

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**DİŞ HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARA KARŞI
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge ÖZBEK

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seçkin AKSU

ESKİŞEHİR

2022

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**DİŞ HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARA KARŞI TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge ÖZBEK

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Seçkin AKSU

ESKİŞEHİR

2022

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DİŞ HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARA KARŞI TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge ÖZBEK

Tez Savunma Tarihi: 23.03.2022

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Seçkin AKSU (Mersin Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ebru DELİKAN (Nuh Naci Yazgan Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Merve CANDAN (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Uzmanlık tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Batu Can YAMAN
Dekan

Uzmanlık Tezi
ESKİŞEHİR-2022

UZMANLIK TEZİ BEYANNAMESİ

Uzmanlık tezi olarak sunduğum **“DİŞ HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ”** başlıklı araŐtırmayı danıŐmanım Dr. Öğr. Üyesi Seçkin AKSU’ nun rehberlik ve sorumluluğunda tamamladığımı; çalışma protokolü ve süresince bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun davrandığımı, verilerin tarafımdan toplandığını, örneklerin tarafımda hazırlandığını; deney, analiz ve görüntüleme işlemlerinin ilgili laboratuvar ve görüntüleme merkezinde tarafımda yapıldığını/yaptırıldığını, tez metnini hazırlarken kaynakçanın eksiksiz olarak gösterildiğini, tezin yazım kılavuzu kurallarına uygun olarak hazırlandığını ve belirtilen hususların aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Özge ÖZBEK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ÇOCUK DiŞ HEKİMLİĞİ.....	2
2.2. ÇOCUK DiŞ HEKİMLİĞİNİN KAPSAMI	2
2.2.1. KORUYUCU UYGULAMALAR	2
2.2.2. RESTORATİF TEDAVİLER	4
2.2.3. ENDODONTİK TEDAVİLER	4
2.2.4. DiŞ TRAVMALARI.....	5
2.2.5. YER TUTUCULAR VE ÇOCUK PROTEZLERİ.....	5
2.2.6. KORUYUCU ORTODONTİK TEDAVİLER	6
2.3. DENTAL MUAYENE	6
2.4. ÇOCUKLARDA PSİKOLOJİK GELİŞİM.....	7
2.5. DENTAL KORKU VE ENDİŞE	7
2.6. DAVRANIŞ YÖNLENDİRME	7
2.6.1. TEMEL DAVRANIŞ YÖNLENDİRME TEKNİKLERİ	8
2.6.2. İLERİ DAVRANIŞ YÖNLENDİRME TEKNİKLERİ.....	11
2.7. AĞRI KONTROLÜ.....	13
2.7.1. LOKAL ANESTEZİ	13
2.8. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	14
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI	15
3.2. ANKET FORMLARININ HAZIRLANMASI VE UYGULANMASI.....	15
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	18
4.2. HEKİMLERİN ANKET SORULARINA VERDİKLERİ CEVAPLARA İLİŞKİN BULGULAR ...	20
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	65
EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU	65
EK-2. ANKET FORMU	68
EK-3. ÖZGEÇMİŞ	84

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile bana her konuda destek olan ve yol gösteren, anlayışını ve iyi niyetini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Seçkin AKSU' ya en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesinden çok şey öğrendiğim, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, tez çalışmamın istatistiksel analiz ve değerlendirmelerinin yapılmasında bilgilerini paylaşan ve bana her konuda yardımcı olan değerli hocam Doç. Dr. Seçil ÇALIŞKAN' a,

Tez çalışmalarımda emeğini ve zamanını esirgmeden benimle beraber çalışan ve eğitim sürecini beraber paylaştığım başta Canan ÖZDEMİR olmak üzere Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki bütün çalışma arkadaşlarıma,

Dünyaya gözlerimi açtığım ilk andan, ilk adıma; ilkokulumun ilk gününden, uzmanlık eğitimimin son gününe kadar yanımda olan; bugünlere gelmemi sağlayan, destek ve sevgisini hiçbir zaman eksik etmeyen değerli aileme,

Her zaman yanımda olan, gösterdiği sabır, anlayış ve ilgi için değerli eşim ve hayat arkadaşım Aytuğ ÖZBEK ve canım oğlum Bartu ÖZBEK' e

Sonsuz teşekkürlerimle...

ÖZET

Diş Hekimlerinin Çocuk Hastalara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye’de çocuk diş hekimleri ve pratisyen diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya, Türkiye’de özel ya da devlet kurumunda çalışan diş hekimleri ve çocuk diş hekimleri dâhil edildi. Çalışmada diş hekimliği fakültesi’nden mezun olan ve herhangi bir uzmanlık/doktora eğitimi almamış kişiler diş hekimi grubunu, çocuk diş hekimliği’nde uzmanlık/doktora eğitimine devam eden ya da eğitimini tamamlamış diş hekimleri de çocuk diş hekimi grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmada standart tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde) kullanıldı. Diş hekimi ve çocuk diş hekimlerinin anket sorularına verdikleri cevapların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Diş hekimlerinin %83.5’inin çocuk hastaların tedavisini yaptığı, çocuk hastaların tedavisini yapmayan diş hekimlerinin (%16.5) ise daha çok mevcut performans sisteminden ve çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olmasından dolayı tedavi yapmadıkları tespit edildi. Çocuk diş hekimlerinin diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla çocuk hastayı genel anestezi altında tedavi ettiği bulundu ($p<0.01^*$). Çocuk diş hekimlerinin tamamının diş travmalarını kendilerinin tedavi ettikleri tespit edilirken, diş hekimlerinin yarısına yakınının ($n=30$, %45.5) kendilerinin tedavi ettikleri saptandı ($p<0.01^*$). Hem diş hekimlerinin hem de çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisi sırasında en çok kooperasyon problemi yaşadığı gözlemlendi.

Sonuç: Diş hekimlerinin eğitimleri süresince ve mezuniyet sonrası çocuk hastaların tedavileri ile ilgili ve davranış yönlendirmesi konusunda bilgi ve tecrübelerinin artırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, davranış, diş hekimliği, pedodonti

ABSTRACT

Evaluation of Attitudes and Behaviors of Dentists towards Pediatric Patients

Aim: The aim of this thesis study is to evaluate the attitude and behaviors of Dental Practitioners compared to Pediatric Dentists towards pediatric patients in Turkey.

Material and Method: Dentists and Pediatric Dentists working in private or public institutions in Turkey were included in the study. In the study, the dentists who graduated from the Faculty of Dentistry and did not have any specialty/doctoral training constitute the dentist group, and the dentists who continue or have completed their specialty/doctoral education in Pediatric Dentistry constitute the Pediatric Dentist group.

Standard descriptive statistics (mean, standard deviation, number and percentage) were used in the study. Chi-square test was used to compare the answers given by dentists and pediatric dentists to the survey questions.

Results: It was determined that 83.5% of the dentists treated pediatric patients, while the dentists (16.5%) who did not treat pediatric patients did not treat them mostly because of the current performance system and because it was more difficult to treat pediatric patients. It was found that pediatric dentists treated significantly more pediatric patients under general anesthesia than dentists ($p < 0.01^*$). While it was determined that all pediatric dentists treated dental traumas themselves, it was determined that almost half of the dentists ($n=30$, 45.5%) treated it themselves ($p < 0.01^*$). It was observed that both dentists and pediatric dentists deal with cooperation problems during the treatment of pediatric patients.

Conclusion: We believe that dentists should increase their knowledge and experience about the treatment and behavioral guidance of pediatric patients during their education and after graduation.

Keywords: behaviour, child, dentistry, pedodontics

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<	Küçüktür
>	Büyüktür
=	Eşittir
≤	Küçük Eşittir
≥	Büyük Eşittir
N ₂ O	Nitröz Oksit
O ₂	Oksijen
ark.	Arkadaşları
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	Ağız Diş Sağlığı Merkezi
APF	Asidüle Fosfat Florür
ART	Atravmatik Restoratif Tedavi
Ca(OH) ₂	Kalsiyum Hidroksit
CİS	Cam İyonomer Simanlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IP	İyodoform
MOD	Mezioklüzodistal
MTA	Mineral Trioksit Agregat
n	Birey Sayısı
NaF	Sodyum Florür
NaFV	Sodyum Florür Vernik
PÇK	Paslanmaz Çelik Kuron
ppm	Parts Per Million

SnF

Kalay Florür

SPSS

Statistical Package for the Social Science

ZOE

Çinko oksit ojenol

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hekimlerin cinsiyet ve yaşa göre dağılımları	18
Tablo 4.2. Hekimlerin çalıştıkları kuruma göre dağılımları	19
Tablo 4.3. Hekimlerin lisans eğitimini tamamladıktan sonra geçen süreye göre dağılımları	19
Tablo 4.4. Çocuk diş hekimlerinin mesleki deneyim süresine (çocuk diş hekimi olarak) göre dağılımları	19
Tablo 4.5. Çocuk hastaların tedavisini yapmayan diş hekimlerinin tedavi yapmama nedenleri	20
Tablo 4.6. Çocuk hastaların tedavisini yapan hekimlerin dört elli çalışma durumlarının karşılaştırılması	20
Tablo 4.7. Hekimlerin aylık tedavi ettikleri çocuk hasta sayısına göre dağılımları	21
Tablo 4.8. Hekimlerin tedavi ettiği çocuk hasta sayısını yeterli bulma durumlarına ait verilerin dağılımları	21
Tablo 4.9. Hekimlerin aylık tedavi ettikleri çocuk hasta sayısını yeterli bulmama nedenlerinin dağılımları	22
Tablo 4.10. Hekimlerin engelli çocuk hastaların tedavi etme durumlarına ait verilerin dağılımları	22
Tablo 4.11. Engelli hasta bakmayan hekimlerin engelli hastaların tedavilerini yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları	23
Tablo 4.12. Engelli hasta bakmayan hekimlerin engelli hastalarını yönlendirdikleri kuruma göre dağılımları	23
Tablo 4.13. Hekimlerin tedavi ettikleri hastaların yaş grubuna göre dağılımları	24
Tablo 4.14. Hekimlerin diş hekimi kaygısı olan çocuğu tedavi etmeden önce stres durumuna göre dağılımları	24

Tablo 4.15. Genel anestezi altında çocuk hasta bakılmasına ait verilerin dağılımları	25
Tablo 4.16. Bilinçli sedasyon altında çocuk hasta bakılmasına ait verilerin dağılımları	25
Tablo 4.17. Hekimlerin uyguladıkları davranış yönlendirme tekniklerine ait verilerin dağılımları	26
Tablo 4.18. Hekimlerin tedavi öncesi radyografi alma sıklığına ait verilerin dağılımları	27
Tablo 4.19. Hekimlerin işlem öncesi radyografi aldıkları durumların dağılımları	27
Tablo 4.20. Hekimlerin tedavi sonrası radyografi alma sıklığına ait verilerin dağılımları	28
Tablo 4.21. Hekimlerin işlem sonrası radyografi aldıkları durumların dağılımları	28
Tablo 4.22. Hekimlerin en çok kullandığı radyografi tekniklerine ait verilerin dağılımları	29
Tablo 4.23. Hekimlerin flor tabletleri önermelerine ait verilerin dağılımları	29
Tablo 4.24. Hekimlerin topikal flor uygulamalarına ait verilerin dağılımları	30
Tablo 4.25. Hekimlerin kullanmayı tercih ettikleri flor preparatlarına ait verilerin dağılımları	30
Tablo 4.26. Hekimlerin fissür örtücü uygulamalarına ait verilerin dağılımları	30
Tablo 4.27. Hekimlerin fissür örtücü uyguladıkları dişlere ait verilerin dağılımları	31
Tablo 4.28. Hekimlerin Atravmatik Restoratif Tedavi uygulamalarına ait verilerin dağılımları	31
Tablo 4.29. Hekimlerin Atravmatik Restoratif Tedavi uyguladıkları çocuklara ait verilerin dağılımları	32
Tablo 4.30. Hekimlerin lokal anestezi kullanma durumlarına ait verilerin dağılımları	32

Tablo 4.31. Hekimlerin ağrı değerlendirme yöntemlerine ait verilerin dağılımları	33
Tablo 4.32. Hekimlere göre ağrı ve ağrı kontrolünün diş tedavisi sırasındaki önemine ait verilerin dağılımları	33
Tablo 4.33. Hekimlerin süt dişi restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları	34
Tablo 4.34. Hekimlerin süt anterior dişlerin restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları	34
Tablo 4.35. Hekimlerin süt posterior dişlerin restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları	35
Tablo 4.36. Hekimlerin paslanmaz çelik kuron kullanma sıklığına ait verilerin dağılımları	35
Tablo 4.37. Hekimlerin endodontik tedaviler esnasında rubber dam kullanma sıklığına ait verilerin dağılımları	36
Tablo 4.38. Hekimlerin süt dişlerine direkt pulpa kaplaması yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	36
Tablo 4.39. Hekimlerin direkt pulpa kaplamasında kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları	37
Tablo 4.40. Hekimlerin süt dişlerine amputasyon tedavisi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	37
Tablo 4.41. Amputasyon tedavisi yapmayan diş hekimlerinin (n=10) tedavi yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları	37
Tablo 4.42. Hekimlerin kullandığı amputasyon materyallerine ait verilerin dağılımları	38
Tablo 4.43. Hekimlerin süt dişlerine kanal tedavisi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	38
Tablo 4.44. Hekimlerin süt dişlerine kanal tedavisi yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları	39
Tablo 4.45. Hekimlerin süt dişi kanal patında kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları	39
Tablo 4.46. Hekimlerin kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin final restorasyonunda kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları	40

Tablo 4.47. Hekimlerin kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	40
Tablo 4.48. Hekimlerin kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi uygulamama nedenlerine ait verilerin dağılımları	41
Tablo 4.49. Hekimlerin diş travmalarına yaklaşımlarına ait verilerin dağılımları	41
Tablo 4.50. Hekimlerin yer tutucu yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	42
Tablo 4.51. Hekimlerin çocuk protezi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları	42
Tablo 4.52. Hekimlerin çocuk hastaları tedavi ederken karşılaştıkları zorluklara ait verilerin dağılımları	42
Tablo 4.53. Hekimlerin eğitim almak isteme durumlarına ait verilerin dağılımları	43
Tablo 4.54. Hekimlerin çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili eğitim almak istedikleri konulara dair verilerin dağılımları	43

1. GİRİŞ

Dünyada en sık görülen ağız diş sağlığı sorunlarından olan diş çürükleri, özellikle çocukluk çağında oldukça yaygındır.¹ Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılındaki Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre ağız ve diş sağlığı sorunları, 0-14 yaş grubundaki çocuklarda en fazla görülen ilk beş hastalık arasında yer almaktadır.²

Ağız sağlığı açısından küçük yaşlarda yapılan erken muayene ve zamanında uygulanacak koruyucu tedaviler olumlu etkiye sahiptir. Türk Pedodonti Derneği ve Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi ilk diş sürdüğü zaman (6. ay) ya da en geç bir yaşında iken ilk diş hekimi ziyaretinin yapılmasını önermektedir.³

Yapılan çalışmalarda, çocuklarının dental problemlerinin çözümü için velilerin sıklıkla pratisyen diş hekimlerine başvurduğu ancak diş hekimlerinin özellikle okul çağı öncesi çocuk hastaları tedavi etmekte istekli olmadığı ve hastaları çocuk diş hekimlerine yönlendirdikleri bildirilmiştir.⁴ Ülkemizde yapılmış olan bir çalışma pratisyen diş hekimlerinin davranış yönetimi, zaman ve ekip/donanım gibi durum yetersizlikleri nedeniyle çocuk hastaların tedavisinden kaçındıklarını göstermektedir.⁵

Çocuk hastaların dental tedavileri için ülkemizdeki çocuk diş hekimi sayısının yeterli olmadığı bilinmektedir.^{5,6} Dolayısıyla, çocuk hastalara yönelik tedavi uygulamalarında, pratisyen diş hekimlerine de önemli bir görev düşmektedir.⁵

Bu tez araştırmasında, Türkiye'deki çocuk diş hekimleri ve pratisyen diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Diş Hekimliği

Çocuk diş hekimliği, doğumdan ergenlik çağının sonuna kadar geçen dönemdeki (0-15 yaş) bireylerin ağız ve diş sağlığını inceleyen; bu bireylerde koruyucu, önleyici ve tedavi edici tüm yöntemleri uygulayan Anabilim Dalı'dır. Çocukluk çağında koruyucu uygulamalara erken başlanması ile ağız sağlığının korunması ve dişlerin sağlıklı sürmesi hedeflenmektedir.^{3,7}

2.2. Çocuk Diş Hekimliğinin Kapsamı

Çocuk diş hekimliğinin kapsamını; süt ve erken daimi dişlenme döneminde çürük başlamasını engellemek amacıyla koruyucu uygulamaların yapılması, dişlerde oluşan madde kayıplarının restoratif veya endodontik tekniklerle tedavi edilmesi, diş kaybı durumlarında ark bütünlüğünün korunması amacıyla yer tutucu uygulamaların yapılması oluşturmaktadır.³

2.2.1. Koruyucu Uygulamalar

Son yıllarda çürük riskini azaltmak için koruyucu uygulamalar ve diş yapılarının mümkün olduğunca korunduğu invaziv olmayan konservatif tedaviler oldukça önemli hale gelmiştir. Bu gelişmenin bir sonucu olarak günümüzde çürük prevalansı düşüşe geçmiş, biçim ve ilerleme hızı bakımından değişikliğe uğramıştır.⁸

Hastaların ağız, diş sağlığı, beslenme ve diş fırçalama konusunda eğitilmesi ile flor ve fissür örtücü uygulamaları koruyucu uygulamalar kapsamında yer almaktadır. Koruyucu uygulamalar diş çürüğüne karşı yürütülen savaşın olmazsa olmazlarıdır.⁹ Dişlerin günde iki kez florürlü diş macunu ile fırçalanması, şekerli besin tüketiminin azaltılması ve düzenli diş hekimi ziyaretleri yapılması ile diş çürüğüne karşı etkili bir korunma sağlanabilmektedir. Ebeveynler, çocuklarının dişlerini ilk dişler sürdüğünden itibaren fırçalamaya başlamalı ve bu alışkanlığı ömür boyu devam ettirmelidir.^{10,11}

Flor uygulamaları sistemik veya topikal olarak yapılmaktadır. Sistemik flor uygulamaları, diyetinde 0.6 ppm'den az flor bulunan ve içme suyunda flor bulunmayan ve çürük riski yüksek çocuklara tablet veya damla şeklindeki preparatlar verilmesi ile yapılmaktadır.¹¹ Çocuğun günlük flor alım miktarına göre flor preparatının dozuna karar verilmektedir.^{11,12,13}

Topikal flor uygulamaları, orta ve yüksek derecede çürük riski olan hastaların çürük miktarını azaltmakta oldukça etkili olmaktadır. Diş hekimleri tarafından en çok uygulanan flor materyalleri %2'lik sodyum florür (NaF; 9000 ppm), %8'lik kalay florür (SnF; 1000 ppm), %1.23'lük asidüle fosfat florür (APF; 12300 ppm) solüsyon veya jeli ve %5'lik sodyum florür verniktir (NaFV; 22500 ppm).^{3,9,11,14}

Topikal flor uygulamaları, plak kontrolü ve şeker tüketiminin azaltılması gibi çürük önleyici yaklaşımlar, genel olarak düz yüzey çürük lezyonlarının azalması üzerine daha büyük etkiye sahiptirler.¹⁵

Pit ve fissürlerin oluşturduğu retantif bölgeler, çürük oluşumu için elverişli alanlardır ve topikal flor uygulaması ile düz yüzeyler kadar korunamamaktadır.¹⁵ Bu alanlarda çürük oluşumunu önlemek amacıyla fissür örtücü uygulamalarından yararlanılmaktadır.^{8,16} Fissür örtücü uygulamaları ile mine ile ağız ortamı arasında

fiziksel bir bariyer oluşturularak diş asit ataklarından korunmaktadır.⁹ Mine ve dentinin çürükten az düzeyde etkilendiği durumlarda ise, minimal diş preparasyonu ile çürük dokunun uzaklaştırılarak geride kalan pit ve fissürlerin fissür örtücüler ile kapatıldığı koruyucu rezin restorasyonlardan faydalanılmaktadır.¹⁷

2.2.2. Restoratif Tedaviler

Çocuk hastalarda diş sert dokularında çürük ya da çürük dışı sebeplerden meydana gelen madde kayıplarını onarmak, kaybolmuş olan estetik ve fonksiyonun hastaya tekrar kazandırmak ve mümkün olduğunca pulpa canlılığını korumak amacıyla restoratif tedaviler yapılmaktadır.¹⁸

Çocuk hastalarda uygulanacak dental tedavilerde çalışma süresinin kısıtlılığı, süt ve daimi dişler arasındaki morfolojik ve histolojik farklılıklar ve süt dişlerinin ağızda kısa bir süre kalması gibi faktörler restoratif materyal seçiminde etkilidir.¹⁹

Süt ve karışık dişlenme döneminde yapılan restoratif tedavilerde cam iyonomer simanlar (CİS), poliasit modifiye kompozit rezinler (kompomer) gibi flor salabilen materyallerin yanı sıra kompozit rezinler, amalgam, paslanmaz çelik kuronlar (PÇK), strip kuronlar ve pediatrik zirkonyum kuronlardan faydalanılmaktadır.¹⁸

2.2.3. Endodontik Tedaviler

Çürük veya travma gibi etkenlerle pulpa dokusunun çeşitli derecelerde etkilendiği durumlarda pulpal sağlığın korunması ve/veya kök kanalı içerisindeki

mikroorganizmaların ve yan ürünlerinin elimine edilmesi amacıyla endodontik tedavilerden faydalanılmaktadır.²⁰ Çocuk hastalarda uygulanan endodontik prosedürler; indirekt pulpa kaplaması, direkt pulpa kaplaması, amputasyon, kök kanal tedavisi ve apeksifikasyon/apeksogenezisi içermektedir.

2.2.4. Diş Travmaları

Diş travmaları, büyük sıklıkla çocuk ve genç erişkinlerde görülmekte ve tüm yaralanmaların %5'ini kapsamaktadır. Okul çağı çocuklarının %25'i diş yaralanması geçirmekte, erişkinlerin ise %33'ü (çoğunluğu 19 yaş öncesinde olmak üzere) daimi dişlerinde travmaya maruz kalmaktadır.²¹ Çocukluk döneminde süt ve daimi dişlerin travmatik yaralanmalarında olumlu bir iyileşme elde etmek için doğru tanı, tedavi planlaması ve takip çok önemlidir.²¹ Diş travmaları estetik, fonksiyonel ve aynı zamanda psikolojik bozukluklara yol açabildiğinden, riskli durumlarda var olan dişleri koruma altına almak önemlidir. Dişleri korumak ve maksillofasiyal travmaları azaltmak için ağız koruyucuların kullanımı etkili bir yöntemdir.²²

2.2.5. Yer Tutucular ve Çocuk Protezleri

Süt dişlerinin fizyolojik düşme zamanından önce kaybedilmesi daimi dentisyonda çapraşıklık, ektopik erüpsiyon, orta hat kayması gibi maloklüzyonlara yol açabilmektedir.²³ Zamanından önce çekim gerekli olduğunda bu tip problemlerle karşılaşılması için yer tutucuların kullanılması gerekmektedir. Dişsiz boşluğun

büyüklüğü ve konumu, hastanın yaşı, ağız hijyeni ve kooperasyon durumu yapılacak olan yer tutucuların hareketli veya sabit, tek veya çift taraflı olacağını belirlemektedir.^{23,24}

2.2.6. Koruyucu Ortodontik Tedaviler

Süt dişlerinin mesiodistal boyutunun korunması veya restore edilmesi, topikal flor uygulamaları, fissür örtücü uygulamaları, hareketli ve sabit yer tutucular, süt dişlerinde görülen primer kontakların ortadan kaldırılması, süt dişi çekimleri, basit çapraz kapanışlarda eğik düzlemlilik plak uygulamaları ve kötü alışkanlıkların önlenmesi koruyucu ortodontik uygulamalar arasında sayılmaktadır.^{25,26}

2.3. Dental Muayene

Kliniğe ilk kez gelen çocuk hastalarda öncelikle iletişim kurulması ve güven duygusunun sağlanması ile teşhis ve tedavi planlaması daha iyi yapılabilmektedir.²⁷

İlk randevuda öncelikle hastadan/ velisinden ayrıntılı bir anamnez alınmalı, ardından ekstraoral, intraoral ve radyografik muayeneler yapılmalıdır.²⁷

Çocuklarda radyografik değerlendirme; tanı koyulması, tedavi planlaması, diş çürüklerinin tespiti, travmatik yaralanmalar, diş gelişim bozuklukları, dişler ve çeneler ile ilgili değişiklikler ve patolojilerin incelenmesi ve tedavilerin kontrolleri amacıyla gerekli olabilmektedir. Bitewing radyografiler, periapikal radyografiler ve panoramik radyografiler bu amaçla sık kullanılan görüntüleme yöntemlerini oluşturmaktadır.²⁸

2.4. Çocuklarda Psikolojik Gelişim

Çocukların davranışları buldukları psikolojik gelişim ve büyüme sürecine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Diş tedavisine karşı çocuğun göstereceği davranış biçimi karmaşıktır ve birçok faktöre bağlı olarak değişkendir. Bundan dolayı diş hekiminin çocuk hastası ile ilişkilerini çocuğun psikolojik gelişimine ve tutumuna göre şekillendirmesi gerekmektedir. Çocukların farklı yaşlardaki normal sayılabilecek davranışlarının çocuk hastalarda dental problemlerin teşhis ve tedavisi açısından akılda tutulması önemlidir.²⁹

2.5. Dental Korku ve Endişe

Yabancı ve otoriter kişilerle tanışma durumu, sırt üstü uzanmak zorunda kalmak, değişik sesler ve tatlar, rahatsızlık, bilmemek, geçmiş tecrübeler, bazen de ağrılı olabilecek uyaranlar diş hekimi ziyaretinin pek çok çocuk tarafından stresli olarak algılanmasına sebep olabilmektedir.³⁰ Diş hekimi korkusuna bağlı olarak dental tedavilerden kaçınmak, hastanın ağız sağlığını etkileyerek ciddi problemlere yol açabilmektedir.³¹ Çocukluk dönemindeki kaygının erişkin dönemde de devam ettiği görülmektedir. Bu sebepten, diş hekimi korku ve kaygısının erken dönemde saptanarak önlenmesi gerekmektedir.³¹

2.6. Davranış Yönlendirme

Çocuklara uygulanan davranış yönlendirme teknikleri ile hastadaki korku ve kaygının seviyesinin azaltılması, kalıcı davranış değişikliği sağlanması, pozitif geri bildirim

alınması, hastaya iyi bir ağız hijyeni ve kaliteli diş hekimliği hizmetlerinin verilmesi hedeflenmektedir.²⁹

Diş hekimi çocuğun ihtiyacına göre en uygun davranış yönlendirme tekniğini seçebilir veya bazı teknikleri birlikte kullanabilir.³² Bu uygulamaların en önemli amacı çocukla anlaşmaya varmak değil, çocuktaki pozitif davranışı kalıcı hale getirmektir.²⁹

2.6.1. Temel Davranış Yönlendirme Teknikleri

Randevu Öncesi Olumlu Görüntüler

Çocukların ve ebeveynlerin diş hekimi randevusundan önce diş tedavisi ile ilgili olumlu görüntüler izlemesi, hem hastaya görsel bilgi sağlamakta hem de hastanın tedaviden beklentisini şekillendirmektedir.²⁹

Doğrudan Gözlem

Hastalara video izlettirilerek veya diş tedavisi yapılan hasta gözlem ettirilerek hastanın diş hekimi ortamına alışması hedeflenmektedir.²⁹

Anlat Göster Uygula

Çocuk diş hekimliğinde en sık kullanılan davranış yönlendirme tekniğidir. Endişeli çocuklar çoğu zaman diş hekimliği aletlerinin ve işlemlerinin ne işe yaradığını

bilmediklerinden korku duyarlar. Bu teknikte hastanın yaşına uygun bir dilde yapılacak işlemler ve kullanılacak aletler önce anlatılır, sonra korkutmayacak biçimde işlemler hastaya gösterilir ve ardından uygulanır.^{29,33}

Sor-Anlat-Sor

Bu teknik, hastanın dental tedavi işlemleri ile ilgili sorularının (sor) ardından hekimin işlemleri çocuğun yaşına uygun olarak açıklaması (anlat) ve tekrar hastanın anlayıp anlamadığını ve ne hissettiğini sorgulamayı (sor) içermektedir.²⁹

Ses Kontrolü

Sesin yüksekliğinde, tonlamada ve vurgulamada kontrollü değişiklikler yapılarak, işbirliği sağlanamayan veya dikkati dağılan çocuklarda dikkatin kazanılması, olumsuz davranışlardan kaçınılması ve otorite kazanılması amaçlanmaktadır. Çocuk uyarılar sonrası uyumlu davranırsa, hekim çocuğa teşekkür ederek pozitif olarak güçlendirmelidir.^{29,33}

Pozitif Yüreklendirme

Çocuğun uyumlu davranışı ödüllendirilerek, aynı davranışın bir sonraki seansta da gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Başarılı bir randevu sonunda verilen rozetler

veya çıkartmalar, sözlü övgü, olumlu ses modülasyonu veya yüz ifadesi ödülleri arasında sayılabilmektedir.^{29,33}

Dikkat Dağıtma

Hastanın dikkatini rahatsız edici olarak algılanabilecek tedavi işleminden uzaklaştırmayı amaçlamaktadır. En iyi yöntem, diş hekiminin çalıştığı sırada hastasıyla konuşmasıdır; yanı sıra çizgi film, kitap, müzik veya hikaye kullanılabilir.³³

Sözel Olmayan İletişim

Beden dili, fiziksel temas, mimikler ve yüz ifadesiyle hastaya olumlu veya olumsuz mesajların verildiği bir tekniktir. Bu teknik diğer tekniklerin etkisini güçlendirerek, hastanın dikkatinin ve uyumunun sağlanması ve sürdürülmesine olanak verir.²⁹

Modelleme

İnsanların gelişiminin ve öğrenmelerinin büyük bir kısmının, başkalarının şartlı koşullandırmalarını gözlemlemesi ve taklit etmesi prensibine dayanmaktadır. Endişeli olan çocukların tedavi gören uyumlu çocukları izlemesiyle dental işlemler hakkında fikir sahibi olması ve kaygının azaltılması amaçlanmaktadır.³⁴

Duyarsızlaştırma

Dental korkuları bulunan uyumsuz çocuklarda kullanılan bir tekniktir.³³ Hekim öncelikle korkunun kaynağını öğrenir ve anlat – göster – uygula ile korkuya sebep olan durumları daha yeni ve çocuğun hoşuna gidecek bir dille açıklar.^{29,32,34}

Ebeveynin Varlığı/ Yokluğu

Çocuğun dikkatinin sağlanması, uyumunun iyileştirilmesini, olumsuz ve kaçış davranışlarının önlenmesini, uygun diş hekimi-hasta rollerinin oluşturulması, diş hekimi ile hasta arasındaki etkin iletişimin güçlendirilmesi, kaygının azaltılması ve olumlu bir diş hekimi deneyimi amaçlanmaktadır.²⁹

2.6.2. İleri davranış yönlendirme teknikleri

Fiziksel Kısıtlama

Hastanın izni olmaksızın hastanın kontrolsüz hareketlerine bağlı olarak yara alma olasılığını azaltmak amaçlanmaktadır. Bu uygulama hekim, personel, ebeveyn yardımıyla veya stabilizasyonu sağlayan cihazlar ile sağlanmaktadır. Bu tekniğin kullanımı hasta hakları açısından oldukça tartışmalı olduğundan yalnızca diğer davranış yönlendirme tekniklerinin başarısız olduğu durumlarda aile onayı alındıktan sonra, kooperasyon sağlanamayan mental veya fiziksel yetersizliği olan hastalarda ve hasta/ hekimin güvenliğinin risk altında olduğu durumlarla sınırlandırılmalıdır.²⁹

Sedasyon

Dental korkusu yüksek olan hastalarda kapsamlı olmayan diş tedavileri, diş çekimleri veya travma gibi acil tedaviler sedasyon ile yapılabilir ve hoş olmayan dental anksiyete ve davranış yönetimi sorunlarının gelişiminin önlenmesi amaçlanmaktadır.^{29,35}

Sedasyon esnasında hastalar sakinleştirici etki ile hoş olmayan uyaranlara karşı daha az duyarlıdır ve dikkati başka yöne çekme ve rahatlama gibi davranış yönlendirme tekniklerine karşı daha ılımlıdır. Kullanılan ilaçların analjezik etkisi olmamasına rağmen, endişe düzeyinde azalma meydana geldiğinden ağrı algısı da azalır.^{29,35,36}

Genel Anestezi

Genel Anestezi uygulaması; tedavinin klinik ortamda gerçekleştirilemediği bazı özel durumlarda başvuru ileri davranış yönlendirme tekniklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu teknik uyumlu olmayan, ileri düzeyde dental korkusu olan, çok fazla dental işlem gereksinimi olan, büyük cerrahi gereksinimi olan veya uyum sağlama yeteneğinden yoksun veya ileri derecede zihinsel veya fiziksel engelli olan hastalarda tercih edilmektedir. Diş hekimliğinde genel anestezi, tüm işlemlerin tek seansta tamamlanması ve hastanın uyumu gerektirmemesi açısından pratik gibi görünse de, çocuğun genel sağlığı açısından riskler taşıyabileceği için karar verilirken oldukça dikkatli olunması önerilmektedir.^{7,29,37}

2.7. Ağrı Kontrolü

Çocukluk dönemi süresince diş ağrısının ve ağrılı diş hekimi ziyareti deneyiminin çocuklardaki korku, endişe durumu ve davranış şekilleri üzerine direk etkisi olduğu bilinmektedir.^{4,38} Geçmiş ağrılı diş hekimi ziyaretlerinin olup olmadığının öğrenilmesi hekimin çocuğa yaklaşımını şekillendiren önemli faktörlerden biridir.²⁹ Ağrısız diş tedavisinin sağlanması ile hekim ile çocuk arasındaki kaygı ve korkunun yerini güven duygusu alır. Böylelikle gelecek diş hekimi ziyaretleri için olumlu davranış değişikliği kalıcı hale gelir.²⁹

2.7.1. Lokal Anestezi

Ağrı kontrolü için lokal anestezi uygulaması çocuk diş hekimliğinde etkili ve güvenli bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Lokal anestezi ile belirli bir bölgenin innervasyonunu sağlayan sinir dallarının anestezisi amaçlanmaktadır. Lokal anesteziye başarı oranı uygulayan hekime ve uygulanan tekniğe bağlı olarak değişebilmektedir. Lokal anestezi uygulamasındaki başarıyı etkileyen önemli bir diğer faktör ise hekimin çocuğa karşı yaklaşımı ve verdiği güven duygusudur.³⁹

Çocuk lokal anestezi uygulamadan önce yaşına ve olgunluk derecesine göre uygulamaya hazırlanmalıdır. Bu amaçla hekim ve çocuk hastanın iyi bir ilişki kurabilmesi için işlem süresince kontrol hissinin çocuğa verilmesi önerilmektedir. Küçük çocuklar çok detaylı açıklamalarla yüzleştiklerinde daha sinirli olabileceklerinden, yalnızca başa çıkabileceği şekilde bilgi verilmesi yeterlidir. Çocuklar yaşı büyüdükçe (6-7 yaşlar) daha detaylı bilgilerin üstesinden gelebildiğinden, diş hekiminin çocuğa rahatlatma ve düzenli nefes alma gibi farklı teknikleri de öğretmesi gerekli olabilmektedir.⁷

Çocuklar 12 yaşlarında soyut düşünme yeteneklerini geliştirdiklerinden, ağrıya tepkileri yetişkinlere benzemektedir ve bu yaştaki çocuklar lokal anestezi gerekliliğine kendisi karar verebilmektedirler.⁷

2.8. Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmalarda, çocuklarının dental problemlerinin çözümü için velilerin sıklıkla pratisyen diş hekimlerine başvurduğu gösterilmiştir.^{4,40} Bununla birlikte pratisyen diş hekimlerinin özellikle okul öncesi çocukları tedavi etmekte istekli olmadığı ve hastalarını çoğunlukla çocuk diş hekimlerine yönlendirdikleri bildirilmiştir.⁴ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisinden davranış yönetimi, zaman ve ekip/donanım gibi durumların yetersizlikleri nedeniyle kaçındıkları gösterilmiştir.⁵

Çocuk hastaların dental tedavileri için ülkemizdeki çocuk diş hekimi sayısının yeterli sayıda olmadığı bilinmektedir.^{5,6} Dolayısıyla, çocuk hastalara yönelik tedavi uygulamalarında, pratisyen diş hekimlerine de önemli bir görev düşmektedir.⁵

Literatürde, diş hekimlerinin çocuk hastalar hakkındaki bilgi düzeyini değerlendiren birçok çalışma olmasına karşın^{4,14,41-43} Türkiye’de diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisi konusunda yaklaşım ve davranışlarını ölçen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu nedenle, bu tez araştırmasında pratisyen diş hekimleri ile çocuk diş hekimlerinin çocuk hastalar hakkındaki tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Karar Tarihi: 10.09.2019; Karar No: 28) (EK-1).

3.1. Çalışma Grubunun Oluşturulması

Çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü, Power analizine (G*Power) göre (etki büyüklüğü 0.3, yanılma düzeyi %5 ve güç düzeyi %95) en az 172 kişi olarak hesaplandı.

Çalışmaya, Türkiye' de özel ya da devlet kurumunda çalışan diş hekimleri ve çocuk diş hekimleri dâhil edildi. Çalışmada diş hekimliği fakültesi'nden mezun olan ve herhangi bir uzmanlık/doktora eğitimi almamış kişiler diş hekimi grubunu, çocuk diş hekimliği'nde uzmanlık/doktora eğitimine devam eden ya da eğitimini tamamlamış diş hekimleri de çocuk diş hekimi grubunu oluşturmaktadır.

3.2. Anket Formlarının Hazırlanması ve Uygulanması

Literatürde yer alan benzer çalışmalardaki^{4-6,14,41-46} anket soruları da dikkate alınarak, Türkiye'deki diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine ilişkin soruları içeren kapsamlı bir anket formu hazırlandı (EK-3). Hazırlanan anketin anlaşılabilirliğinin test edilmesi için küçük bir grupta anket

değerlendirilmesi yapıldı ve bu değerlendirmeye göre anlaşılamayan noktalar düzenlendi. Anket formu, 4 bölüm ve 58'i çoktan seçmeli, 4'ü açık uçlu olmak üzere toplam 62 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunun ilk bölümü diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin cinsiyet, yaş, unvan, çalışılan kurum ve mezun olunan yıl gibi sosyodemografik bilgilerini içeren 7 adet sorudan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde çocuk hastalara yaklaşım konusundaki tutum ve davranışları içeren 17 soru, üçüncü bölümünde çocuk diş hekimliğinin kapsamı ve çocuk hastaların tedavileri ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 35 adet soru (5 adet muayene, tanı ve tedavi planlaması, 7 adet koruyucu tedavi, 3 adet ağrı kontrolü, 4 adet restoratif tedavi, 13 adet endodontik tedavi, 1 adet diş travmaları, 2 adet yer tutucu ve çocuk protezi uygulamaları hakkında) yer almaktadır. Anketin son bölümü ise hekimlerin çocuk hastaların dental tedavileri konusunda mesleki yeterlilik düzeyini sorgulayan 3 sorudan oluşmaktadır.

Anket formu online olarak <https://www.onlineanketler.com/> sitesi aracılığı ile oluşturuldu. Anket formunun linki, e-posta veya sosyal medya (WhatsApp©) aracılığıyla diş hekimlerine ve çocuk diş hekimlerine gönderildi ve veriler Ekim 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında elektronik ortamda toplandı. Katılımı arttırmak için hekimlere ikinci bir kez hatırlatma maili veya mesajı gönderildi. Anketin doldurulması, kişilerin çalışmaya katılma isteğinin göstergesi olarak kabul edildi. Kişiler tarafından anket formu tamamlandığında, otomatik olarak ilgili web sayfası üzerinden cevaplanan yanıtların yer aldığı Excel tablosuna dönüştürüldü.

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS Statistics 22 yazılımı (SPSS Inc. Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirildi.

Çalışmada standart tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde) kullanıldı. Diş hekimi ve çocuk diş hekimlerinin anket sorularına verdikleri cevapların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.

Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Gönderilen anketi Türkiye'nin farklı illerinde çalışmakta olan toplamda 221 hekim yanıtladı. Ancak 46 (%20.8) hekim anket sorularından bazılarını yanıtlamadığından, çalışma dışı bırakıldı ve 175 (%79.2) hekim çalışmaya dâhil edildi.

4.1. Hekimlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyet ve yaşa göre dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük kısmını kadınlar oluşturmakta olup (n=135, %77.1), hekimlerin büyük çoğunluğu (n=111, %63.4) 23-30 yaş grubundan idi.

Tablo 4.1. Hekimlerin cinsiyet ve yaşa göre dağılımları

	N	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	135	77.1
Erkek	40	22.9
Yaş		
23-30	111	63.4
31-40	38	21.7
41-50	22	12.6
≥51	4	2.3

Çalışmaya dâhil edilen hekimlerin 96'sının çocuk diş hekimi ve 79'unun diş hekimi olduğu belirlendi. Diş hekimlerinin yarısına yakınının (n=38, %48.1) devlet hastanesi/ Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi(ADSM)'nde, çocuk diş hekimlerinin ise büyük çoğunluğunun (n=80, %83.3) devlet üniversitelerinde çalıştığı tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hekimlerin çalıştıkları kuruma göre dağılımları

Kurum	Hekim		Total n(%)
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	
Çok hekimli özel muayenehane/özel poliklinik	27(34.2)	8(8.3)	35(20)
Özel muayenehane (tek hekim)	3(3.8)	0(0)	3(1.7)
Devlet hastanesi/ADSM	38(48.1)	3(3.1)	41(23.4)
Devlet üniversitesi	10(12.7)	80(83.3)	90(51.4)
Vakıf üniversitesi	1(1.3)	5(5.2)	6(3.4)

Tablo 4.3'te çalışmaya katılan tüm hekimlerin lisans eğitimini tamamladıktan sonra meslekte geçen süresinin (mesleki deneyim) 1-34 yıl arasında olduğu ve hekimlerin yarısına yakınının (n=84, %48.0) 5 yıldan az mesleki deneyimleri olduğu gözlemlendi.

Tablo 4.3. Hekimlerin lisans eğitimini tamamladıktan sonra geçen süreye göre dağılımları

Süre (Yıl)	Hekim		Total n(%)
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	
≤5	44(55.7)	40(41.7)	84(48.0)
6-10	17(21.5)	27(28.1)	44(25.2)
11-15	9(11.4)	8(8.3)	17(9.7)
16-20	3(3.8)	12(12.5)	15(8.6)
>20	6(7.6)	9(9.4)	15(8.6)

Tablo 4.4'te çocuk diş hekimlerinin, çocuk diş hekimisi olarak çalıştığı süre ise (doktora/uzmanlık eğitiminin ilk yılı dahil) 6 ay-30 yıl arasında olup, büyük çoğunluğu (n=64, %64.6) 5 yıldan az bir süredir çalışmakta olduğu tespit edildi.

Tablo 4.4. Çocuk Diş Hekimlerinin mesleki deneyim süresine (çocuk diş hekimisi olarak) göre dağılımları

Süre (Yıl)	n(%)
<5	62 (64.6)
6-10	11 (11.5)
11-15	5 (5.2)
16-20	14 (14.6)
>20	4 (4.2)

4.2. Hekimlerin Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan tüm hekimlerin “Süt dişleri değişeceği için tedavi edilmesine gerek yoktur” sorusuna ‘‘Yanlış’’ cevabını vererek, soruyu doğru yanıtladıkları saptandı.

Hekimlerin çocuk hastalarının tedavisini yapıp yapmadığı sorgulandığında, diş hekimlerinin %83.5’inin (n=66) çocuk hastaların tedavisini yaptığı, çocuk hastaların tedavisini yapmayan diş hekimlerinin (n=13, %16.5) ise daha çok mevcut performans sisteminden ve çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olmasından dolayı tedavi yapmadıkları tespit edildi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çocuk hastaların tedavisini yapmayan diş hekimlerinin tedavi yapmama nedenleri

Tedavi etmeme nedeniniz nedir? <i>(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)</i>	n(%)
Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması	0(0)
Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması	0(0)
Çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olması	6(46.2)
Zaman kaybindan	1(7.7)
Mevcut performans sistemi	6(46.2)
Çocuklara karşı davranış tekniğini belirleyememe	2(15.4)
Çocuk hastalarla ilgili güncel bilgileri takip edememe	2(15.4)

Tablo 4.6’da çocuk hastaların tedavisini yapan tüm hekimlerin (diş hekimi ve çocuk diş hekimi) yarısından fazlasının (n= 67, %69.8) çocuk hastalarının tedavisinde dört elli olarak çalışmadığı tespit edildi. Dört elli çalışma konusunda diş hekimleri ve çocuk diş hekimleri karşılaştırıldığında, dört elli çalışmayan çocuk diş hekimlerinin sayısının diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi (p=0.048*).

Tablo 4.6. Çocuk hastaların tedavisini yapan hekimlerin dört elli çalışma durumlarının karşılaştırılması

Çocuk hastaların tedavisi sırasında dört elli (yardımcı personelle birlikte) mi çalışıyorsunuz?	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	30(45.5)	29(30.2)	59(36.4)
Hayır	36(54.6)	67(69.8)	103(63.6)

Tablo 4.7’de ankete katılan ve çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin yarısına yakınının (n=32, %48.5) ayda 1-10 çocuk hastanın tedavisini yaptığı gözlemlenirken, çocuk diş hekimlerinin ise tamamına yakınının (n= 91 %94.8) ayda 20’den fazla çocuk hastanın tedavisini yaptığı belirlendi.

Tablo 4.7. Hekimlerin aylık tedavi ettikleri çocuk hasta sayısına göre dağılımları

Ayda kaç çocuk hastanın tedavisini yapıyorsunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
1-10	32(48.5)	1(1.0)	33(20.4)
11-20	13(19.7)	4(4.2)	17(10.5)
>20	21(31.8)	91(94.8)	112(69.1)

Tablo 4.8’de “Tedavi ettiğiniz çocuk hasta sayısı sizin için yeterli mi?” sorusuna çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin %86.4’ ü (n=57), çocuk diş hekimlerinin de %94.8’ i (n=91) “Evet” cevabını verdi.

Tablo 4.8. Hekimlerin tedavi ettiği çocuk hasta sayısını yeterli bulma durumlarına ait verilerin dağılımları

Tedavi ettiğiniz çocuk hasta sayısı sizin için yeterli mi?	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	57(86.4)	91(94.8)	148(91.4)
Hayır	9(13.6)	5(5.2)	14(8.6)

Tablo 4.9’da tedavi ettiği çocuk hasta sayısını yeterli bulmayan 14 hekimin (9 diş hekimini, 5 çocuk diş hekimini) hasta sayısını yeterli bulmama nedenlerinin dağılımı gösterilmektedir. Buna göre; her iki hekim grubu da ‘Az hasta gelmesi’ sebebiyle, yeterli sayıda hasta bakamadıklarını düşünmektedirler. ‘Diğer’ seçeneğini işaretleyenler ise; fiziksel imkânlar, idari görev, kliniğe çocuk diş hekimini gelmesi ya da

devlet hastanelerinde yeterli malzeme/yardımcı personel olmamasından dolayı yeterli sayıda çocuk hasta bakamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.9. Hekimlerin aylık tedavi ettikleri çocuk hasta sayısını yeterli bulmama nedenlerinin dağılımları

Tedavi ettiğiniz çocuk hasta sayısı sizin için yeterli değil ise nedeni: (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Az hasta gelmesi	7(77.8)	4(80.0)	11(78.6)
Diğer hekimlere göndermeniz	3(33.3)	0(0)	3(21.4)
Diğer	4(44.4)	2(40.0)	14(100)

Tablo 4.10’da engelli çocukların tedavisi hakkındaki sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, çocuk hasta bakan 66 diş hekiminin %47.0’ının (n=31), çocuk diş hekimlerinin de tamamına yakınının (n=95, %99.0) engelli çocukların tedavisini yaptığı belirlendi.

Tablo 4.10. Hekimlerin engelli çocuk hastaların tedavi etme durumlarına ait verilerin dağılımları

Engelli çocukları tedavi ediyor musunuz?	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	31(47.0)	95(99.0)	126(77.8)
Hayır	35(53.0)	1(1.0)	36(22.2)

Tablo 4.11’de engelli çocuklarının tedavisini yapmayan çocuk diş hekimi, engelli çocukların kooperasyon eksikliği yüzünden tedaviyi yapmadığını belirtti. Engelli çocukların tedavisi yapan çocuk diş hekimlerinin sayısı diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi ($p<0.01^*$). Engelli çocukların tedavisini yapmayan 35 diş hekimin ise engelli çocukların kooperasyon eksikliği, tedavinin fazla vakit gerektirmesi, yeterli bilgi ve deneyiminin olmaması, çalıştığı kurumun politikası, çalıştığı

kurumda engelli biriminin ayrı olması gibi nedenlerden dolayı engelli hasta bakmadıkları tespit edildi.

Tablo 4.11. Engelli hasta bakmayan hekimlerin engelli hastaların tedavilerini yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları

Engelli çocukları tedavi etmemenizin nedenini belirtin:	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Kooperasyon eksikliği	9(25.7)	1(100.0)	10(27.8)
Ayrı bir birimin olması	10(28.6)	0	10(27.8)
Bilgi ve tecrübe gerektirmesi	3(8.6)	0	3(8.3)
Pedodontiste yönlendirme	4(11.4)	0	4(11.1)
Klinik şartlarının yetersizliği	6(17.1)	0	6(16.7)
Zaman eksikliği	3(8.6)	0	3(8.3)

Tablo 4.12’de engelli hasta bakmayan hekimlerin engelli çocuk hastaların %66.7’sini çocuk diş hekimine, %66.7’sini Diş Hekimliği Fakültesine ve %11.1’ini Ağız Diş Sağlığı Merkezlerine yönlendirdikleri belirlendi.

Tablo 4.12. Engelli hasta bakmayan hekimlerin engelli hastalarını yönlendirdikleri kuruma göre dağılımları

Engelli çocukları nereye yönlendiriyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Çocuk diş hekimine	24(68.6)	0(0)	24(66.7)
Diş Hekimliği Fakültesine	23(65.7)	1(100)	24(66.7)
Özel muayenehanelerine	0(0)	0(0)	0(0)
Ağız Diş Sağlığı Merkezlerine	4(11.4)	0(0)	4(11.1)

Tablo 4.13’te ankete katılan hekimlerin tedavi ettikleri çocuk hastalarının yaş grubuna göre dağılımı gösterilmektedir. Çocuk diş hekimlerinin, diş hekimlerine göre daha fazla sayıda 2-5 ve 6-12 yaş grubu hasta bakmaları istatistiksel olarak anlamlı

bulundu ($p<0.01^*$). Diş hekimlerinin ise daha çok 13-18 yaş grubu hastaları tedavi ettikleri görülürken çocuk diş hekimlerine göre bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.01^*$).

Tablo 4.13. Hekimlerin tedavi ettikleri hastaların yaş grubuna göre dağılımları

	Hekim		Total n(%)
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	
2-5 yaş grubu çocuklar			
% 0-40	62(93.9)	52(54.2)	114(70.4)
%41-60	3(4.5)	30(31.3)	33(20.4)
%61-80	1(1.5)	14(14.6)	15(9.3)
%81-100	0(0)	0(0)	0(0)
6-12 yaş grubu çocuklar			
% 0-40	37(56.1)	26(27.1)	63(38.9)
%41-60	15(22.7)	42(43.8)	57(35.2)
%61-80	10(15.2)	22(22.9)	32(19.8)
%81-100	4(6.1)	6(6.3)	10(6.2)
13-18 yaş grubu çocuklar			
% 0-40	34(51.5)	90(93.8)	124(76.5)
%41-60	21(31.8)	2(2.1)	23(14.2)
%61-80	10(15.2)	3(3.1)	13(8.0)
%81-100	1(1.5)	1(1.0)	2(1.2)

Tablo 4.14’te “Diş hekimi kaygısı olan bir çocuğu tedavi etmeden önce stres olur musunuz?” sorusuna tüm hekimlerin yarısına yakınının ($n=78$, %48.15) “Bazen” yanıtını verdiği saptandı.

Tablo 4.14. Hekimlerin diş hekimi kaygısı olan çocuğu tedavi etmeden önce stres durumuna göre dağılımları

Diş hekimi kaygısı olan bir çocuğu tedavi etmeden önce stres olur musunuz?	Hekim		Total n(%)
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	
Her zaman	3(4.5)	1(1.0)	4(2.5)
Bazen	36(54.5)	42(43.8)	78(48.1)
Nadiren	23(34.8)	40(41.7)	63(38.9)
Hiçbir zaman	4(6.1)	13(13.5)	17(10.5)

Tablo 4.15'te çocuk hastaların tedavisini yapan hekimlerin “2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla genel anestezi uygularsınız?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Çocuk diş hekimlerinin diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla çocuk hastayı genel anestezi altında tedavi ettiği bulundu ($p<0.01^*$).

Tablo 4.15. Genel anestezi altında çocuk hasta bakılmasına ait verilerin dağılımları

2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla genel anestezi uygularsınız?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	41(62.1)	13(13.5)	54(33.3)
Nadiren	10(15.2)	20(20.8)	30(18.5)
Yılda 2-3 defa	4(6.1)	8(8.3)	12(7.4)
Ayda 1-3 kez veya daha sık	6(9.1)	27(28.1)	33(20.4)
Haftada bir kez	5(7.6)	28(29.2)	33(20.4)

Tablo 4.16'da çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerine “2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla bilinçli sedasyon uygularsınız?” sorusuna verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. Hekimlerin yarısından fazlası ($n=92$, %56.8) soruya ‘hiçbir zaman’ yanıtını verdi.

Tablo 4.16. Bilinçli sedasyon altında çocuk hasta bakılmasına ait verilerin dağılımları

2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla bilinçli sedasyon uygularsınız?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	48(72.7)	44(45.8)	92(56.8)
Nadiren	14(21.2)	36(37.5)	50(30.9)
Yılda 2-3 defa	1(1.5)	3(3.1)	4(2.5)
Ayda 1-3 kez veya daha sık	2(3.0)	8(8.3)	10(6.2)
Haftada bir kez	1(1.5)	5(5.2)	6(3.7)

Tablo 4.17'de hekimlerin çocuk hastalara uyguladıkları davranış yönlendirme teknikleri görülmektedir. Tedavi sırasında hem çocuk hastaların tedavisini yapan diş

hekimlerinin hem de çocuk diş hekimlerinin hastalarında daha çok “Anlat-göster-uygula” (%99.4) davranış yönlendirme tekniğini en az da ‘Hand Over Mouth’ (%4.3) tekniğini uyguladıkları saptandı.

Tablo 4.17. Hekimlerin uyguladıkları davranış yönlendirme tekniklerine ait verilerin dağılımları

Çocuk hastanızda hangi davranış yönlendirme tekniğini kullanıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Anlat- Göster- uygula	65(98.5)	96(100)	161(99.4)
Ses kontrolü	32(48.5)	82(85.4)	114(70.4)
Pozitif yöreklendirme	52(78.8)	95(99.0)	147(90.7)
Dikkat dağıtma	39(59.1)	81(84.4)	120(74.1)
Sessiz iletişim	4(6.1)	35(36.5)	39(24.1)
Modelleme	15(22.7)	67(69.8)	82(50.6)
Duyarsızlaştırma	7(77.8)	39(40.6)	46(28.4)
Hand over mouth	3(4.5)	4(4.2)	7(4.3)
Fiziksel baskılama	3(4.5)	12(12.5)	15(9.3)
Sedasyon	6(7.6)	34(35.4)	40(24.7)
Genel anestezi	10(15.2)	60(62.5)	70(43.2)

Tablo 4.18’de “Çocuk hastada tedavi öncesi radyografi alır mısınız?” sorusuna ait yanıtlar incelendiğinde, hekimlerin yarısından fazlasının sıklıkla radyografi aldığı belirlendi. Hekimlerin işlem öncesi radyografi aldıkları durumların dağılımları Tablo 4.19’da gösterilmektedir. Kök kanal tedavisi ve diş çekimleri en fazla radyografi alınan işlemlerdi.

Tablo 4.18. Hekimlerin tedavi öncesi radyografi alma sıklığına ait verilerin dağılımları

Çocuk hastada tedavi öncesi radyografi alır mısınız?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	1(1.5)	0(0)	1(0.6)
Bazen	15(22.7)	14(14.6)	29(17.9)
Sıklıkla	32(48.5)	61(63.5)	93(57.4)
Her zaman	18(27.3)	21(21.9)	39(24.1)

Tablo 4.19. Hekimlerin işlem öncesi radyografi aldıkları durumların dağılımları

İşlem öncesi radyografi alıyorsanız hangi durumda alırsınız lütfen belirtiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Diş çekimleri	57(86.4)	92(95.8)	149(92.0)
Yer tutucu uygulamaları	40(60.6)	91(94.8)	131(80.9)
Restoratif tedaviler	36(54.5)	46(47.9)	82(50.6)
Direkt/indirekt pulpa kaplaması	39(59.1)	76(79.2)	115(71.0)
Amputasyon	44(66.7)	88(91.7)	132(81.5)
Kök kanal tedavisi	57(86.4)	94(97.9)	151(93.2)
Dentisyon değerlendirilmesi	53(80.3)	76(79.2)	129(79.6)
Diğer (travma, anomali, ekstraoral şişlik)	1(1.5)	7(7.3)	8(4.9)

Tablo 4.20’de “Çocuk hastada tedavi sonrası radyografi alır mısınız?” sorusuna ait yanıtlar incelendiğinde, çocuk diş hekimlerinin diş hekimlerine göre daha sıklıkla işlem sonrası radyografi aldıkları saptandı. Tedavi sonrası radyografi almayan diş hekimlerinin sayısı (n=11, %16.7), Çocuk diş hekimlerine (n=2, %2.1) göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0.01^*$). Hekimlerin işlem sonrası radyografi aldıkları durumların dağılımları Tablo 4.21’de gösterilmektedir. Kök kanal tedavisi işlem sonrası en çok radyografi alınan tedavi idi.

Tablo 4.20. Hekimlerin tedavi sonrası radyografi alma sıklığına ait verilerin dağılımları

Çocuk hastada tedavi sonrası radyografi alır mısınız?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	11(16.7)	2(2.1)	13(8.0)
Bazen	46(69.7)	74(77.1)	120(74.1)
Sıklıkla	9(13.6)	20(20.8)	29(17.9)
Her zaman	0	0	0

Tablo 4.21. Hekimlerin işlem sonrası radyografi aldıkları durumların dağılımları

İşlem sonrası radyografi alıyorsanız hangi durumda alırsınız lütfen belirtiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Diş çekimleri	9(16.4)	8(8.5)	17(11.4)
Yer tutucu uygulamaları	1(1.8)	15(16.0)	16(10.7)
Restoratif tedaviler	7(12.7)	6(6.4)	13(8.7)
Direkt/indirekt pulpa kaplaması	12(21.8)	23(24.5)	35(23.5)
Amputasyon	29(52.7)	60(63.8)	89(59.7)
Kök kanal tedavisi	55(100)	90(95.7)	145(97.3)
Diğer (travma takibi, repozisyon)	0	6(6.4)	6(4.0)

Tablo 4.22’de tanı ve tedavi planlamasında çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin daha çok panoramik radyografiyi (n=46, %69.7), çocuk diş hekimlerinin ise periapikal radyografiyi (n=56, %58.3) tercih ettikleri saptandı.

Tablo 4.22. Hekimlerin en çok kullandığı radyografi tekniklerine ait verilerin dağılımları

Tanı ve tedavi planlamasında en çok hangi radyografik muayene tekniğini kullanıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Panoramik radyografi	46(69.7)	46(47.9)	92(56.8)
Periapikal radyografi	34(51.5)	56(58.3)	90(55.6)
Panoramik radyografiye ilave olarak bitewing radyografiler	5(7.6)	20(20.8)	25(15.4)
Panoramik radyografiye ilave olarak periapikal radyografiler	21(31.8)	47(49.0)	68(42.0)

Tablo 4.23'te çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin %25.8'inin (n=17), çocuk diş hekimlerinin ise %5.2'sinin (n=5) hastalarına flor tableti önerdiği saptandı. Flor tabletleri öneren diş hekimlerinin sayısı çocuk diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0.01^*$).

Tablo 4.23. Hekimlerin flor tabletleri önermelerine ait verilerin dağılımları

Hastalarınıza flor tabletleri öneriyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	17(25.8)	5(5.2)	22(13.6)
Hayır	49(74.2)	91(94.8)	140(86.4)

Tablo 4.24'te çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin %89.4'ünün (n=59), çocuk diş hekimlerinin de tamamının çocuk hastalarına topikal flor uygulaması yaptıkları tespit edildi.

Tablo 4.24. Hekimlerin topikal flor uygulamalarına ait verilerin dağılımları

Hastalarınıza flor uygulaması yapıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	59(89.4)	96(100.0)	155(95.7)
Hayır	7(10.6)	0	7(4.3)

Tablo 4.25'te hekimlerin kullanmayı tercih ettikleri flor preparatlarına ait verilerin dağılımları gösterilmektedir. Hekimlerin yarısından fazlasının %1.23 APF jeli (n=97, %62.9) ve vernik (n=89, %57.4) kullandıkları saptandı.

Tablo 4.25. Hekimlerin kullanmayı tercih ettikleri flor preparatlarına ait verilerin dağılımları

Hangi flor preparatını kullanmayı tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
% 2-4 NaF solüsyonları	4(6.8)	3(3.1)	7(4.5)
% 2-4 NaF jelleri	27(45.8)	28(29.2)	55(35.5)
% 8-10 SnF ₂ jel	2(3.4)	1(1.0)	3(1.9)
% 1.23 APF jel	31(52.5)	66(68.8)	97(62.6)
Vernik	19(32.2)	70(72.9)	89(57.4)

Tablo 4.26'da her iki hekim grubunun da büyük çoğunluğunun çocuk hastalarına fissür örtücü uygulaması yaptığı belirlendi [Diş hekimleri için %93.9(n=62), çocuk diş hekimleri için %96.9(n=93)].

Tablo 4.26. Hekimlerin fissür örtücü uygulamalarına ait verilerin dağılımları

Çocuk hastalarınıza fissür örtücü uygulaması yapıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	62(93.9)	93(96.9)	155(95.7)
Hayır	4(6.1)	3(3.1)	7(4.3)

Tablo 4.27’de hekimlerin fissür örtücü uygulaması yaptıkları dişlere ait verilerin dağılımları gösterilmiştir. Çocuk diş hekimleri hem süt hem daimi dişlerde fissür örtücü uygulaması yaparken, diş hekimlerinin çoğunluğunun sadece daimi dişlerde fissür örtücü uygulaması yaptığı öğrenildi (p=0.01*).

Tablo 4.27. Hekimlerin fissür örtücü uyguladıkları dişlere ait verilerin dağılımları

Hangi dişlere fissür örtücü uyguluyorsunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Süt dişi	2(3.2)	1(1.1)	3(1.9)
Daimi diş	41(66.1)	41(44.1)	82(52.9)
Her ikisi	19(30.6)	51(54.8)	70(45.2)

Tablo 4.28’de hekimlerin yarısından fazlasının (n=92, %56.8) atravmatik restoratif tedavi (ART) uyguladıkları saptandı. ART uygulayan çocuk diş hekimlerinin sayısı diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulundu (p<0.01*).

Tablo 4.28. Hekimlerin atravmatik restoratif tedavi uygulamalarına ait verilerin dağılımları

Süt dişlerinde atravmatik restoratif tedavi uyguluyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	23(34.8)	69(71.9)	92(56.8)
Hayır	43(65.2)	27(28.1)	70(43.2)

Tablo 4.29’da hekimlerin ART uygulaması yaptıkları hasta grupları gösterilmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğunun (n=84, %91.3) uyumsuz çocuklarda ART uyguladıkları saptandı.

Tablo 4.29. Hekimlerin atravmatik restoratif tedavi uyguladıkları çocuklara ait verilerin dağılımları

Hangi çocuklarda ART uyguluyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Çok küçük çocuklarda	14(60.9)	55(79.7)	69(75.0)
Uyumsuz çocuklarda	16(69.6)	68(98.6)	84(91.3)
Engelli hastalarda	8(34.8)	45(65.2)	53(57.6)
Çürük riski yüksek çocuklarda	5(21.7)	23(33.3)	28(30.4)

Tablo 4.30’da hekimlerin “Çocuk hastalarımızın restoratif tedavilerinde lokal anestezi kullanıyor musunuz?” sorusuna ait yanıtları gösterilmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğu (n=96, %59.3) ‘sıklıkla’ yanıtını verdi.

Tablo 4.30. Hekimlerin lokal anestezi kullanma durumlarına ait verilerin dağılımları

Çocuk hastalarımızın restoratif tedavilerinde lokal anestezi kullanıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	0	0	0
Bazen	26(39.4)	31(32.3)	57(35.2)
Sıklıkla	37(56.1)	59(61.5)	96(59.3)
Her zaman	3(4.5)	6(6.3)	9(5.6)

Tablo 4.31’de hekimlerin büyük çoğunluğunun çocuklarda ağrıyı çocuğun gözlerini ve yüzünü gözlemleyerek (n=133, %82.1) ve/ veya çocuğa sorarak (n=132, %81.5) değerlendirdiği saptandı. Çocuk diş hekimlerinin büyük bir kısmının (n=82, %85.4), diş hekimlerinin de yarısından fazlasının (n=42, 63.6) çocuğun vücut hareketlerini gözlemleyerek ağrı değerlendirmesi yaptığı öğrenildi.

Tablo 4.31. Hekimlerin ağrı değerlendirme yöntemlerine ait verilerin dağılımları

Çocuklarda uyguladığınız ağrı değerlendirme yöntemi nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Ebeveynlere sormak	11(16.7)	28(29.2)	39(24.1)
Çocuğa sormak	55(83.3)	77(80.2)	132(81.5)
Çocuğun gözlerini ve yüzünü gözlemlemek	49(74.2)	84(87.5)	133(82.1)
Çocuğun vücut hareketlerini gözlemlemek	42(63.6)	82(85.4)	124(76.5)
Diğer (lütfen belirtin)	1(1.5)	1(1.0)	2(1.2)

Tablo 4.32’de hekimlerin ağrı ve ağrı kontrolünün diş tedavisi sırasındaki önemine ait veriler incelendiğinde diş hekimlerinin yarısından fazlasının (n=34, %51.5), çocuk diş hekimlerinin ise yarısına yakının (n=43, %44.8) ‘hafif ağrı işe baş etmeyi öğrenmek hayatın bir parçası’ olduğunu düşündükleri saptandı.

Tablo 4.32. Hekimlerin ağrı ve ağrı kontrolünün diş tedavisi sırasında önemine ait verilerin dağılımları

Ağrı ve ağrı kontrolünün çocuklarda diş tedavisi sırasında önemi ile ilgili size en yakın olanı işaretleyiniz:	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Ağrısızlıktan asla ödün vermem	16(24.2)	27(28.1)	43(26.5)
Hafif ağrı ile baş etmeyi öğrenmek hayatın bir parçasıdır	34(51.5)	43(44.8)	77(47.5)
‘Komple ağrısızlık bir Ütopya’dır.	12(18.2)	16(16.7)	28(17.3)
Çocuklar acı verici deneyimleri yetişkinlerden daha hızlı unuttur	3(4.5)	7(7.3)	10(6.2)
Süt dişlerinde tüm restoratif tedaviler N ₂ O-O ₂ sedasyon kullanarak ağrı olmadan yapılabilir	1(1.5)	3(3.1)	4(2.5)

Tablo 4.33’te her iki hekim grubunun da çoğunluğunun, süt dişi restorasyonunda daha çok cam iyonomer ya da kompomer dolgu materyallerini tercih ettikleri saptandı.

Tablo 4.33. Hekimlerin süt dişi restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları

Süt dişlerini tedavi ederken hangi restoratif materyalleri tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Cam iyonomer	56(84.9)	89(92.7)	145(89.5)
Poliasit modifiye kompozit rezin (kompomer)	53(80.3)	90(93.8)	143(88.3)
Kompozit	28(42.4)	53(55.2)	81(50.0)
Amalgam	17(25.8)	16(16.7)	33(20.4)
Diğer (Giomer, PÇK)	1(1.5)	4(4.2)	5(3.1)

Tablo 4.34'te çocuk diş hekimlerinin ve diş hekimlerinin süt anterior dişlerin restorasyonlarında çoğunlukla kompozit veya kompomer dolgu materyallerini kullandıkları tespit edildi.

Tablo 4.34. Hekimlerin süt anterior dişlerin restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları

Süt anterior dişlerde hangi restoratif materyali tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Cam iyonomer	6(9.1)	22(22.9)	28(17.3)
Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)	44(68.2)	76(79.2)	120(74.1)
Kompozit	42(63.6)	61(63.5)	103(63.6)
Strip Kuron	13(19.7)	49(51.0)	62(38.3)
Zirkonyum Kuron	2(3.0)	13(13.5)	15(9.3)

Tablo 4.35'te süt posterior dişlerin restorasyonlarında ise genellikle kompomer dolgu materyalinin kullanıldığı görüldü (n=140, %86.4).

Tablo 4.35. Hekimlerin süt posterior dişlerin restorasyonunda tercih ettikleri restoratif materyallere ait verilerin dağılımları

Süt posterior dişlerde hangi restoratif materyali tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Cam iyonomer	47(71.2)	70(72.9)	117(72.2)
Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)	53(80.3)	87(90.6)	140(86.4)
Kompozit	39(59.1)	50(52.1)	89(54.9)
Amalgam	20(30.3)	21(21.9)	41(25.3)
Paslanmaz çelik kuron	11(16.7)	76(79.2)	87(53.7)

Tablo 4.36’da çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (n=52, %78.8), çocuk diş hekimlerinin de sadece %15.6’sının (n=15) hastalarına paslanmaz çelik kuron (PÇK) uygulaması yapmadıkları belirlendi. PÇK uygulamayan diş hekimlerinin sayısı çocuk diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulundu (p<0.01*). PÇK uygulayan çocuk diş hekimlerinin % 61.5’i (n=59), diş hekimlerinin ise %13.6’sı (n=9) PÇK’yı daha çok ‘‘Sadece üç yüzü içine alan amputasyon/pulpektomi tedavilerinde’’ kullandığı tespit edildi (p<0.01*).

Tablo 4.36. Hekimlerin paslanmaz çelik kuron kullanma sıklığına ait verilerin dağılımları

Klinikte süt dişlerine paslanmaz çelik kuron kullanma sıklığınız nedir?)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
MOD kaviterimin hepsinde kullanırım	0(0)	5(5.2)	5(3.1)
Sadece üç yüzü içine alan amputasyon/pulpektomi tedavilerinde kullanırım	9(13.6)	59(61.5)	68(42.0)
Tüm amputasyon/pulpektomi tedavilerinde kullanırım	1(1.5)	8(8.3)	9(5.6)
Yüksek çürük risk grubundaki hastalarımın tüm restorasyon ihtiyaçlarında kullanırım	4(6.1)	9(9.4)	13(8.0)
Restorasyonlarımda PÇK kullanmıyorum	52(78.8)	15(15.6)	67(41.4)

Tablo 4.37’de diş hekimlerinin büyük çoğunluğu (n=56, %84.8) endodontik tedaviler sırasında rubber dam kullanmadığını belirtti. Çocuk diş hekimlerinin %45.8’i

(n=44) ‘hiçbir zaman’, %46.9’u (n=45) ise ‘bazen’ rubber dam kullandıklarını bildirdi. Rubber dam kullanmayan diş hekimlerinin sayısı çocuk diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p<0.01^*$).

Tablo 4.37. Hekimlerin endodontik tedaviler esnasında rubber dam kullanma sıklığına ait verilerin dağılımları

Endodontik tedaviler esnasında rubber dam kullanıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hiçbir zaman	56(84.8)	44(45.8)	100(61.7)
Bazen	9(13.6)	45(46.9)	54(33.3)
Sıklıkla	1(1.5)	7(7.3)	8(4.9)
Her zaman	0	0	0

Tablo 4.38’de diş hekimlerinin %69.7’ sinin (n=46), çocuk diş hekimlerinin ise %72.9’ unun (n=70) süt dişlerine direkt pulpa kaplaması yapmadığı tespit edildi.

Tablo 4.38. Hekimlerin süt dişlerine direkt pulpa kaplaması yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Süt dişlerine direkt pulpa kaplaması tedavisi yapmayı tercih ediyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	20(30.3)	26(27.1)	46(28.4)
Hayır	46(69.7)	70(72.9)	116(71.6)

Tablo 4.39’da süt dişlerine direkt pulpa kaplaması yapan hekimlerin büyük çoğunluğunun (n=38, %82.6) kalsiyum hidroksit kullandığı saptandı.

Tablo 4.39. Hekimlerin direkt pulpa kaplamasında kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları

Direkt pulpa kaplamasında hangi materyali kullanıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Kalsiyum hidroksit	17(85.0)	21(80.8)	38(82.6)
Cam iyonomer	4(20.0)	4(15.4)	8(17.4)
MTA	7(35.0)	13(50.0)	20(43.5)
Diğer (theracal, çinkooksit)	2(10.0)	2(7.7)	4(8.7)

Tablo 4.40’da çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (n=56, %84.8), çocuk diş hekimlerinin de tümünün amputasyon tedavisi yaptıkları belirlendi. Amputasyon tedavisi yapan çocuk diş hekimlerinin sayısının diş hekimlerine göre fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.01^*$).

Tablo 4.40. Hekimlerin süt dişlerine amputasyon tedavisi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Süt dişlerine amputasyon tedavisi yapmayı tercih ediyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	56(84.8)	96(100.0)	152(93.8)
Hayır	10(15.2)	0	10(6.2)

Çocuk hastaların tedavisini yapmasına rağmen, amputasyon tedavisi yapmayan hekimlerin amputasyon tedavisini uygulamama nedenleri Tablo 4.41’de gösterilmektedir.

Tablo 4.41. Amputasyon tedavisi yapmayan diş hekimlerinin (n=10) tedavi yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları

Amputasyon tedavisini uygulamama nedeniniz nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	n(%)
Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması	1(1)
Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması	1(1)
Zaman kaybından	2(2)
Mevcut performans sistemi	6(6)
Diğer (malzeme eksikliği, uzmana yönlendirme, devlet hastanesi yönetici onay vermiyor)	3(3)

Tablo 4.42’de amputasyon tedavisi yapan diş hekimlerinin yarısından fazlasının (n=31, %55.4) formokrezolu, çocuk diş hekimlerinin ise formokrezol (n=55, %57.3) ya da ferrik sülfatı (n=57, 59.4) tercih ettiği tespit edildi.

Tablo 4.42. Hekimlerin kullandığı amputasyon materyallerine ait verilerin dağılımları

Hangi amputasyon materyalini tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Ferrik Sülfat	21(37.5)	57(59.4)	78(51.3)
Formokrezol	31(55.4)	55(57.3)	86(56.6)
MTA	8(14.3)	34(35.4)	42(27.6)
CaOH	13(23.2)	10(10.4)	23(15.1)

Tablo 4.43’te çocuk hastaların tedavisini yapan diş hekimlerinin yarısından fazlasının (n=45, %68.2), çocuk diş hekimlerinin de tamamına yakının (n=94, %97.9) süt dişlerine kanal tedavisi uyguladıkları tespit edildi. Süt dişlerine kanal tedavisi yapan çocuk diş hekimlerinin sayısı diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla bulundu (p<0.01*).

Tablo 4.43. Hekimlerin süt dişlerine kanal tedavisi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Süt dişlerine kanal tedavisi yapmayı tercih ediyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	45(68.2)	94(97.9)	139(85.8)
Hayır	21(31.8)	2(2.1)	23(14.2)

Tablo 4.44’te kanal tedavisi yapmayan iki çocuk diş hekiminden birinin eğitimindeki pratik uygulamanın yetersiz olmasından dolayı, diğerinin de başarı şansının az olduğunu düşündüğü için süt dişlerinde kanal tedavisi uygulaması yapmadıkları belirlendi.

Tablo 4.44. Hekimlerin süt dişlerine kanal tedavisi yapmama nedenlerine ait verilerin dağılımları

Süt dişlerine kanal tedavisi yapmama nedeniniz nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması	3(14.3)	0(0)	3(13.0)
Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması	5(23.8)	1(50)	6(26.1)
Zaman kaybindan	3(14.3)	0(0)	3(13.0)
Mevcut performans sistemi	8(38.1)	0(0)	8(34.8)
Diğer (başarı riski, alttaki daimi dişe zarar verme olasılığı, kooperasyon güçlüğü gibi),	9(42.9)	1(50.0)	10(43.5)

Tablo 4.45’te hem diş hekimlerinin hem de çocuk diş hekimlerinin süt dişlerinde kanal patı olarak daha çok kalsiyum hidroksit + iyodoform karışımını kullandıkları saptandı.

Tablo 4.45. Hekimlerin süt dişi kanal patında kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları

Kanal patı olarak ne tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Kalsiyum hidroksit	20(44.4)	17(18.1)	37(26.6)
İyodoform patı	10(22.2)	17(18.1)	27(19.4)
Çinko oksit ojenol patı	6(13.3)	16(17.0)	32(23.0)
MTA	5(11.1)	9(9.6)	14(10.1)
Kalsiyum hidroksit ve iyodoform karışımı	27(60.0)	76(80.9)	103(74.1)

Tablo 4.46’de hekimlerin büyük çoğunluğunun (n=93, %66.9) kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin final restorasyonunda kompomer dolgu materyalini kullandıkları tespit edildi. Çocuk diş hekimlerinin %72.2’si (n=68), diş hekimlerinin ise %20’si (n=9) paslanmaz çelik kuron uyguladıklarını belirtmişler. Final restorasyon olarak zirkonyum kuron’u ise çocuk diş hekimlerinin %6.4’ünün (n=6) kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.46. Hekimlerin kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin final restorasyonunda kullandıkları materyallere ait verilerin dağılımları

Kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin final restorasyonu olarak ne tercih ediyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Cam iyonomer	9(20.0)	13(13.8)	22(15.8)
Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)	27(60.0)	66(70.2)	93(66.9)
Kompozit	25(55.6)	37(39.4)	62(44.6)
Amalgam	12(26.7)	15(15.9)	27(19.4)
Strip kuron	2(4.4)	5(5.3)	7(5.0)
Paslanmak Çelik Kuron	9(20.0)	68(72.3)	77(55.4)
Zirkonyum Kuron	0	6(6.4)	6(4.3)

Tablo 4.47’de çocuk diş hekimlerinin tamamına yakınının (n=90, %93.8), diş hekimlerinin ise yarısına yakınının (n=30, %45.5) kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi yaptıkları saptandı (p<0.01*).

Tablo 4.47. Hekimlerin kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi yapıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	30(45.5)	90(93.8)	120(74.1)
Hayır	36(54.5)	6(6.3)	42(25.9)

Tablo 4.48’de hekimlerin kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi uygulamama nedenleri gösterilmiştir. Kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi yapmayan çocuk diş hekimleri eğitiminde pratik uygulamanın yetersiz olduğunu, apeksifikasyon veya rejeneratif tedavi uyguladıklarını belirttikleri saptandı.

Tablo 4.48. Hekimlerin kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi uygulamama nedenlerine ait verilerin dağılımları

Kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi uygulamama nedeniniz nedir? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması	4(11.1)	0	4(9.5)
Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması	16(44.4)	1(16.7)	17(40.5)
Zaman kaybindan	2(5.5)	0	2(4.8)
Mevcut performans sistemi	15(41.7)	0	15(35.7)
Diğer: rejenerasyon, malzeme eksikliği, çalışma şartları	7(19.4)	5(83.3)	12(28.6)

Tablo 4.49’da ankete katılan ve çocuk hastaların tedavisini yapan hekimlerin “Süt ve genç daimi diş travmalarında nasıl bir yöntem uyguluyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Çocuk diş hekimlerinin tamamının diş travmalarını kendilerinin tedavi ettikleri tespit edilirken, diş hekimlerinin yarısına yakınının (n=30, %45.5) kendilerinin tedavi ettikleri saptandı (p<0.01*).

Tablo 4.49. Hekimlerin diş travmalarına yaklaşımlarına ait verilerin dağılımları

Süt ve genç daimi diş travmalarında nasıl bir yöntem uyguluyorsunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Kendim tedavi ediyorum	30(45.5)	96(100)	126(77.8)
Bir çocuk diş hekimine sevk ediyorum	14(21.2)	0(0)	14(8.6)
Üniversite hastanesine sevk ediyorum	19(28.8)	0(0)	19(11.7)
Diğer	3(4.5)	0(0)	3(1.9)

Tablo 4.50’de “Hastalarınıza yer tutucu uygulaması yapıyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, çocuk hasta bakan 66 diş hekiminin %57.6’sının (n=38), çocuk diş hekimlerinin de tamamına yakınının (n=95, %99.0) yer tutucu yaptığı belirlendi (p<0.01*).

Tablo 4.50. Hekimlerin yer tutucu yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Hastalarınıza yer tutucu uygulaması yapıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	38(57.6)	95(99.0)	133(82.1)
Hayır	28(42.4)	1(1.0)	29(17.9)

Tablo 4.51’de diş hekimlerinin sadece %13.6’sının (n=9), çocuk diş hekimlerinin de %90.6’sının (n=87) hastalarına çocuk protezi yaptığı tespit edildi (p<0.01*).

Tablo 4.51. Hekimlerin çocuk protezi yapma durumlarına ait verilerin dağılımları

Hastalarınıza çocuk protezi uygulaması yapıyor musunuz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	9(13.6)	87(90.6)	96(59.3)
Hayır	57(86.4)	9(9.4)	66(40.7)

Yapılan anket sonucu, Tablo 4.52’de hem diş hekimlerinin hem de çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisi sırasında en çok kooperasyon problemi yaşadığı gözlemlendi (sırasıyla n=65,%98.5; n=80, %83.3).

Tablo 4.52. Hekimlerin çocuk hastaları tedavi ederken karşılaştıkları zorluklara ait verilerin dağılımları

Çocuk hastaları tedavi ederken hangi zorluklarla karşılaşıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Hastaların kooperasyon problemi	65(98.5)	80(83.3)	145(89.5)
Ebeveynlerle iletişim eksikliği	55(83.3)	76(79.2)	131(80.9)
Zaman yetersizliği	39(59.1)	52(54.2)	91(94.8)
Diğer (malzeme ve çalışan eksikliği vb.)	2(3.0)	5(5.2)	7(4.3)
Karşılaşmıyorum	0(0)	1(1.0)	1(0.6)

Tablo 4.53'te ankete katılan diş hekimlerinin %64.6' sının (n=51), çocuk diş hekimlerinin de %69.8'inin (n=67) çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili daha fazla eğitim almak istedikleri belirlendi.

Tablo 4.53. Hekimlerin eğitim almak isteme durumlarına ait verilerin dağımları

Çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili daha fazla eğitim almak ister miydiniz?	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Evet	51(64.6)	67(68.8)	118(67.4)
Hayır	28(35.4)	29(30.2)	57(32.6)

Eğitim almak isteyen hekimlerin hangi konularda eğitim almak istediklerine ait verilerin dağılımı Tablo 4.54'te gösterilmektedir. "Diğer" seçeneğini işaretleyenlerin hastaya yaklaşım/iletişim, ortodontik tedavi, güncel materyaller ve uygulamalar hakkında eğitim almak istedikleri tespit edildi.

Tablo 4.54. Hekimlerin çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili eğitim almak istedikleri konulara dair verilerin dağımları

Hangi konularda eğitim almak istersiniz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	Hekim		
	Diş Hekimi n(%)	Çocuk Diş Hekimi n(%)	Total n(%)
Koruyucu Uygulamalar (flor, fissür örtücü, koruyucu rezin restorasyon vb.)	16(31.4)	13(19.4)	29(24.6)
Restoratif Tedaviler	17(33.3)	19(28.4)	36(30.5)
Endodontik Tedaviler	35(68.6)	41(61.2)	76(64.4)
Yer Tutucu Uygulamaları	34(66.7)	23(34.3)	57(48.3)
Rejeneratif Tedaviler	41(80.4)	58(86.6)	99(83.9)
Diğer(hastaya yaklaşım, erken ortodontik tedaviler,güncel materyaller)	1(2.0)	5(7.5)	6(5.1)

5. TARTIŞMA

Çocuk diş hekimleri ve pratisyen diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirdiğimiz tez çalışması, literatürde ülkemizdeki bu konu hakkında yapılan ilk çalışmadır. Bu nedenle literatürdeki bu eksikliği tamamlaması açısından önemlidir.

Yapılan birçok çalışmada diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisinden kaçınmadığı; fakat üç yaş altı çocukların tedavisi çok daha zor olduğundan, bu yaş grubunun tedavisi konusunda hekimlerin istekli olmadıkları bildirilmiştir.^{47,48} Diş hekimliği eğitiminde küçük ve uyumsuz hastaların tedavilerine daha az yer verilmesi, hekimlerin bu hastaların tedavilerinde kendilerini rahatsız ve tecrübesiz hissetmeleri tedavileri reddetme sebepleri olarak bildirilmiştir.^{44,47} Bu tez araştırmasında, diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Anket, kişilerden bilgi toplamak için kullanılan bir yöntemdir.⁴⁹ Araştırmamızda, diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilebilmesi için anket yöntemiyle veriler toplandı. Anketler genel olarak kendi kendine veya kişiyle görüşerek olmak üzere iki yöntemle uygulanmaktadır. Görüşme ile yapılan anketler yüz-yüze ya da telefon aracılığıyla uygulanabilir. Yüz yüze anketler özel bir popülasyona ya da özel bir ankete ihtiyaç duyulduğunda tercih edilir. Telefon ile yapıldığı takdirde daha geniş kitlelere ulaşılabilir. Kendi kendine yapılan anketler ise posta ya da e-posta gibi yöntemlerle uygulanabilir.⁵⁰ Online anketlerin hızlı olması, erişim kolaylığı, maliyetinin düşük olması gibi avantajları nedeniyle⁵¹ araştırmamızda e-posta ve sosyal medya (WhatsApp©) aracılığıyla anket uygulandı. Bu tür anketlerde katılım oranının düşük olması karşılaşılan sorunlardan biridir. Bu sorunun üstesinden

gelebilmek için ikinci bir hatırlatma mesajı yollanarak katılımcı sayısının artırılması amaçlandı. Anketimize Türkiye'nin farklı illerinde çalışmakta olan toplamda 221 hekim yanıt verdi. Ancak 46 hekim anket sorularından bazılarını yanıtlamadığından, çalışma dışı bırakıldı ve 175 hekim (79'u diş hekimi, 96'sı çocuk diş hekimi) çalışmaya dâhil edildi.

Anket çalışmamıza katılan hekimler özel ve kamu kuruluşlarında çalışmaktadır. Diş hekimlerinin büyük kısmı devlet hastanesi/ ağız diş sağlığı merkezinde ve özel muayenehane/ poliklinikte çalışmakta, çocuk diş hekimlerinin ise büyük çoğunluğu devlet üniversitesinde görev almaktadır. Anket çalışmamıza katılan diş hekimlerinin %16.5'inin çocuk hastaların tedavisinden kaçındığı tespit edildi. Çocuk hasta tedavi eden diş hekimlerinin %48.5'inin ise ayda sadece 1- 10 arası çocuk hasta baktığı saptandı. Çalışmamızda, Türkiye'de diş hekimleri ile yapılan çalışmaların^{5,41} sonuçlarına benzer şekilde çocuk hasta tedavi oranları oldukça az bulundu. Bunun sebepleri arasında kamu hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin mevcut performans sistemine tabi tutulmaları, fiziksel imkânların yetersizliği, çocuk hasta tedavilerinin zor olması ve daha fazla zaman gerektirmesi sayılabilir. Ayrıca bazı kamu hastanelerinde görev yapan diş hekimlerinin çocuk hastaları aynı kurumdaki çocuk diş hekimlerine yönlendirdikleri öğrenildi. Benzer şekilde Kambek'in⁶ diş hekimlerine yönelik yaptığı anket çalışmasında; 0-15 yaş grubu çocukların tedavisini kabul etmeyen hekimlerin bu yaş grubu hastalarda iletişim zorluğunu, ebeveynlerin süt dişi tedavisini ve tedavi masrafını gereksiz bulduklarını ve ayrıca bu yaş grubunu tedavi etmekten hoşlanmadıklarını ifade etmektedirler.

Diş hekimlerinin diş hekimi kaygısı olan çocukları tedavi etmeden önce, çocuk diş hekimlerinden daha fazla stres yaşadıkları tespit edildi. Bunun diş hekimlerinin daha az sayıda 2-12 yaş grubu çocuk hasta tedavi etmeleriyle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz

($p<0.01^*$). Ayrıca çocukların yaşları küçüldükçe pratisyen diş hekimleri tarafından daha düşük oranda tedavi edildikleri görüldü.

Çalışmamızda hekimler arasında dört elli çalışmayan çocuk diş hekimlerinin diş hekimlerine göre sayılarının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ($p=0.048^*$). Sonucun; çalışmamıza katılan çocuk diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun üniversite hastanesinde çalışıyor olması ve bu kurumlarda yeterli yardımcı personel bulunamaması nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Anketimize katılan diş hekimlerinin büyük çoğunluğunu devlet hastanesi/ ağız diş sağlığı merkezinde çalışanlar oluşturduğundan, engelli hastaları çocuk diş hekimlerine veya diş hekimliği fakültelerine yönlendirdikleri saptandı. Özel tedavi gerektiren çocuklar için bilgi, özel ekip ve donanım eksikliği diş hekimlerinin bu hizmeti vermesine engel olmaktadır. Özel tedavi gerektiren çocukların diş tedavilerine yönelik eğitimlerin verilmesiyle bu hastaların tedavilerinde diş hekimleri daha aktif olabileceklerdir.

Lekic ve ark.'nın⁴⁴, Roshan ve ark.'nın⁴⁵ ve Aytepe ve ark.'nın⁴¹ yaptıkları çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde diş hekimlerinin daha çok Anlat- Göster- Uygula gibi temel davranış yönlendirme tekniklerini kullandıkları saptandı. Fiziksel baskılama, sedasyon ve genel anestezi gibi ileri davranış yönlendirme tekniklerinin ise fiziksel şartlarının ve deneyimlerinin daha iyi olması nedeniyle çocuk diş hekimleri tarafından daha fazla kullanıldıklarını düşünmekteyiz ($p<0.01^*$). Çalışmamızda diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin yarısından fazlasının (% 56.8) bilinçli sedasyon uygulamadıkları tespit edildi. Bu düşük oranının, bilinçli sedasyon için kullanılan cihazların ve ekipmanların pahalı olması ile ilişkili olduğu kanısındayız. Topçuoğlu ve Aydınbelge de çocuk diş hekimlerinin kliniklerinde bilinçli sedasyon için gerekli ekipmanlarının olmaması nedeniyle bu yöntemi tercih etmediklerini belirtmişlerdir.⁵²

Çalışmamızda her iki grupta yer alan hekimlerin tamamına yakınının (%93) tedavi öncesi radyografi aldığı tespit edildi. Tedavi sonrası hiçbir zaman radyografi almadığını belirten diş hekimleri anlamlı olarak daha fazlayken ($p<0.01^*$); her iki grubun da neredeyse tamamı (%97.3) kök kanal tedavisi sonrasında radyografi aldıklarını belirtti. Sonucun; yapılan tedavinin yeterliliğinin tespiti, sonraki seanslarda alınacak kontrol radyografiler ile karşılaştırma yapılabilmesi, Sağlık Uygulama Tebliği gereğince kök kanal tedavisi öncesi ve sonrası radyografi kaydı istenmesi gibi sebeplere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (% 69.7) tanı ve tedavi planlamasında panoramik radyografileri kullandıkları belirlendi. Çocuk diş hekimlerinin ise genel olarak periapikal radyografiyi ve/ veya panoramik radyografiye ek olarak periapikal radyografiyi tercih ettikleri tespit edildi. Panoramik radyografilerin dişleri, dental arkları, yüz kemiklerini ve komşu anatomik yapıları detaylı bir şekilde değerlendirme imkanı sunması, ağız açıklığı kısıtlı olan veya intraoral teknikleri tolere edemeyen hastalarda uygulanabilmesi, hızlı ve pratik bir yöntem olması gibi avantajları vardır.⁵³ Çalışmamıza katılan çocuk diş hekimlerinin panoramik radyografiye ek olarak periapikal radyografi aldıkları öğrenildi. Panoramik radyografilerde oluşabilecek süperpozisyonların anatomik yapıların incelenmesini zorlaştırmaması çocuk diş hekimlerini ek bir radyografi almaya itmiş olabileceği düşüncesindeyiz.^{53,54}

Çocuk diş hekimlerinin tamamının, diş hekimlerinin ise %89.4'ünün topikal flor uyguladıkları ve çoğunluğun %1.23'lük APF jelini tercih ettiği saptandı. Ayrıca çocuk diş hekimlerinin %72.9'unun vernik uygulaması da yaptığı belirlendi. Çalışmamızda flor tableti öneren diş hekimleri istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p<0.01^*$). Çocuk diş hekimlerinin daha az flor tableti reçete etmesinin nedeni tabletlerin kullanım zorluğu, toksisite ve florozis riskleri⁵⁵ olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca florun primer

koruyucu etkisinin mineyle olan topikal teması sonucu gerçekleştiği bilindiğinden, çocuk diş hekimleri florun sistemik kullanımından ziyade topikal kullanımına yönelmektedirler.^{56,57}

Kırzioğlu ve Öz⁵ yaptıkları çalışmada diş hekimlerinin fissür örtücü uygulama oranını sorgulamışlar ve uygulamanın daimi dişlere daha sıklıkla yapıldığı saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise iki hekim grubu (diş hekimleri/ çocuk diş hekimleri) kıyaslandı ve diş hekimlerinin sadece daimi dişlere, çocuk diş hekimleri ise hem süt hem daimi dişlere fissür örtücü uyguladıkları belirlendi (p=0.01*).

Çalışmamıza katılan çocuk diş hekimlerinin %71.9'unun, diş hekimlerinin ise %34.8'inin ART uyguladığı belirlendi ve bu durum diş hekimleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.01*). İki grupta da ART uygulayan büyük çoğunluğun uyumsuz çocuklarda (n=84, %91.3) bu uygulamayı tercih ettiği saptandı. Atravmatik restoratif tedavi tekniğinde çürük diş dokusunu uzaklaştırmak için yalnızca el aletleri kullanılır ve kavite ile birlikte komşu tüm mine fissürleri, genellikle yüksek viskoziteli CİS ile doldurulur. Cam iyonomer simanın diş dokularına kimyasal bağlanma, biyouyumluluk, flor salınımı ve reşarjı gibi özelliklerinden faydalanılır.^{58,59}

Diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun çocuk hastaların tedavisinde lokal anestezi uygulaması yaptıkları saptandı. Bizim sonucumuzun aksine, Hollanda⁶⁰ ve Birleşik Krallık'ta⁴⁵ diş hekimlerine yapılan iki farklı çalışma düşük bir lokal anestezi kullanımı bildirmiştir. Bu farklılık Avrupa ülkelerinde çocuk hastalarda tam bir ağrı kontrolünün sağlanmasının yaygın olmamasına bağlanmıştır.

Rasmussen ve ark.'nın⁴² yaptıkları çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde bu çalışmada da hekimlerin, çocuklarda ağrıyı çoğunlukla çocuğun gözlerini, yüzünü gözlemleyerek, çocuğa sorarak ve/veya vücut hareketlerini izleyerek değerlendirdiği

saptandı. Ayrıca çalışmamıza katılan diş hekimlerinin çoğunun hafif ağrı ile baş etmeyi öğrenmenin hayatın bir parçası olduğunu düşündüğü belirlendi ve bu sonuç Rasmussen ark.'nın⁴² çalışması ile uyumluydu.

Süt dişlerinde kullanılan restoratif materyaller incelendiğinde, diş hekimlerinin en sık kullandığı restoratif materyallerin sırasıyla CİS ve kompomer, en sık kullanılan restoratif materyalin ise CİS olduğu rapor edilmiştir. Diş hekimlerinin CİS'leri tercih etmesinde kullanım kolaylığının yanı sıra, tükürük, plak ve sert diş dokularındaki flor seviyesini artırması, flor rezervuarı olarak görev alması, sekonder çürükleri önlemeye veya azaltmaya yardımcı olması gibi avantajlarının etkili olduğunu düşünmekteyiz.⁶¹ Çocuk diş hekimlerinin en sık kullandığı restoratif materyallerin ise sırasıyla kompomer ve CİS olduğu tespit edildi. Kompomer, CİS'lerin fiziksel ve mekanik özelliklerinin geliştirilmesiyle üretilen, kompozit rezinlere benzer özelliklere sahip flor salınımı yapan hibrit materyallerdir. Kompomer restorasyonlar, diş dokularına rezin tag'ların oluşumu ile mikromekanik olarak tutunurken, CİS mine ve dentindeki apatitlerin kalsiyumları ile şelasyon yaparak kimyasal olarak tutunur.^{18,19}

Çalışmamızda çocuk hastalara karşı tutum ve davranışları değerlendirilen iki grup arasında belirgin farklılık süt anterior dişlerde kullanılan restoratif materyaller arasında ortaya çıkmaktadır. Bu dişlerde çocuk diş hekimlerinin yarısından fazlası strip kuronları uygularken, diş hekimlerinin ise yalnızca beşte biri strip kuronları tercih ettiğini belirtti. Strip kuronlar çeşitli boyutlarda preforme şeffaf plastik kuronlardır ve üstün estetik özelliklerinden dolayı süt anterior dişlerin çürük veya kırık restorasyonlarında kullanılmaktadır.^{62,63} Son dönemde süt dişlerinin restorasyonunda var olan eksiklikleri gidermek, çocukların ve ebeveynlerin estetik ihtiyacını karşılamak adına üretilen zirkonyum kuronlar⁶⁴, çocuk diş hekimlerinin %13.5'i, diş hekimlerinin ise %3.0' ü tarafından tercih edildi. Zirkonyum kuron uygulamasının PÇK' ya göre daha fazla diş

kesimi gerektirmesinin, tekniğin daha hassas ve pahalı olmasının⁶⁴ hekimler tarafından daha az tercih edilme nedenleri olduğunu düşünmekteyiz. Süt posterior dişlerde amalgamın diş hekimleri tarafından daha sık tercih edilmesinin nedeni olarak, çalışmamıza katılan diş hekimlerinin çoğunun devlet kurumunda çalışması ve bu kurumlarda materyal çeşitliliğinde eksiklikler olmasının onları amalgam kullanmaya yönlendirdiğini düşünmekteyiz. Ayrıca amalgamın rezin esaslı materyallere göre daha az teknik hassasiyet ve nem kontrolü gerektirmesi tercih edilmesinde rol oynayabilmektedir.¹⁸

Diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%78.8) PÇK kullanmadıkları ($p<0.01^*$), çocuk diş hekimlerinin ise %61.5'inin sadece üç yüzü içine alan amputasyon/pulpektomi tedavileri sonrasında PÇK kullandıkları belirlendi ($p<0.01^*$). Tüm amputasyon/pulpektomi tedavileri sonrası PÇK kullanan diş hekimlerinin oranı %1.5 iken, bu oran çocuk diş hekimlerinde % 8.3 olarak belirlendi. PÇK'ların her endodontik tedavi sonrasında ziyade, madde kaybı fazla olan dişlerde daha fazla tercih edildiği kanısındayız. Topçuoğlu ve Aydınbelge⁶⁵ tarafından yapılan anket çalışması sonucuna göre çocuk diş hekimlerinin %5.7'sinin tüm ampütasyon/pulpektomi tedavileri sonrasında PÇK kullanmaları bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

Roshan ve ark.'nın⁴⁵ diş hekimleri ile yaptıkları çalışmaya benzer şekilde bizim çalışmamızda da diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%84.8) endodontik tedaviler sırasında rubber dam kullanmadığı belirlendi ve bu durum çocuk diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0.01^*$). Endodontik tedaviler sırasında rubber dam kullanımının çapraz enfeksiyonu önleme, hastayı aspirasyondan koruma ve tedavi etkinliğini artırma gibi temel görevleri olmasına karşın⁶⁶ hekimler tarafından yetersiz kullanıldıkları görüldü.

Literatürde süt dişlerine uygulanan direkt pulpa kaplamasında başarı oranlarının yüksek olmadığı ve tedavinin internal rezorpsiyon veya akut dentoalveolar apse gibi başarısızlıklar ile sonuçlandığı bildirilmiştir.⁶⁷ Hücrel içerikten zengin olan süt dişinde farklılaşmamış mezenşimal hücrelerin odontoklastlara dönüşüp internal rezorpsiyon oluşturabileceği rapor edilmiştir.⁶⁸ Literatür ile uyumlu olarak bizim çalışmamıza katılan diş hekimlerinin %69.7'sinin, çocuk diş hekimlerinin ise %72.9'unun süt dişlerinde direkt pulpa kaplamasını tercih etmediği tespit edildi. Süt dişlerinde direkt pulpa kaplaması yapan hekimlerin büyük çoğunluğunun ise (%82.6) kalsiyum hidroksit materyali uyguladığı saptandı.

Çocuk hasta tedavisi yapan diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%84.8), çocuk diş hekimlerinin ise tümünün süt dişlerine amputasyon tedavisi uyguladıkları belirlendi ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.01^*$). Amputasyon tedavisi yapmayan hekimlerin çoğunluğu, sebep olarak mevcut performans sistemini söyledi. Amputasyon tedavisi yapan diş hekimlerinin en çok formokrezolu (%55.4), çocuk diş hekimlerinin ise sırasıyla ferrik sülfatı (%59.4) ve formokrezolu (%57.3) tercih ettiği saptandı. Literatürde amputasyon tedavisinde altın standart olarak kabul edilen formokrezolün, karsinogenik, mutajenik ve toksik potansiyellerinden dolayı kullanımı konusunda var olan endişe bilinen bir gerçektir.⁶⁹

Çocuk hastaları tedavi eden diş hekimlerinin %68.2'sinin, çocuk diş hekimlerinin ise %97.9'unun süt dişlerine kanal tedavisi uyguladıkları belirlendi ($p<0.01^*$). Hindistan'da farklı uzmanlık alanlarında çalışmakta olan diş hekimlerine yönelik yapılan bir anket çalışmasında⁷⁰; kanal tedavisi yapan hekim sayısının oldukça fazla olduğu bildirilmiştir. Bunu diş hekimlerinin süt dişinin dental arktaki önemine ve erken kayıp durumlarında gelişebilecek problemler ile ilgili farkındalıklarının artmasına bağlamaktadırlar. Hem diş hekimlerinin hem de çocuk diş hekimlerinin süt dişlerinde

kanal patı olarak daha çok kalsiyum hidroksit + iyodoform karışımını kullandıkları saptandı. Metapex ve Vitapex gibi kalsiyum hidroksit ve iyodoform içerikli kanal patlarının uzun süreli takipte yüksek klinik başarı göstermelerinin⁷¹ sık tercih edilmelerinde rol oynadığını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızın aksine, Hindistan’da yapılan bir çalışmada⁷⁰ süt dişlerinde en çok kullanılan kanal patının çinko oksit ojenol (ZOE) olduğu bildirilmiştir. ZOE’nin süt dişlerinde kanal patı olarak kullanılmasını çalışma kolaylığına bağlamışlardır.

Endodontik tedavi görmüş süt dişlerinin uzun dönem başarısında yapılacak olan final restorasyonlar büyük önem taşımaktadır. Süt dişlerinin zahmetli ve uzun uğraşlar gerektiren kanal tedavilerini takiben yapılan final restorasyonlarında en iyi seçeneğin PÇK olmasına rağmen^{70,72}; çalışmamızda diş hekimlerinin %20’sinin, çocuk diş hekimlerinin %72.3’ ünün kök kanal tedavisi sonrası PÇK kullandığı görüldü. Suudi Arabistan’da diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada, kök kanal tedavisi sonrası final restorasyon olarak sırasıyla CİS (%30), amalgam (%26), PÇK (%24), kompozit (%20) kullanıldığı öğrenilmiştir.¹⁴ CİS’lerin kullanım kolaylığı ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle sıkça kullanıldığı rapor edilirken^{43,70} çalışmamızda ise sırasıyla kompomer (diş hekimleri %60, çocuk diş hekimleri %70.2) ve kompozitin (diş hekimleri %55.6, çocuk diş hekimleri %39.4) diğer materyallere göre daha sıklıkla tercih edildiği görüldü.

Kök gelişiminin tamamlanarak kök ucunun kapanması, diş sürdükten sonra yaklaşık üç yıl içinde gerçekleşmektedir. Kök ucunun açık ve kanal duvarlarının ince olması endodontik tedavi gerektiren genç daimi dişlerde, hekimin geleneksel teknikleri uygulamasını engellemektedir.⁷³ Çalışmamızda kök gelişimini tamamlamamış genç daimi dişlerde endodontik tedavi yapan çocuk diş hekimlerinin sayısı diş hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0.01^*$). Diş hekimleri bunun sebebi olarak

eğitimlerindeki pratik uygulamanın yetersiz olmasını, mevcut performans sistemini ve yetersiz malzemeyi göstermiştir.

Çalışmamızda, dental travmaya uğrayan dişleri çocuk diş hekimlerinin tamamı, diş hekimlerinin ise sadece yarısına yakını (%45.5) kendilerinin tedavi ettiklerini belirtti ($p<0.01^*$). Aytepe ve ark⁴¹ yaptıkları çalışmada diş hekimlerinin %60'ının süt ve genç daimi diş travmalarını kendilerinin tedavi ettiğini, %20'sinin ise hastaları çocuk diş hekimine yolladığını söylemişlerdir. Bizim anketimize katılan diş hekimlerinin %28.8'i hastalarını üniversite hastanesine sevk ederken, %21.2'sinin çocuk diş hekimine sevk ettiği belirlendi. Dental travmaya uğrayan hastaları kendi tedavi eden diş hekimi sayısının az olması dolayısıyla günümüzde çocuk diş hekimlerinin sayıca artırılması ve güncel yaklaşımların takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Dental travmada uygulanacak prosedürler hakkında hem teorik hem pratik uygulamalar ile dental travmalarda prognoz açısından çok büyük öneme sahip ilk müdahale konusunda diş hekimlerinin tecrübelerinin artırılması önemlidir.

Anketimize katılan çocuk diş hekimlerinin yer tutucu yapma oranı (%99) diş hekimlerinden (%57) istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p<0.01^*$). Çalışmamızda diş hekimlerinin yer tutucu yapma oranı Aytepe ve ark.'nın⁴¹ İstanbul'da çalışan diş hekimleriyle yaptıkları çalışma sonuçlarıyla (%52 yer tutucu yapma oranı, %16 çocuk protezi yapma oranı) benzerlik göstermektedir. Bu sonuca benzer şekilde, suudi arabistanda yapılan anket çalışmasında⁷⁴ diş hekimlerinin %35'inin yer tutucu uygulamadıkları tespit edilmiş. Sivas il merkezinde çalışmakta olan diş hekimlerine yapılmış bir anketin sonucunda ise, diş hekimlerinin yalnızca %15'inin yer tutucu uygulaması yaptığı bildirilmiştir.⁶ Bu uygulamanın tercih edilmeme gerekçelerinde hekimler uygulama tekniğinin zor olduğunu ve tekniğin yararına inanmadıklarını belirtmişlerdir.

Diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisi sırasında en çok kooperasyon ve ebeveynlerle iletişim problemleri yaşadığı belirlendi. Davranış yönlendirmesinde yaşanan zorluklar çocuk hastada kooperasyon problemine yol açmakta ve buna bağlı olarak ebeveynler hekime karşı tepki gösterebilmektedir.

Çalışmamıza katılan diş hekimlerinin %64.5'inin, çocuk diş hekimlerinin de %69.8'inin çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili daha fazla eğitim almak istedikleri öğrenildi. Eğitim almak isteyen hekimlerin hastaya yaklaşım/iletişim, ortodontik tedavi, güncel materyaller ve uygulamalar hakkında eğitim almak istedikleri tespit edildi. Diş hekimlerinin koruyucu uygulamalar ve yer tutucu uygulamaları ile ilgili eğitim almak istedikleri saptanırken, çocuk diş hekimlerinin ise rejeneratif tedaviler ile ilgili eğitim almak istedikleri saptandı.

Bu tez çalışmasının birinci limitasyonu, örneklem büyüklüğünün Türkiye' deki diş hekimi sayısını temsil edecek düzeyde olmamasıdır. Daha geniş örneklem ile evreni daha iyi tanımlayan sonuçlar bildirileceği kanısındayız. İkinci limitasyonu ise uzmanlığını/doktorasını almamış çocuk diş hekimlerinin uzmanlığını/ doktorasını almış çocuk diş hekimleri ile aynı grupta değerlendirilmesi oldu.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tez araştırmasının sınırlamaları dâhilinde elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

1. Çocuk hastaların tedavisini yapmayan diş hekimlerinin mevcut performans sisteminden ve çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olmasından dolayı tedavi yapmadıkları tespit edildi.
2. Diş hekimlerinin, çocuk diş hekimlerine kıyasla engelli çocukların tedavisini yapmaktan kaçındıkları gözlemlendi.
3. Çocuk diş hekimlerinin, diş hekimlerine göre daha fazla sayıda 12 yaş altı hasta baktıkları tespit edildi. Diş hekimlerinin ise daha çok 13-18 yaş grubu hastaları tedavi ettikleri saptandı.
4. Çocuk diş hekimlerinin, diş hekimlerine kıyasla daha fazla çocuk hastayı genel anestezi altında tedavi ettiği belirlendi.
5. Diş hekimlerinin, çocuk diş hekimlerine göre tedavi sonrası daha nadir radyografi aldıkları tespit edildi.
6. Flor tabletleri öneren diş hekimlerinin sayısının çocuk diş hekimlerine göre daha fazla olduğu gözlemlendi.
7. ART uygulayan çocuk diş hekimlerinin sayısının diğer diş hekimlerine kıyasla daha fazla olduğu saptandı.
8. Çocuk diş hekimlerinin aşırı madde kaybı olan endodontik tedavili dişlerde diş hekimlerinden daha fazla oranda PÇK uygulamayı tercih ettikleri gözlemlendi.
9. Rubber dam kullanımının çocuk diş hekimlerinde daha yaygın olduğu fakat ikisinde de yetersiz kullanım olduğu belirlendi.
10. Amputasyon tedavisinin çocuk diş hekimleri tarafından daha fazla uygulandığı saptandı.

11. Süt dişlerine kanal tedavisi yapan çocuk diş hekimlerinin sayısının diğer diş hekimlerine göre daha fazla olduğu gözlendi.
12. Kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisinin çocuk diş hekimleri tarafından daha çok uygulandığı tespit edildi.
13. Diş hekimlerinin yalnızca yarısına yakınının diş travmalarını kendilerinin tedavi ettikleri saptandı.
14. Diş hekimlerinin, çocuk diş hekimlerine kıyasla daha nadir yer tutucu ve çocuk protezi uygulaması yaptıkları gözlendi.
15. Diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların dental tedavileri ile ilgili daha fazla eğitim almak istedikleri tespit edildi.
16. Diş hekimlerinin eğitimi süresince kuk ve uyumsuz hastaların tedavilerine yönelik daha fazla fırsat verilmesinin, motivasyonlarının arttırılmasının ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilebilir.
17. Diş hekimlerine mezuniyet sonrası çocuk hastaların tedavileri ile ilgili ve davranış yönlendirmesi konusunda bilgi ve tecrübelerinin arttırılması gereklidir.

Bu tez çalışması ile Türkiye’deki diş hekimlerinin ve çocuk diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavileri hakkında portresi oluşturulmuştur. Belirli zaman periyotlarında tekrarlanacak benzer çalışmalarla zaman içinde diş hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarındaki değişiklikler değerlendirilebilecektir. Türkiye’de diş hekimlerinin çocuk hastaların tedavisi ile ilgili daha istekli olmaları ve zaman içinde değişimin değerlendirilmesinde bu çalışmanın önemli bir temel teşkil edeceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. URL adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Erişim tarihi: 25 Mart 2022.
2. TÜİK. 7-14 yaş grubundaki çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/ sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı. URL adresi: http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2375. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2022.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/ counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021;40(6):241-51.
4. Rich JP, Straffon L, Inglehart MR. General dentists and pediatric dental patients: the role of dental education. J Dent Educ 2006;70(12):1308-315.
5. Öz E, Kırzioğlu Z. Mezuniyet Sonrası Diş Hekimlerinin Pedodontik Tedavilere Yaklaşımları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):23-33.
6. Kambek S. Sivas il merkezinde serbest çalışan diş hekimlerinin koruyucu tedavi yöntemlerine yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Diş hek Fak Derg 2001;4(1):38-40.
7. Koch G, Poulsen S. Çocuk Ağız Sağlığı: Bakış Açılıarı. İçinde: Çocuk Diş Hekimliğine Klinik Yaklaşım, Aren G (Çeviri editörü). *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. Koch G, Poulsen S. 2. Baskı, İstanbul, Medya Yayın Grubu, 2013: 1-4.
8. Sungurtekin E, Öznurhan F, Öztaş N. Pit ve fissür sealant uygulamaları: Sistematik bir derleme. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2010;27(2):145-49.

9. Özdaş DÖ. Güncelleme; Çocuk diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar. Selcuk Dental Journal 2014;1(2):84-91.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on medically-necessary care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry 2021:22-7.
11. Akgün ÖM, Görgülü S, Altun C. Diş çürüğüne karşı koruyucu flor uygulamaları Protective flouride applications against dental caries. Smyrna Tıp Dergisi 2012;82-86.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry 2021:302-05.
13. Clark B, Bangerter L, Savoie-Roskos MR, Coombs C, Durward C. Fluoride: From Birth to Adolescence. URL adresi: https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3087&context=extension_c urall. Erişim Tarihi: 25 Mart 2022.
14. Togoo R, Nasim V, Zakirulla M, Yaseen S. Knowledge and practice of pulp therapy in deciduous teeth among general dental practitioners in Saudi Arabia. Ann Med Res 2012;2(2):119-23.
15. Ünlügenç E, Bolgöl B. Güncel Fissür Örtücüler–Literatür Derlemesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2019;30(3):507-18.
16. Wright JT CJ, Fontana M, Crall JJ, Gillette EJ, Novy BB, Dhar V, Donly K, Hewlett ER, Quiononez RB, Chaffin J, Crespin M, İafolla T, Siegal MD, Tampi MP, Graham L, Estrich C, Carrasco- Labra A . Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: A report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. J Am Dent Assoc 2016;147(8):672-82.

17. Sanders BJ, Feigal RJ, Avery DR. Pit and fissure sealants and preventive resin restorations. Dean JA. Dentistry for the child and adolescent. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2010. p.313-321.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric restorative dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry 2021:386-98.
19. Mutluay MS. Süt dişlerinde restoratif materyal seşimi ve etkileyen faktörler. Selcuk Dental Journal 2016;3(3):151-58.
20. Öznurhan F, Öztürk C, Kapdan A. Süt dişi kanal dolgu materyalleri. Cumhuriyet Dental Journal 2013;16(2):158-64.
21. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, Abbott PV. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. Dent Traumatol 2020;36(4):309-13.
22. Tiryaki M, Saygi G. Spor Yaralanmalarinin Önlenmesinde Ağız Koruyucu Kullanimi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2013;1(7):87-95.
23. Law CS. Management of premature primary tooth loss in the child patient. J Calif Dent Assoc 2013;41(8):612-18.
24. Gök B, Kirzioğlu Z. Yer Tutucu Aparentlerin Oral Biyofilm Oluşumuna Etkisi–Derleme. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(2):94-98.
25. MERİÇ P. Koruyucu ve Durdurucu Ortodontik Uygulamalar. Türkiye Klinikleri 2018;1-4.
26. Akgün ÖM, Görgülü S, Altun C. Koruyucu Ortodontik Yaklaşımlar Preventive Orthodontic Approaches. Smyrna Tıp Dergisi;43-46.

27. Hunter ML, Rodd HD. History, examination, risk assesment and treatment planning. Welbury R, Duggal MS, Hosey MT. *Pediatric Dentistry*. 3rd edition. New York: Oxford University Press; 2005. p.39-62.
28. Espelid I, Mejare I, Weerheijm K. EAPD guidelines for use of radiographs in children. *Eur J Paediatr Dent* 2003;4(1):40-48.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:306-24.
30. Klinberg G, Raadal M, Arnrup K. Dental korku ve davranış yönetimi zorlukları. İçinde: Çocuk Diş Hekimliğine Klinik Yaklaşım, Aren G (Çeviri editörü). *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. Koch G, Poulsen S. 2. Baskı, İstanbul, Medya Yayın Grubu, 2013: p.32-43.
31. Yahyaoğlu Ö, Baygin Ö. Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Kaygi Ve Korkusunun Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2018;28(4):599-09.
32. Gupta A, Marya CM, Bhatia HP, Dahiya V. Behaviour management of an anxious child. *Stomatologija* 2014;16(1):3-6.
33. Singh H, Rehman R, Kadtane S, Dalai DR, Jain CD. Techniques for the behaviors management in pediatric dentistry. *Int J Sci Study* 2014;2(7):269-72.
34. Roberts J, Curzon M, Koch G, Martens L. behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2010;11(4):166-74.
35. Hosey MT. Managing anxious children: the use of conscious sedation in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent* 2002;12(5):359-72.
36. Silva CC, Lavado C, Areias C, Mourão J, Andrade Dd. Conscious sedation vs general anesthesia in pediatric dentistry—a review. *MedicalExpress* 2015;2(1):1-4.

37. Özler CÖ, Keçeli Tİ, Tekçiçek MU. Çocuk Diş Hekimliği ve Genel Anestezi. Ank Med J 2019;19(3):658-64.
38. Raadal M, Lundeberg S, Haukali G. Ağrı, ağrı kontrolü ve sedasyon. İçinde: Çocuk Diş Hekimliğine Klinik Yaklaşım, Aren G (Çeviri editörü). *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. Koch G, Poulsen S. 2. Baskı, İstanbul, Medya Yayın Grubu, 2013: p.44-60.
39. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on use of local anesthesia for pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2016;38(6):204-10.
40. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent* 2008;30(2):147-53.
41. Aytepe Z, Ulukapi İ, Gülhan A, Hakan O. İstanbul'da Bir Grup Serbest Diş Hekiminin Çocuk Hastalarla İlgili Bilgi Tutum Ve Davranış Analizi-The Knowledge, Attitudes And Behaviour Analysis Of A Group Of General Dental Practitioners About Pedodontics, In Istanbul. *JIUFD* 1994;28(3):223-27.
42. Rasmussen J, Frederiksen J, Hallonsten AL, Poulsen S. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent* 2005;15(3):159-68.
43. Lone MM, Khan FR, Lone MA, Rehman M. A survey on current trends in primary tooth pulpotomy in Karachi. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2015;27(3):643-46.
44. Lekic PC, Sanche N, Odlum O, deVries J, Wiltshire WA. Increasing general dentists' provision of care to child patients through changes in the undergraduate pediatric dentistry program. *J Dent Educ* 2005;69(3):371-77.

45. Roshan D, Curzon M, Fairpo C. Changes in dentists' attitudes and practice in paediatric dentistry. *Eur J Paediatr Dent* 2003;4(1):21–27.
46. Rønneberg A, Strøm K, Skaare A, Willumsen T, Espelid I. Dentists' self-perceived stress and difficulties when performing restorative treatment in children. *Eur Arch Paediatr Dent* 2015;16(4):341-47.
47. Cotton KT, Seale N, Kanellis M, Damiano P, Bidaut-Russell M, McWhorter A. Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid-enrolled preschool age children related to dental school training? *Pediatric Dentistry* 2001;23(1):51-55.
48. Seale NS, Casamassimo PS. Access to dental care for children in the United States: a survey of general practitioners. *J Am Dent Assoc* 2003;134(12):1630-40.
49. Oğur R, Tekbaş ÖF. Anket nasıl hazırlanır. *Sted* 2003;12(9):336-40.
50. De Leeuw ED. Choosing the method of data collection. In: De Leeuw ED, Hox JJ, Dillman DA, eds. *International Handbook Of Survey Methodology*. 1st ed. New York: Routledge; 2008. p.113-35
51. Ball HL. Conducting online surveys. *J Hum Lact* 2019;35(3):413-17.
52. Carr KR, Wilson S, Nimer S, Thornton JB. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatric Dentistry* 1999;21(6):347-53.
53. Nagihan K, Özbek Ş. Panoramik Radyografi. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* 2021;10(2):75-76.
54. Parks ET, Williamson GF. Digital radiography: an overview. *J Contemp Dent Pract* 2002;3(4):23-39.
55. Ergin E, Eden E. Florun İnsan Sağlığına Olumsuz Etkisi Var Mı? *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi* 2017;38(1):13-20.

56. Espelid I. Caries preventive effect of fluoride in milk, salt and tablets: a literature review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009;10(3):149-56.
57. Ercan E, Baglar S, Colak H. Diş hekimliğinde topikal florür uygulama metotları. *Cumhuriyet Dental Journal* 2010;13(1):27-33.
58. İnvaziv EBM. Yaklaşımlar ve Tedavi Seçenekleri. *Turkiye Klinikleri J Restor Dent-Special Topics* 2015;1(2):12-19.
59. Mahoney E, Kilpatrick N, Johnston T. Restorative paediatric dentistry. Cameron AC, Widmer RP. *Handbook of pediatric dentistry*. 3rd ed. Sydney: Mosby Elsevier; 2008. p.71-93.
60. Weerheijm K, Frankenmolen F, Bruers J, Van Rosum G. Attitude of Dutch dentists regarding the treatment of young children. *Eur J Paediatr Dent* 2000;1:63-68.
61. Sidhu SK, Nicholson JW. A review of glass-ionomer cements for clinical dentistry. *JFB* 2016;7(3):16-31.
62. Garg V, Panda A, Shah J, Panchal P. Crowns in pediatric dentistry: A review. *JAMDSR* 2016;4(2):41-46.
63. Akçay M, Şaziye S. Madde Kaybı Fazla Olan Ön Grup Süt Dişlerinde Restoratif Yaklaşımlar. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* 2010;4(3):638-46.
64. Üstün O, Koruyucu M. Çocuk Hastalarda Kullanılan Kuron Restorasyonlar. *SABİAD* 2021;4(3):113-23.
65. Topçuoğlu G, Aydınbelge M. Türk Pedodontistlerinin Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal* 2021; 8(3):591-99.
66. Ahmad I. Rubber dam usage for endodontic treatment: a review. *Int Endod J* 2009;42(11):963-72.
67. Oliveira TM, Moretti ABS, Sakai VT, Lourenço Neto N, Santos CF, Machado MAAM, Abdo RCC. Clinical, radiographic and histologic analysis of the effects of pulp

capping materials used in pulpotomies of human primary teeth. *Eur Arch Paediatr Dent* 2013;14(2):65-71.

68. Waterhouse P, Nunn J, Whitworth J, Soames J. Primary molar pulp therapy—histological evaluation of failure. *Int J of Paediatr Dent* 2000;10(4):313-21.

69. Şahin ND, Arikan V. Süt Dişi Amputasyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *J Dent Fac Ataturk Univ* 2020;30(3):528-35.

70. Patil PD, Katge AF, Rusawat DB. Knowledge and attitude of pediatric dentists, general dentists, postgraduates of pediatric dentistry, and dentists of other specialties toward the endodontic treatment of primary teeth. *Journal of Orofacial Sciences* 2016;8(2):96.

71. Trairatvorakul C, Chunlasikaiwan S. Success of pulpectomy with zinc oxide-eugenol vs calcium hydroxide/iodoform paste in primary molars: a clinical study. *Pediatr Dent* 2008;30(4):303-08.

72. Holan G, Fuks AB, Ketzl N. Success rate of formocresol pulpotomy in primary molars restored with stainless steel crown vs amalgam. *Pediatr Dent* 2002;24(3):212-16.

73. Kirzioglu Z, Altun A. Genç daimi dişlerde kök ucu oluşumunun devamını sağlayan tedavi yöntemi: apeksifikasyon. *Cumhuriyet Dental Journal* 2011;12(2):168-78.

74. Al-Dlaigan YH. A survey of the use of space maintainers by private dentists in Riyadh-Saudi Arabia. *Pak Oral Dental J* 2007;27(1):39-44.

EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 25403353-050.99-
Konu : 2019 - 304 Karar

Sayın Prof.Dr.Şule BAYRAK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı

Karar Tarihi: 10.09.2019
Karar Sayısı: 28

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Şule BAYRAK'ın sorumluluğunda yürütülen "*Diş Hekimlerinin Çocuk Hastalara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*" başlıklı araştırmanın/çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Muhammed Evvah KARAKILIÇ
Kurul Başkanı

Adres	: Merkez Kampüsü PK. 25480 Osmangazi	Ayrıntılı Bilgi	: Aysun SIRTILAY - Bilgisayar İşletmeni
Telefon	: 0222 2392870-4600	Faks	: 222 239 37 72
E-Posta	: asirtan@ogu.edu.tr	Elektronik Adı	: http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/
		KEP Adresi	: etik.osmangaziuniv.trk@baf01.kep.tr



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Çalışmanın Başlığı: "Diş Hekimlerinin Çocuk Hastalara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof.Dr.Muhammed Evvah KARAKILIÇ (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD	
2 Doç. Dr. Özferi ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	
3 Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD	
4 Prof.Dr.Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD	
5 Prof.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD	
6 Prof.Dr.Timuçin KAŞIĞOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD	
7 Doç.Dr.Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD	
8 Doç.Dr.Kürşat Bora ÇARMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağ. ve Hastalıkları AD / Çocuk Nörolojisi BD	
9 Doç.Dr.Melih VELİPAŞAOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	
10 Doç.Dr.Lütfiye DEMİR	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Tıbbi Onkoloji BD	
11 Doç.Dr.Merih ÖZGEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD	
12 Doç.Dr.Gökmar YORULMAZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD / Endokrinoloji ve Metab. Hast. BD	
13 Doç.Dr.Ferdi KÖŞGER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD	
14 Dr.Öğr.Üy.Mustafa Değer BİLGEÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD	
15 Av.Önder CAN	Hukuk	



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Prof.Dr.Muhammed Ervak
KARAKILIÇ
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Doç.Dr.Ödün ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşiresliği AD

Prof.Dr.Ömer SAYLIĞIL
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Prof.Dr.Senem DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Biyostatistik AD

Prof.Dr.Vaiz SABİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji AD

Prof.Dr.Tunaçın KASIFOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD

Doç.Dr.Bate Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi AD

Doç.Dr.Kürşat Bara ÇARMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD /
Çocuk Nörolojisi BD

Doç.Dr.Mehtap YELİPAŞAĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Doç.Dr.Lutfiye DEMİR
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hast. AD / Tıbbi Onkoloji BD

Doç.Dr.Merih ÖZGEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

Doç.Dr.Gökçe YORULMAZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD / Endokrinoloji
ve Metabolizma Hastalıkları BD

Doç.Dr.Ferdi KÖŞGER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Dr.Öğr.Çy.Mustafa Değer
BİLGEC
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreteriği
Aysun SERTTAŞ
Tel: 0 222 239 29 79 / 4490

KARAR FORMU

Başvuru Tarihi:
04.09.2019

Çalışmanın Başlığı:

"Diş Hekimlerinin Çocuk Hastalara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"

Çalışmacılar:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı - Prof.Dr.Şule BAYRAK (Tez Danışmanı), Arş.Gör.Dr.Özge GÖGCE (Tez Sahibi)

Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:
10.09.2019

Sonuç:

Araştırmacılara hasta haklarına dikkat etmeleri, bilgi gizliliğinin sağlanması için görüşmeler sırasında gereken tedbirlerin alınması, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken tedbirlerin alınması, gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtların ilgili mevzuat hükümlerine göre korunması önerilmektedir. Araştırmacılar kurulumuza taahhütnamelerle iletmis oldukları sorumlulukları üstleneceklerdir.

Karar Tarihi:
10.09.2019

Karar No: 28

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Şule BAYRAK'ın sorumluluğunda yürütülen *"Diş Hekimlerinin Çocuk Hastalara Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"* başlıklı araştırma/çalışma gereç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Araştırmacılara başanlar dileriz.

EK-2. ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Arş. Gör. Özge ÖZBEK tarafından yapılan "DİŞ HEKİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARA KARŞI TUTUM ve DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" isimli bir tez çalışmasıdır. Ebeveynler, çocuklarının dental problemlerinin çözümü için sıklıkla pratisyen diş hekimlerine başvurmaktadır. Ancak diş hekimlerin özellikle okul çağı öncesi çocuk hastaları tedavi etmekte istekli olmadığı ve hastaları çocuk diş hekimlerine yönlendirdikleri görülmektedir. Ancak ülkemizdeki çocuk diş hekimlerinin sayısı yeterli olmadığından çocuk hastaların tedavi uygulamalarında pratisyen diş hekimlerine de önemli bir görev düşmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye'de Çocuk Diş Hekimleri ve Pratisyen Diş Hekimlerinin çocuk hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir.

Çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Şule BAYRAK

Arş. Gör. Özge ÖZBEK

ANKET SORULARI

1. Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

2. Yaşınız:

- 22-30
- 31-40
- 41-50
- 51 ve üzeri

3. Ünvanınız:

- Pratisyen Diş Hekimi
- Çocuk Diş Hekimi

4. Eğer Çocuk Diş Hekimi iseniz uzmanlık eğitiminden mezun olduğunuz yıl:

.....

- Uzmanlık eğitimim devam ediyor

5. Çocuk Diş Hekimi olarak (doktora/uzmanlık eğitiminin ilk yılı dahil edilerek) kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

6. Şu an çalıştığınız kurum:

- Özel muayenehane (tek hekim)

- Çok hekimli özel muayenehane/özel poliklinik
- Devlet hastanesi/ADSM
- Devlet Üniversitesi
- Vakıf Üniversitesi

7. Diş hekimliği fakültesinden mezun olduğunuz yıl:

.....

8. Süt dişleri değişeceği için tedavi edilmesine gerek yoktur.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

9. Çocuk hastaların tedavilerini yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

10. soruya cevabınız hayır ise, tedavi etmeme nedeniniz nedir? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Eğitimimdeki teorik bilginin yetersiz olması
- Eğitimimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması
- Çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olması
- Zaman kaybından
- Mevcut performans sistemi
- Çocuklara karşı davranış tekniğini belirleyememe
- Çocuk hastalarla ilgili güncel bilgileri takip edememe

Çocuk hastaların tedavilerini yapıyorsanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız;

11. Çocuk hastaların tedavisi sırasında dört elli (yardımcı personelle birlikte) mi çalışıyorsunuz?

- Evet
- Hayır

12. Ayda kaç çocuk hastanın tedavisini yapıyorsunuz?

- 1-10
- 11-20
- >20

13. Tedavi ettiğiniz çocuk hasta sayısı sizin için yeterli mi?

- Evet
- Hayır

Tedavi ettiğiniz çocuk hasta sayısı sizin için yeterli değil ise nedeni: **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Az hasta gelmesi
- Diğer hekimlere göndermeniz
- Diğer (lütfen belirtin).....

14. Engelli çocukları tedavi ediyor musunuz?

- Evet
- Hayır

14. soruya cevabınız hayır ise;

Engelli çocukları tedavi etmemenizin nedenini belirtin:

.....

Engelli çocukları nereye yönlendiriyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Pedodonti uzmanına
- Diş hekimliği fakültesine
- Özel muayenehanelerine
- Ağız diş sağlığı merkezlerine

15. Hastalarınızın yüzde kaçını 2-5 yaş grubu çocuklar oluşturmakta?

- % 0-40
- %41-60
- %61-80
- %81-100

16. Hastalarınızın yüzde kaçını 6-12 yaş grubu çocuklar oluşturmakta?

- % 0-40
- %41-60
- %61-80
- %81-100

17. Hastalarınızın yüzde kaçını 13-18 yaş grubu çocuklar oluşturmakta?

- % 0-40
- %41-60
- %61-80
- %81-100

18. Diş hekimi kaygısı olan bir çocuğu tedavi etmeden önce stres olur musunuz?

- Her zaman
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

19. 2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla genel anestezi uygularsınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Yılda 2-3 defa
- Ayda 1-3 kez veya daha sık
- Haftada bir kez

20. 2-18 yaş grubu çocuklara ne kadar sıklıkla bilinçli sedasyon uygularsınız?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Yılda 2-3 defa
- Ayda 1-3 kez veya daha sık
- Haftada bir kez

21. Çocuk hastanızda hangi davranış yönlendirme tekniğini kullanıyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Anlat- Göster- uygula
- Ses kontrolü
- Pozitif yüreklendirme

- Dikkat dağıtma
- Sessiz iletişim
- Modelleme
- Duyarsızlaştırma
- Hand over mouth
- Fiziksel baskılama
- Sedasyon
- Genel anestezi

22. Çocuk hastada tedavi öncesi radyografi alır mısınız?

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Her zaman

İşlem öncesi radyografi alıyorsanız hangi durumda alırsınız lütfen belirtiniz: **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Diş çekimleri
- Yer tutucu uygulamaları
- Restoratif tedaviler
- Direkt/ İndirekt Pulpa Kaplaması
- Amputasyon
- Kök kanal tedavisi
- Dentisyon Değerlendirmesi
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

23. Çocuk hastada tedavi sonrası radyografi alır mısınız?

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Her zaman

İşlem sonrası radyografi alıyorsanız hangi durumda alırsınız: **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Diş çekimleri
- Yer tutucu uygulamaları
- Restoratif tedaviler
- Direk/ İndirekt Pulpa Kaplaması
- Amputasyon
- Kök kanal tedavisi
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

24. Tanı ve tedavi planlamasında en çok hangi radyografik muayene tekniğini kullanıyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Panoramik radyografi
- Periapikal radyografi
- Panoramik radyografiye ilave olarak bitewing radyografiler
- Panoramik radyografiye ilave olarak periapikal radyografiler

25. Hastalarınıza flor tabletleri öneriyor musunuz?

- Evet

- Hayır

26. Çocuk hastalarınıza topikal flor uygulaması yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Hangi flor preparatını kullanmayı tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- % 2-4 NaF solusyonları
- % 2-4 NaF jelleri
- % 8-10 SnF₂ jel
- % 1,23 APF jel
- Vernik

27. Çocuk hastalarınıza fissür örtücü uygulaması yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

27. soruya cevabınız evet ise;

Hangi dişlere fissür örtücü uyguluyorsunuz?

- Süt dişi
- Daimi diş
- Her ikisi

28. Süt dişlerinde Atravmatik Restoratif Tedavi uyguluyor musunuz?

- Evet
- Hayır

28. soruya cevabınız evet ise;

Hangi çocuklarda ART uyguluyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Çok küçük çocuklarda
- Uyumsuz çocuklarda
- Engelli hastalarda
- Çürük riski yüksek çocuklarda

29. Çocuk hastalarınız restoratif tedavilerinde lokal anestezi kullanıyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Her zaman

30. Çocuklarda uyguladığınız ağrı değerlendirme yöntemi nedir? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Ebeveynlere sormak
- Çocuğa sormak
- Çocuğun gözlerini ve yüzünü gözlemlemek
- Çocuğun vücut hareketlerini gözlemlemek
- Diğer (lütfen belirtin).....

31. Ağrı ve ağrı kontrolünün çocuklarda diş tedavisi sırasında önemi ile ilgili size en yakın olanı işaretleyiniz:

- Ağrısızlıktan asla ödün vermem
- Hafif ağrı ile baş etmeyi öğrenmek hayatın bir parçasıdır

- ‘Komple ağrısızlık bir Ütopya’dır.
- Çocuklar acı verici deneyimleri yetişkinlerden daha hızlı unuttur
- Süt dişlerinde tüm restoratif tedaviler N2O-O2 sedasyon kullanarak ağrı olmadan yapılabilir

32. Süt dişlerini tedavi ederken hangi restoratif materyalleri tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Cam iyonomer
- Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)
- Kompozit
- Amalgam
- Diğer (lütfen belirtin).....

33. Süt anterior dişlerde hangi restoratif materyali tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Cam iyonomer
- Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)
- Kompozit
- Strip Kuron
- Zirkonyum kuron
- Diğer (lütfen belirtin).....

34. Süt posterior dişlerde hangi restoratif materyali tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Cam iyonomer
- Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)
- Kompozit

- Amalgam
- Paslanmaz çelik kuron
- Diğer (lütfen belirtin).....

35. Klinikte süt dişlerine paslanmaz çelik kuron kullanma sıklığınız nedir?

- MOD kavitelerimin hepsinde kullanırım
- Sadece üç yüzü içine alan amputasyon/pulpektomi tedavilerinde kullanırım
- Tüm amputasyon/pulpektomi tedavilerinde kullanırım
- Yüksek çürük risk grubundaki hastalarımın tüm restorasyon ihtilaçlarında kullanırım
- Restorasyonlarımda PÇK kullanmıyorum

36. Endodontik tedaviler esnasında rubber dam kullanıyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Her zaman

37. Süt dişlerine direkt pulpa kaplaması tedavisi yapmayı tercih ediyor musunuz?

- Evet
- Hayır

37. soruya cevabınız evet ise:

Direkt pulpa kaplamasında hangi materyali kullanıyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Kalsiyum hidroksit
- Cam iyonomer
- MTA
- Diğer (lütfen belirtin).....

38. Süt dişlerine amputasyon tedavisi uyguluyor musunuz?

- Evet
- Hayır

38. soruya cevabınız hayır ise nedenini belirtiniz. **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması
- Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması
- Zaman kaybindan
- Mevcut performans sistemi
- Diğer (lütfen belirtin).....

Hangi amputasyon materyalini tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Ferrik sülfat
- Formokrezol
- MTA
- CaOH

39. Süt dişlerine kanal tedavisi uyguluyor musunuz?

- Evet
- Hayır

39. soruya cevabınız hayır ise, sebebiniz nedir? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması
- Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması
- Zaman kaybindan
- Mevcut performans sistemi
- Diğer (lütfen belirtin).....

Kanal patı olarak ne tercih ediyorsunuz? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Kalsiyum hidroksit
- İyodoform patı
- Çinko oksit ojenol patı
- MTA
- Kalsiyum hidroksit ve iyodoform karışımı

Kanal tedavisi yapılmış süt dişlerinin final restorasyonu olarak ne tercih ediyorsunuz?

(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Cam iyonomer
- Poliasit modifiye kompozit rezin (Kompomer)
- Kompozit
- Amalgam
- Strip kuron
- Paslanmak Çelik Kuron
- Zirkonyum Kuron

40. Kök gelişimini tamamlamamış daimi dişlerde kanal tedavisi yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

40. soruya cevabınız hayır ise nedeni nedir? **(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Eğitimindeki teorik bilginin yetersiz olması
- Eğitimindeki pratik uygulamanın yetersiz olması
- Zaman kaybından
- Mevcut performans sistemi
- Diğer (lütfen belirtin).....

41. Süt ve genç daimi diş travmalarında nasıl bir yöntem uyguluyorsunuz?

- Kendim tedavi ediyorum
- Bir ocuk diş hekimine sevk ediyorum
- Üniversite hastanesine sevk ediyorum
- Diğer (lütfen belirtin)

42. Hastalarınıza yer tutucu uygulaması yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

43. ocuk protezi yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

44. Çocuk hastaları tedavi ederken hangi zorluklarla karşılaşılıyorsunuz?

- Hastaların kooperasyon problemi
- Ebeveynlerle iletişim eksikliği
- Zaman Yetersizliği
- Diğer(lütfen belirtiniz).....

45. Çocuk hastaların dental tedavisi ile ilgili daha fazla eğitim almak ister miydiniz?

- Evet
- Hayır

45. soruya cevabınız evet ise hangi konularda eğitim almak istersiniz?

- Koruyucu Uygulamalar(Flor, Fissür Örtücü, Koruyucu Rezin Restorasyon vb.)
- Restoratif Tedaviler
- Endodontik Tedaviler
- Yer Tutucu Uygulamaları
- Rejeneratif Tedaviler
- Diğer(lütfen belirtiniz).....

EK-3. ÖZGEÇMİŞ

Dt. Özge ÖZBEK

1992 yılında Berlin de doğdum. İlköğretimimi ‘Grundschule in der Köllnischen Heide’ okulunda, lise eğitimimi ‘Ernst – Abbe – Gymnasium’ da tamamladım. 17.09.2012 yılında girdiğim Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nden 11.07.2017 tarihinde mezun oldum. 05.04.2018 tarihinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım.