduğunuz tedavi var mı?

1- Evet (Nedir?:.....) 2-Hayır

18- Günde kaç öğün yemek yersiniz?.....

19- Gün içinde öğün atlar mısınız?

1- Evet, sık sık (Hangi öğün:.....)

2- Evet, bazen (Hangi öğün:.....)

3- Hayır

20- Ara öğün alıyor musunuz?

1- Evet, sık sık (Hangi öğün:.....)

2- Evet, bazen (Hangi öğün:.....)

3- Hayır

21-Ara öğünlerinizde en çok hangi besin türünü tüketirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1-Şeker, çikolata

2-Bisküvi, kraker

3-Meyve

4-Süt, yoğurt, peynir

5-Kuruyemiş

6-Diğer (.....)

22- Aşağıda içecek ve yiyecekler verilmiştir, size uygun tüketim sıklığını işaretleyiniz.

İçecek ve yiyecekler	Her gün 1' kez den fazla	Her gün 1 kez	Gün aşırı	Haftada 2 kez	Haftada 1 kez	Daha seyrek	Hiç
Süt							
Ayran							
Yoğurt							
Peynir							
Çay							
Kahve							
Sebze							
Meyve							
Asitli ve gazlı içecekler							
Meyve suları							
Şekerleme ve çikolata							
Bisküvi, kurabiye,tatlılar							

23- Yemeklerinizde kepekli ekmek tüketir misiniz?

- 1- Evet, her zaman kepekli ekmek tüketirim.
- 2- Evet, sıklıkla kepekli ekmek tüketirim.
- 3- Evet, ara sıra kepekli ekmek tüketirim
- 4- Hayır, tüketmem.

24- Çiklet çiğner misiniz?

- 1- Evet, sık sık çiğnerim
- 2- Evet, ara sıra çiğnerim
- 3- Hayır, hiç çiğnemem.

25- Çay, kahve gibi içeceklerinizde şeker kullanır mısınız?

- 1- Evet
- 2- Hayır

26- Şekerli besinlerden sonra diş temizliği olarak ne yaparsınız?

- 1- Hiç bir şey yapmam
- 2- Ağızımı su ile çalkalarım
- 3- Dişlerimi fırçalarım
- 4- Diğer(.....)

27- Sigara içiyor musunuz?

- 1-Evet (Günde kaç adet :.....) 2-Hayır

28- Sert kabuklu yiyecekleri (ceviz, fındık vb.) dişinizle kırar mısınız?

- 1-Evet, sık sık
- 2-Evet, bazen
- 3- Hayır

29- Diş hekimine kontrole ne sıklıkla gidersiniz?.....ayda bir

30- Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2-Hayır (32.soruya geçiniz)

31- Günde kaç kez fırçalıyorsunuz?

- 1- Her yemekten sonra
- 2- Günde 1 kez
- 3- Günde 2 kez

32- Diş fırçanızı ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?.....ay.....

33- Diş ipi kullanıyor musunuz?

- 1- Evet (Günde kaç kez?:.....) 2-Hayır

34- Diş eti probleminiz var mı?

- 1- Evet, halen devam ediyor
- 2- Önceden vardı, ama şu anda yok
- 3- Hayır, hiç olmadı

35- Diş protezi kullanıyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Bu bölüm diş hekimi muayenesi yapan doktor tarafından doldurulacaktır.

36- Ağız - diş muayenesi bulguları sonucunda:

Çürük diş sayısı:

Eksik diş sayısı:

Dolgulu diş sayısı:

Protez : 1- Var 2- Yok

Diş teli: 1- Var 2- Yok

Diş eti problemi: 1- Var 2- Yok

İmplant diş: 1- Var 2- Yok

Ortodontik problem: 1- Var 2- Yok

37 -Boy :.....cm

Ağırlık:.....kg

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Özellikleri ve Ağız-diş Sağlığı			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Mualla Aykut			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI				
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZM. TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐	DR. TEZİ ☐	Y.LİSANS TEZİ ☒
	ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
FAZ 3		☐			
FAZ 4		☐			
BE/BY		☐			
DİĞER		☐ Diğer ise belirtiniz			
İLAC DIŞI ARAŞTIRMA	☐ Belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GUVENLIK BILDIRIMLERI	☐	
DİĞER	☐		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2011/435	Karar Tarihi : 02.08.2011
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Mualla Aykut'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Erciyes Üniversitesi Senatosunun 08.12.2010 tarih ve 16 nolu toplantı kararı
----------------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Halit MADENOĞLU	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Hasan Basri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Mehmet Güngör KAYA	Kardiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yard.Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Rektörlük	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Ecz. Nuran YOZGAT	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	E.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

ASLI GİBİDİR

T.C.

1923

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Bahri YANCAR

Fakülte Şefi

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Türkan DURMUŞ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 26 Aralık 1987, Kayseri

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: +90 352 344 19 07

email: turkan.durmus@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 38039 Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	E.Ü. Yozgat Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	H. Ahmet Arısoy Lisesi (Y.D.A)	2005

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2010-Halen	Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Çene Cerrahisi Hastanesi	Hemşire
2010-2010	İstanbul Eğitim Araştırma Has. Anes. ve Rean. A.B.D.	Hemşire
2009-2010	Erciyes Üniversitesi Nöroşirurji Servisi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce