

## MEZUNİYET SONRASI DIŞ HEKİMLERİNİN PEDODONTİK TEDAVİLERE YAKLAŞIMLARI

## THE PEDODONTIC TREATMENT APPROACHES OF DENTISTS AFTER GRADUATION

Esra Öz, Zuhâl Kırcıoğlu

Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş  
Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Ana Bilim  
Dalı, Isparta, Türkiye

**Yazışma Adresi:**

Esra Öz

Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş  
Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Ana Bilim  
Dalı, Isparta, Türkiye

E posta: esrakaraagac@sdu.edu.tr

Gönderim Tarihi: 17 Ekim 2017

Kabul Tarihi: 15 Ocak 2018

doi: [10.5505/bsbd.2018.53386](https://doi.org/10.5505/bsbd.2018.53386)

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

[bsbd@balikesir.edu.tr](mailto:bsbd@balikesir.edu.tr)[www.bau-sbdergisi.com](http://www.bau-sbdergisi.com)**ÖZET**

**GİRİŞ:** Bu çalışmada, Antalya/Isparta il merkezlerinde özel ve kamu hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin, mevcut klinik uygulamalarında çocuk hastaları (0-18 yaş) tedavi etme oranları, hangi tür pedodontik tedavilere öncelik verip uygulama yaptıkları ile ilgili bilgi edinmek amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Antalya il merkezinde 200'ü özel klinikte, 50'si kamuda ve Isparta il merkezinde 40'ü özel klinikte, 25'i kamuda çalışan diş hekimleri gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. 29 sorudan oluşan anket soruları, hekimlerle birebir görüşülerek doldurulmuştur.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan 315 hekimin %76.2'si özel kliniklerde çalışmaktadır. Çalışmadaki hekimlerin, %89.2'si çocuk hastaları tedavi ettiklerini belirtirken, bu oran, özel kliniklerde %95.8, kamu hastanelerinde %68 olarak belirlenmiştir. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan endodontik tedaviler (direk kuafaj, amputasyon, kanal tedavisi) incelendiğinde, kurumlararası ilişkinin önemli olduğu görülmüştür. Koruyucu tedavilerden fissür örtücü uygulamasının, flor uygulamasına göre daha sık yapıldığı rapor edilmiştir. Çalışmadaki hekimlerin %40'ı çocuklara yer tutucu uyguladıklarını belirtmişlerdir. Yer tutucu uygulamalarının serbest çalışan hekimler tarafından daha fazla oranda yapıldığı da gözlemlenmiştir.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** Ülkemizde çocuk ve genç nüfusun fazla olmasından dolayı, özel kliniklerde ve kamu hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin, çocuk hastaların diş tedavilerine destek vermesinin gerekliliği ortadadır. Ancak, bu tedavilerin oldukça zor ve zaman alıcı olması nedeniyle istekli davranan hekim sayısının yeterli sayıda olmadığı görülmüştür. Mezuniyet sonrası çocuk hastaları tedavi etmeye yönelik eğitimlerle hekimlerin bilgi ve tecrübelerini arttırması, daha çok sayıda çocuk hastanın tedavi edilebilmesini sağlamaya yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, diş hekimisi, pedodonti, tedavi

**SUMMARY**

**INTRODUCTION:** In this study, it was aimed to obtain information about the rates of treatment of pediatric patients (0-18 years old) and which pediatric treatments are prioritized and practiced in the current clinical practice of dentists working in private and public hospitals in Antalya/Isparta province center.

**METHODS:** Dentists who are working in Antalya province center in 200 private clinics, 50 in public hospitals and 40 in private clinics, 25 in public hospital in Isparta province center participate to the study as a volunteer. Questionnaire consisting of 29 questions were filled out by interviewing dentists.

**RESULTS:** 76.2% of the 315 dentists participating in the study work in private clinics. 89.2% of the study of dentists stated that they were treating pediatric patients and this rate was determined as 95.8% in private clinics and 68% in public hospitals. The relationship between them was statistically significant. When endodontic treatments (direct pulping, amputation, canal treatment) were examined, it was seen that the inter-institutional relationship was important. Fissure sealant application from preventive treatments has been reported to be more frequent than fluoride application. 40% of the dentists in the study stated that they applied space retainers to the children. It has also been observed that space retainer applications are made more by the dentists working in private clinics.

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** Due to the high number of children and young people in our country, it is necessary for dentists working in private clinics and public hospitals to support dental treatment of child patients. However, since these treatments are very difficult and time-consuming, the number of dentists who are willing to work has not been enough. Increasing the knowledge and experience of dentists through training to treat child patients after graduation will help to ensure that more children's patients can be treated.

**Keywords:** Child, dentist, pedodontics, treatment

## GİRİŞ

Amerikan Pediatri ve Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademilerinin önerileri, çocukların dişlerinin sürmesiyle birlikte en geç bir yaşına kadar diş hekimi ziyaretlerinin başlaması yönündedir.<sup>1,2</sup> Daimi dişlerin sürmeleri tamamlanana kadar, diş arkının bütünlüğünün korunmasında süt dişlerinin ağızda sağlıklı olarak kalması önemlidir. Düzenli diş hekimi ziyaretleri sayesinde, çocukların erken yaşlarda daha kompleks tedavilere ihtiyaç duymaları önlenabilmektedir.

Ülkemiz nüfusunun üçte birini, '0-17' yaş grubunu içeren çocuklar oluşturmaktadır.<sup>3</sup> Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, ağız ve diş sağlığı sorunları 7-14 yaş grubundaki çocuklarda ilk sırada yer alırken, çocuklarda en önemli halk sağlığı problemlerinden biri diş çürüğü olarak rapor edilmiştir.<sup>4,5</sup>

Tüm bu verilere karşılık, çocuk hastaların tedavilerinde ülkemizdeki pedodontist sayısının yeterli sayıda olmadığı bilinmektedir, bu da çocuk hastalara yönelik tedavi uygulamalarında diş hekimlerinin de istekli davranmalarını gerekli kılmaktadır. Ancak hekimlerin her zaman özellikle okul çağı öncesi çocuk hastaları tedavi etmekte istekli olmadığı<sup>6</sup> ve hastaları çocuk diş hekimlerine yönlendirdikleri görülmektedir.<sup>7</sup> Bunların sebeplerinin araştırılması ve bunlara yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Araştırmamızda, Antalya/Isparta il merkezlerinde özel ve kamu hastanelerinde çalışan diş hekimlerinin, çocuk hastaları tedavi etme oranları, hangi tür pedodontik tedavilere öncelik verip uygulama yaptıkları ve karşılaştıkları sorunlar ile ilgili bilgi edinmek amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın örnek genişliğini belirleyebilmek için çalışma öncesi istatistik analiz yapılmış ve 266 diş hekiminin çalışma için yeterli sayıda olduğu belirlenmiştir. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan (23.08.2017 tarih ve 150 sayılı karar) ilgili onaylar alınmıştır.

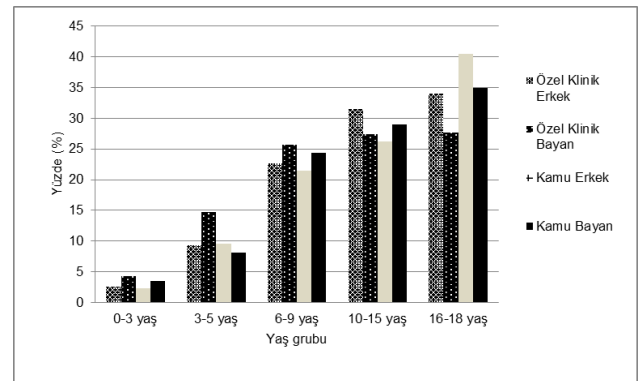
Antalya ve Isparta il merkezlerinde, gönüllü olarak anketteki soruları cevaplamayı kabul eden 240'ü özel kliniklerde, 75'i kamu hastanelerinde çalışan toplam 315 diş hekimi çalışma kapsamına alınmıştır. 29 sorudan oluşan anket soruları, doğru ve anlaşılabilir olması için hekimlerle birebir görüşülerek doldurulmuştur (Tablo 1).

Değerlendirilen anketlerden elde edilen veriler, sayı ve yüzde halinde tablo haline getirilmiştir. Anket soruları ile kamu hastaneleri ve özel klinikler arasında iki yönlü tablolar oluşturulup 'ki-kare' bağımsızlık testi uygulanmıştır.

## BULGULAR

Antalya il merkezinde 200'ü serbest ve 50'si kamuda, Isparta il merkezinde 40'ı serbest ve 25'i kamuda çalışan toplam 315 diş hekimi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Tüm hekimlerin %52.4'ünü erkek hekimler oluşturmuştur. Çalışmamıza katılan hekimlerin %76.2'si özel kliniklerde çalışmaktadır. Diş hekimlerinin demografik ve mesleki deneyimleri ile ilgili veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin, %89.2'si çocuk hastaları tedavi ettiklerini belirtirken, bu oran, özel kliniklerde %95.8, kamu hastanelerinde %68 olarak belirlenmiştir ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Yaş gruplarına göre kamu ve özel kliniklerde tedavi edilen çocuk hasta dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Çocuk hastaları tedavi etmediklerini belirten hekimlerin %0.3'ü eğitimlerindeki teorik bilginin yetersiz olmasını, %1'i eğitimlerindeki pratik uygulamanın yetersiz olmasını, %4.4'ü çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olmasını, %4.8'i mevcut sistemi, %0.6'sı çocuklara karşı davranış tekniğini belirleyememeyi neden olarak göstermişlerdir. Tedavi edilen çocuk hasta sayısı değerlendirildiğinde, haftada 5'den fazla tedavi edilen hasta sayısı kamu hastanelerinde %34.7, özel kliniklerde ise %8.8 olarak belirlenmiştir. Hekimlerin çalıştıkları kurum ile ayda tedavi ettikleri çocuk hasta sayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).



Şekil 1. Tedavi edilen çocukların yaş gruplarının kurumlara göre dağılımları

**Tablo 1. Anket formu**

1. Cinsiyet Bayan  Erkek
2. Yaş 22-30  31-40  41-50  51 ve ↑
3. Çalıştığınız kurum Özel klinik  Kamu hastanesi
4. Kaç yıldır diş hekimi olarak çalışmaktasınız? 1-5  6-10  11-15  16-20  21 ve üzeri
5. Çocuk hastaların diş tedavilerini yapıyor musunuz? Evet  Hayır   
Cevabınız Evet ise; 6 ve 7. Soruları, Hayır ise, 8. Soruyu yanıtlayınız.
6. Yaş grupları nelerdir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) 0-3  3-5  6-9  10-15  16-18
7. Ayda kaç çocuk hastanın tedavisini yapıyorsunuz? 1-10  11-20  20'den fazla
8. Tedavi etmeme nedeniniz/nedenleriniz nedir/nelerdir?  
Eğitimdeki teorik bilginin yetersiz olması   
Eğitimdeki pratik uygulamanın yetersiz olması   
Endikasyon koymanın yeteri kadar öğretilmemesi   
Çocuk hastaları tedavi etmenin daha zor olması   
Mevcut performans sistemi   
Çocuklara karşı davranış tekniği belirleyememe   
Geçen zaman içerisinde çocuk hastalarla ilgili güncel bilgileri takip edememe
9. Süt dişlerini tedavi ederken hangi restoratif materyalleri tercih ediyorsunuz?  
Kompomer  CİS  Kompozit  Amalgam  Diğer .....
10. Süt dişlerine direk kuafaj tedavisi yapmayı tercih ediyor musunuz? Evet  Hayır
11. Cevabınız Evet ise, hangi materyali kullanıyorsunuz?  
Kalsiyum hidroksit  CİS  MTA  Diğer .....
12. Süt dişlerine amputasyon tedavisi uyguluyor musunuz? Evet  Hayır   
Cevabınız Evet ise, 13-15. soruları yanıtlayınız
13. Bir ayda ortalama kaç dişe bu tedaviyi uyguluyorsunuz? 1-10  11-20  20'den fazla
14. Hangi amputasyon materyalini tercih ediyorsunuz?  
Ferrik sülfat  Formokrezol  MTA  Hipoklorit  Diğer .....
15. Üst restorasyonunda hangi restoratif materyali tercih ediyorsunuz?  
Kompomer  CİS  Kompozit  Amalgam  PÇK  Diğer ....
16. Süt dişlerine kanal tedavisi uyguluyor musunuz? Evet  Hayır   
Cevabınız Evet ise, 17-19. Soruları yanıtlayınız.
17. Bir ayda ortalama kaç dişe bu tedaviyi uyguluyorsunuz? 1-10  11-20  20'den fazla
18. Kanal patı olarak ne tercih ediyorsunuz?  
Kalsiyum hidroksit  İyodoform  Çinko oksit ojenol  Diğer ....

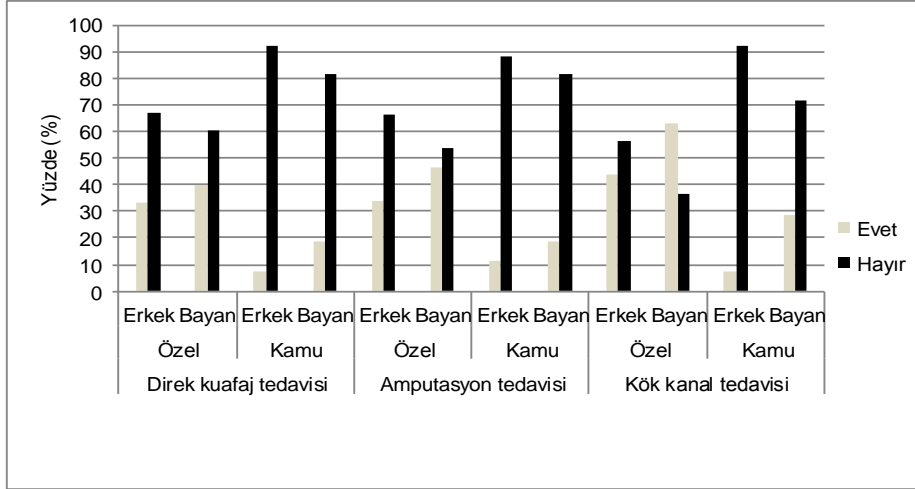
19. Üst restorasyonu için hangi materyali kullanıyorsunuz?  
Kompomer  CİS  Kompozit  Amalgam  PÇK  Diğer ....
20. Fissür örtücü uygulaması yapıyor musunuz? Evet  Hayır   
Cevabınız Evet ise, 21. ve 22. soruları yanıtlayınız.
21. Hangi dişlere uyguluyorsunuz? Daimi  Süt  Her ikisi
22. Ayda fissür örtücü uyguladığınız daimi diş sayısı nedir? 1-10  11-20  20' den fazla
23. Flor uygulaması yapıyor musunuz? Evet  Hayır   
Cevabınız evet ise, 24. ve 25. soruları yanıtlayınız.
24. Hangi yaş aralığındaki çocuklara flor uygulaması yapıyorsunuz?  
0-2  3-6  7-12  13 ve üzeri
25. Çocuk hastada hangi flor preparatını kullanmayı tercih ediyorsunuz?  
NaF jel  SnF2 jel  APF jel  Vernik
26. Çocuk hastalara yer tutucu uygulaması yapıyor musunuz? Evet  Hayır
27. Cevabınız Evet ise, hangi tür yer tutucu uygulaması yapıyorsunuz?  
Sabit  Hareketli  Her ikisi
28. Engelli çocuk hastaya tedavi yapmayı kabul ediyor musunuz? Evet  Hayır
29. Cevabınız Evetse, Ortopedik eng.  İşitme/Görme eng.  Serebral Palsi  Otizmlili  Down  Diğer..

**Tablo 2.** Hekimlerin demografik ve mesleki deneyimleri

CİNSİYET	ÖZEL KLİNİK				KAMU HASTANELERİ			
	Erkek		Bayan		Erkek		Bayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	139	57.9	101	42.1	26	34.7	49	65.3
<b>YAŞ</b>								
22-30	13	9.35	22	21.78	1	3.85	5	10.20
31-40	44	31.65	37	36.63	13	50.00	24	48.98
41-50	42	30.22	32	31.68	10	38.46	13	26.53
≥ 51	40	28.77	10	9.90	2	7.69	7	14.29
<b>MESLEKİ DENEYİM</b>								
1-5 yıl	8	5.76	20	19.80	1	3.85	4	8.16
6-10 yıl	14	10.07	10	9.90	1	3.85	6	12.24
11-15 yıl	26	18.71	21	20.79	6	23.08	11	22.45
16-20 yıl	25	17.99	22	21.78	14	53.85	16	32.65
≥ 21	66	47.48	28	27.72	4	15.38	12	24.49

Kurumlarda yapılan endodontik tedaviler incelendiğinde, hekimlerin %30.8'i süt dişlerine direk kuafaj tedavisi uygulamayı tercih ettiklerini belirtirken, kurumlararası (özel %35.8, kamu %14.7) ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Amputasyon tedavisini hekimlerin %33.7'si çalışmalarında uyguladıklarını ifade

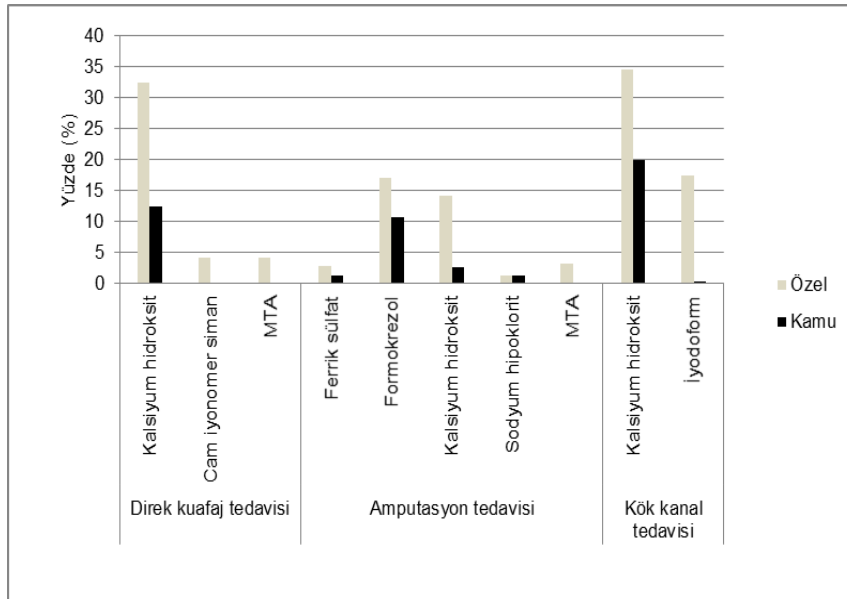
etmişlerdir. Aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0,000$ ). Hekimlerin %44.8'i süt dişi kök kanal tedavisi yaptıklarını belirtirken, özel kliniklerde (%52.1) ve kamu hastanelerinde (%21.3) çalışan hekimlerin uygulamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ )(Şekil 2).



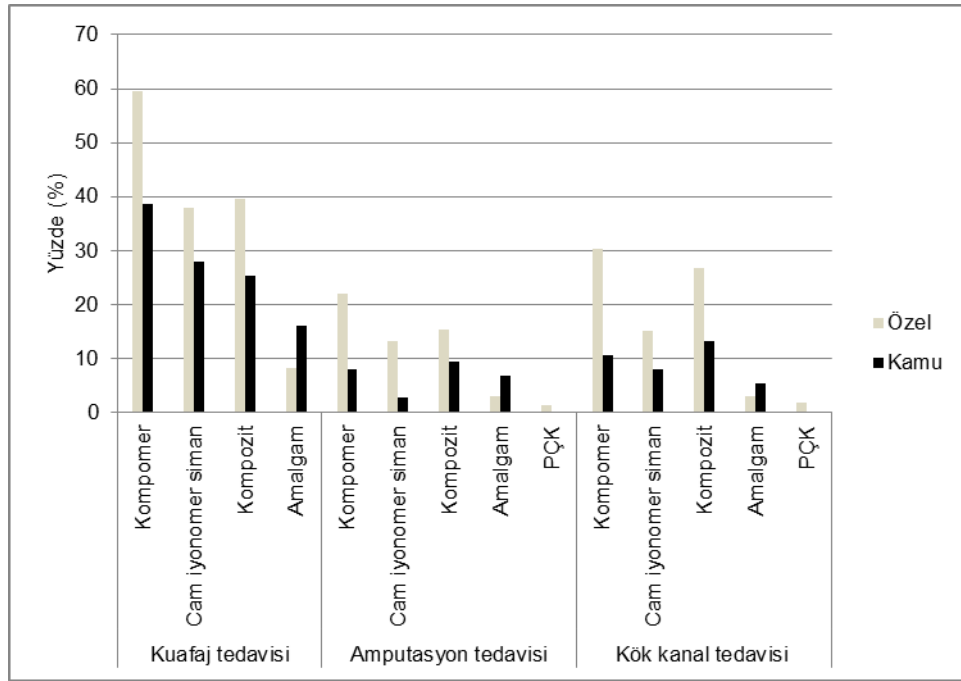
Şekil 2. Hekimlerin uyguladıkları endodontik tedavilerin kurumlara göre dağılımları

Hekimlerin süt dişlerine direk kuafaj, amputasyon, kök kanal tedavisi uygularken kullandıkları materyaller, sayı ve yüzde halinde Şekil 3'de gösterilmiştir.

Süt dişlerinde kullanılan restoratif materyaller ve amputasyon, kök kanal tedavisi sonrası kullanılan üst restorasyon materyalleri sayı, yüzde halinde Şekil 4' de gösterilmiştir.



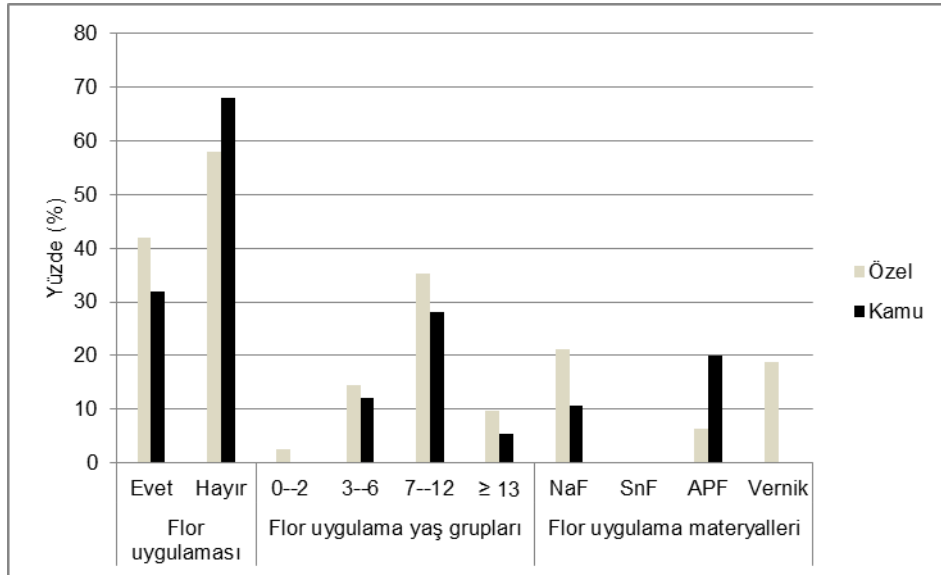
Şekil 3. Süt dişi tedavilerinde kullanılan materyaller



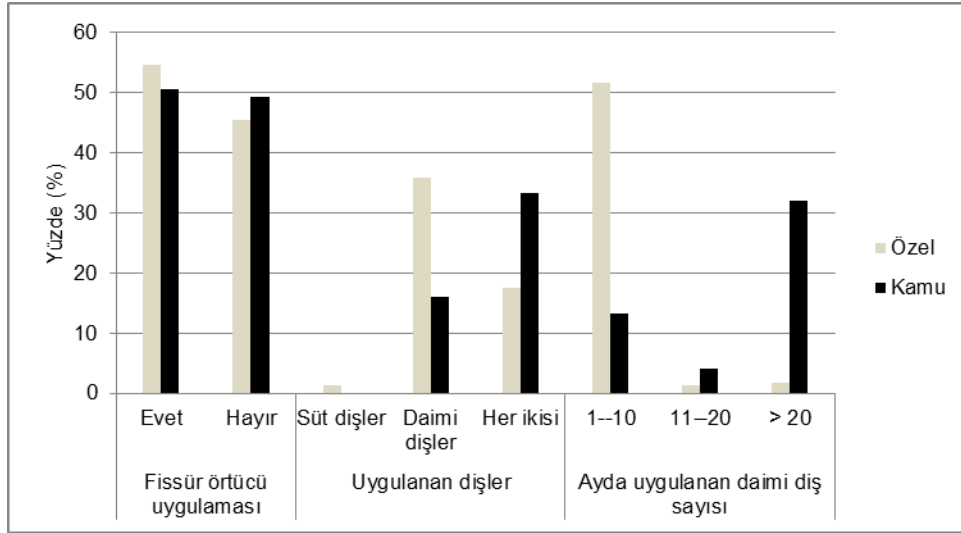
**Şekil 4.** Süt dişi tedavilerinde kullanılan üst restorasyon materyalleri

Koruyucu tedaviler değerlendirildiğinde, fissür örtücü uygulamalarının hekimlerin %53.3'ü, flor uygulamalarının %39.7'si tarafından yapıldığı görülmüştür. Kurumlardaki hekimlerin fissür örtücü ve flor uygulamaları, flor

uygulaması yaptıkları hastaların yaş grupları, kullandıkları flor materyalleri, fissür örtücü uyguladıkları dişler, daimi dişlere uygulanan fissür örtücü dağılımları Şekil 5 ve 6'da gösterilmiştir.



**Şekil 5.** Hekimlerin flor uygulamaları

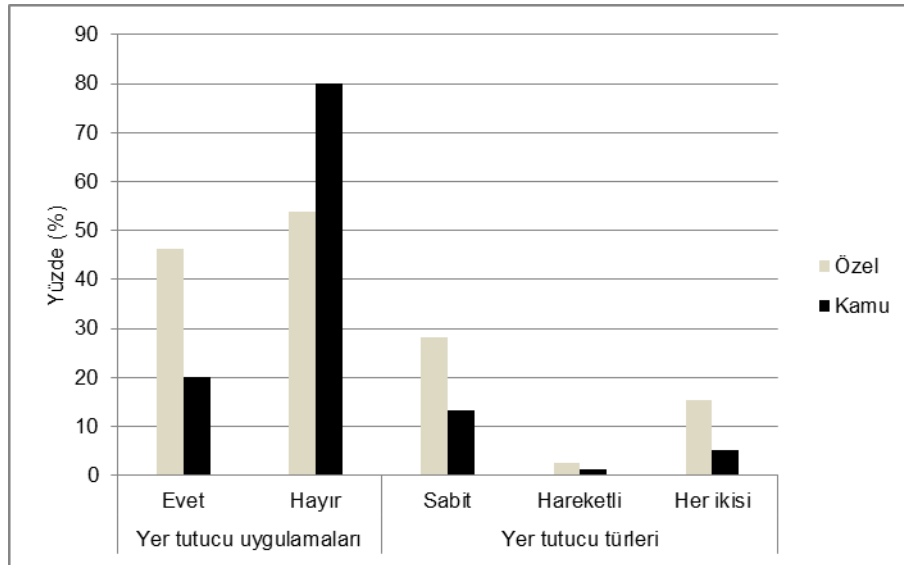


Şekil 6. Hekimlerin fissür örtücü uygulamaları

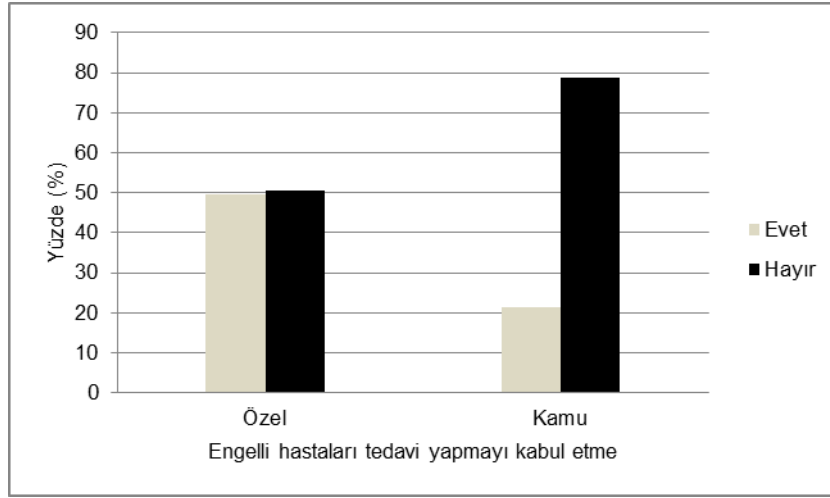
Hekimlerin %40'ı çocuk hastalara yer tutucu uyguladıklarını belirtirken, uygulanan yer tutucu türleri değerlendirildiğinde, sabit yer tutucuların daha sık (%24.8) yapıldığı görülmüştür. (Şekil 7). Kurumlara göre karşılaştırma yapıldığında, özel kliniklerde çalışan hekimler daha fazla oranda yer tutucu uygulamaları

yaptıkları ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

Engelli çocuk hastaları klinik şartlarında yapabilecekleri ölçüde tedavi etmeyi hekimlerin %42.9'u kabul ettiklerini belirtmişlerdir (Şekil 8).



Şekil 7. Hekimlerin yer tutucu uygulamaları



**Şekil 8.** Hekimlerin engelli çocuk hastaları tedavi etme dağılımları

## TARTIŞMA

Birçok diş hekimi, çocuk hastaların tedavilerini yapmaktadır ancak daha büyük yaşlardaki çocuklara göre özellikle üç yaşın altındaki çocuklarda işlemler daha da zorlaştığı için, yapılan çalışmalarda bu yaş grubunu tedavi etmeye istekli diş hekimlerinin sayısının azaldığı belirtilmektedir.<sup>8,9</sup> Diş hekimlerine eğitimleri süresince, genç ve uyumsuz hastaların tedavilerine yönelik daha az fırsatın verilmesi, hekimlerin bu hastaların tedavilerinde kendilerini rahat, tecrübeli hissetmemelerine ve sonrasında tedavileri yapmayı reddetmelerine neden olabildiği belirtilmiştir.<sup>7,8</sup>

Çalışmamızda, hekimlerin %10.8'inin çocuk hastaları tedavi etmekte istekli olmadıkları görülmüştür. 0-3 yaş arasındaki çocuk hastaları tedavi etme oranı ise %9.2 olarak değerlendirilmiştir. Bu oran, her ne kadar az olarak görülsün de davranış idaresi tekniklerini uygulamanın mümkün olmadığı bu yaş grubu hastalara diş hekimlerinin zaman ayırdıklarını ve ilgilendiklerini gösterdiği için memnuniyet verici olmaktadır. Çocukların yaşları azaldıkça, tedavi edilen çocuk sayısının da azalmakta olduğu görülmüştür. Bunun sebepleri; tedavilerin yorucu, zaman alıcı olmasına karşın maddi getirisinin az olması, hekimlerin hastaları pedodontistlere yönlendirmeleri ve tedavilere daha fazla zaman harcamak istememeleri olarak belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar görülmektedir.<sup>10</sup>

Kamu hastanelerinde çocuk hasta tedavi etme oranlarının az olmasının sebepleri incelendiğinde; mevcut sistem, hasta sayısının yoğunluğu, tedavilerin yorucu ve daha fazla zaman gerektirmesi gibi nedenler karşımıza

çıkılmaktadır. Bazı kamu hastanelerinde ise, bu görevi pedodontistlerin üstlendiği görülmüştür.

Amerika' da yapılan çalışmalarda, genç yaşlardaki çocuk hastaları tedavi etme isteği, mesleki deneyim ile negatif ilişkili bulunmuştur.<sup>7,11</sup> Üniversiteden yeni mezun olan hekimlerin (bir ve üç yıl), meslekte daha uzun süre (on yıl) çalışmış hekimlere göre, paslanmaz çelik kron (PÇK), yer tutucu uygulamaları, süt ya da daimi genç dişlerin endodontik tedavileri gibi daha kompleks tedavileri daha sıklıkla yaptıkları ve daha az sayıda hastayı pedodontistlere yönlendirdikleri belirtilmiştir.<sup>7</sup> Bizim çalışmamızda ise, hekimlerin mesleki deneyimleri ile çocuk hastaları tedavi etme durumları arasında ilişki bulunmamıştır.

Çocuk hastaları tedavi etmeye bayan diş hekimlerinin daha çok yatkın oldukları öngörülse de, gerek bizim çalışmamızda gerekse 13 yıl önce yapılan bir çalışmada<sup>10</sup> hekimlerin cinsiyetleri ile tedavi edilen çocuk hasta yaş grupları arasında farklılıklar gözlemlenmemiştir. Bu sonuç, çocuk hastaları tedavi etmede cinsiyetin önemli olmadığını, mesleki bilgi ve tecrübenin daha çok öne çıktığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, gelişen teknoloji ile tedavilerde kullanılan materyallerin de gelişmesiyle birlikte, hekimlerin materyal tercihlerinin öğrenilmesi önem taşımaktadır. Çalışmamızda, süt dişlerinde kullanılan restorasyon materyallerine bakıldığında, en çok kompomerin (%54.6) uygulandığı görülürken, onu sırasıyla kompozit (%36.2), cam iyonomer siman (CİS) (%35.6) ve amalgam (%10.2) takip etmiştir. Özel kliniklerde ve kamu hastanelerinde çalışan hekimlerinin süt dişlerinde kullandıkları restorasyon materyalleri karşılaştırıldığında; her ikisinde de en sık kompomerin kullanıldığı (özel;%59,6, kamu;%38,7), amalgamın ise kamu hastanelerinde daha fazla oranlarda (özel;%8,3,



kamu;%16) kullanıldığı gözlenmiştir. Ülkemizde, 23 yıl önce yapılan çalışmada ise, süt dişlerinde amalgam kullanımının oldukça fazla oranlarda olduğu (%74) görülmüştür.<sup>12</sup> 2003 yılında İngiltere’de yapılan çalışmada<sup>13</sup>, hekimlerin tercihleri CİS (%56), amalgam (%33), kompozit rezin (%10) olarak vurgulanmıştır. Günümüzde amalgamın sınırlı endikasyonlar dışında artık kullanılmadığı dikkat çekmektedir.

Süt dişlerine yapılan pulpa tedavileri incelendiğinde, 1994 yılında yapılan bir çalışmada, İstanbul’daki serbest hekimlerin %56’sının süt dişlerine amputasyon tedavisi uyguladıkları belirtilirken<sup>12</sup>, çalışmamızda serbest hekimlerin %39.2’sinin amputasyon tedavisi yaptıkları görülmüştür. 2003 yılında Avrupa’da yapılan bir çalışmada, amputasyon tedavisinin (%35), süt dişi kanal tedavisine (%15) göre daha sık uygulandığı bildirilmiştir.<sup>13</sup> Çalışmamızda ise, hekimlerin klinik uygulamalarda süt dişi kanal tedavilerine (%44.8), amputasyon tedavilerine (%33.7) göre daha fazla yer verdikleri görülmüştür. Kanal tedavilerinin uygulanma oranlarının yüksek olmasının nedenleri; hekimlerin amputasyon tedavisinden ziyade daha radikal bir tedavi olan kanal tedavilerini tercih etmeleri, hastaların genellikle ilerlemiş çürükler ve şiddetli ağrı sebebiyle diş hekimlerine başvurmaları olarak gösterilebilir. Özel klinikler ve kamu hastaneleri arasında değerlendirme yapıldığında ise, özel kliniklerde süt dişlerine hem amputasyon (özel;%39,2, kamu;%16) hem de kanal tedavisinin (özel;%52,1, kamu;%21,3) daha fazla oranlarda yapıldığı görülmüştür. Özel kliniklerde çalışan hekimlerin çocuk hastaların tedavilerine daha fazla zaman ayırabilme imkanlarının olması, kamuda çalışan hekimlerin kısıtlı zamanları ve bu tedavileri yapmak yerine diş çekimlerini tercih etmeleri neden olarak gösterilebilir.

Süt dişlerinde uygulanan amputasyon materyalleri sorgulandığında, hekimlerin formokrezol, kalsiyum hidroksit, ferrik sülfat, mineral trioksit agregat (MTA) kullandıkları görülmektedir. Bunlar arasında özel kliniklerde (%17,1) ve kamu hastanelerinde (%10,7) en fazla tercih edilen materyalin, diğer bazı çalışmalarda da<sup>14,15</sup> olduğu gibi formokrezol olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, formokrezol kullanımının (%15.6) yüksek olmasının nedeni, hekimlerin bu materyali eğitimlerinde sıklıkla uygulamaları, MTA (özel;%3,3, kamu;%0) ve diğer materyallerin daha az kullanılmasının sebepleri de, bu materyaller hakkında tecrübe, bilgi eksikliği ve ekonomik faktörler olarak gösterilebilir. Bu da, mezuniyet sonrası sürekli diş hekimliği eğitimlerinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, süt kanal tedavisi uygulayan hekimlerde (kamu;%20, özel;%34,6) en çok tercih edilen materyal kalsiyum hidroksit (%31.1) olmuştur. Hindistan’da

yapılan bir çalışmada da<sup>16</sup> süt dişlerinde en çok kullanılan kanal patı (%35.8) kalsiyum hidroksit olarak bildirilmiştir. Endodontik tedavi görmüş süt dişlerinin uzun dönem başarısında yapılacak olan üst restorasyonlar büyük önem taşımaktadır. Zahmetli ve uzun uğraşlar gerektiren süt kanal tedavilerinin üst restorasyonlarında en iyi seçenek PÇK olmasına<sup>16,17</sup> ve birçok çalışmada daha sık kullanılmasına rağmen,<sup>14,15</sup> çalışmamızdaki hekimler tarafından az kullanılmasının (özel;%1,7, kamu;%0) nedenleri maliyeti, uygulama zorluğu, zaman ve klinik tecrübe gerektirmesi olarak gösterilebilir. Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada, üst restorasyon olarak, CİS (%30), amalgam (%26), PÇK (%24), kompozit (%20) kullanıldığı görülmüştür.<sup>14</sup> CİS’nin kullanım kolaylığı ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle sıkça kullanıldığı rapor edilirken,<sup>15,16</sup> çalışmamızda ise kompomer (%25.7) ve kompozitin (%23.5) diğer materyallere göre daha sıklıkla uygulandığı görülmüştür. Ancak, süt dişi kanal tedavili dişlerin restorasyonları için PÇK uygulanmasının da gerekliliği kabul edilmektedir.

Tüm bu tedavilere karşın, diş çekimi ile sonuçlanan durumlarda, hekimlerin tavırları incelendiğinde, özel kliniklerde daha fazla olmakla birlikte hekimlerin %40’ı yer tutucu uygulamalarını yaptıklarını belirtmişlerdir. Özel kliniklerde ve kamu hastanelerinde çalışan hekimlere göre karşılaştırıldığında, diş hekiminin bilgi ve tecrübesi, ekipman ve teknisyenin eğitim yetersizliği, hastaların sosyo-kültürel ve ekonomik seviyeleri hekimlerin yer tutucu uygulamalarını etkileyen faktörler arasındadır. Serbest hekimlerin yer tutucu uygulama sıklığı ile mezuniyet yılları arasında anlamlı ilişki görülmezken<sup>10</sup>, çalışmamızda, mezuniyet sonrası 1-5 yıl geçmiş hekimlerin daha eski mezunlara göre daha fazla sayıda yer tutucu uyguladıkları bildirilmiştir.

Çalışmamızda, koruyucu tedaviler ile ilgili karşı hekimlerin verdikleri cevaplar incelendiğinde, flor uygulamalarının (özel;%42,1, kamu;%32) fissür örtücü uygulamalarına (özel;%54,6, kamu;%50,7) göre daha az oranlarda olduğu görülmüştür. Yeni mezun olan hekimlerin, meslekte daha uzun yıllar çalışmış olan hekimlere göre florid preparatlarını daha sık kullandıkları da gözlemlenmiştir. Sosyal medyada zararları yönünde yapılan bazı açıklamalar kamu hastanelerinde ve özel kliniklerde çalışan hekimlerin flor uygulamalarını kısıtlayan nedenler olarak ortaya çıkmaktadır.

Fissür örtücü uygulamalarının, son beş yıl içinde mezun olan hekimler arasında daha önce mezun olan hekimlere göre daha sık uygulandığı bildirilmiştir.<sup>18</sup> Çalışmamızın sonucunun aksine, 2004 yılında yapılan bir çalışmada, hekimlerin mesleki deneyimleri ile fissür örtücü uygulamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.<sup>10</sup> Süt dişlerine kıyasla, daimi dişlerde

daha fazla oranda fissür örtücü uygulandığı da belirtilmiştir.<sup>9</sup>

Ülkemizde, 2001 yılında serbest çalışan hekimler arasında yapılan çalışmada, fissür örtücü (%25) ve flor uygulama (%10) oranlarının belirgin düzeylerde az olduğu görülmüştür.<sup>5</sup> Çalışmamızda, serbest çalışan hekimlerin %54.6'sının fissür örtücü, %42.1'inin flor uygulaması yaptıkları görülürken, koruyucu uygulamalara karşı verilen önemin gün geçtikçe artması, buna yönelik eğitimlere verilen önemin sonuçlara yansımalarını göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda, süt dişi tedavilerinin çoğunun, gerek diş hekiminin teorik bilgisinin ve pratik uygulamasının yetersiz olması, çocuğun iş birliği yapmaması, uzun uğraşlar gerektirmesine rağmen düşük maliyet oranları nedeniyle yapılamadığı belirtilmiştir.<sup>14,16</sup> Koruyucu hekimliğe ağırlık verildiğinde, çocuklarda daha zor ve uzun uğraşlar gerektiren tedavilere gereksinim kalmamaktadır. Çocuk nüfusunun fazla olduğu ülkemizde, koruyucu uygulamaların ve küçük yaşlardan itibaren düzenli takiplerin önemli olduğu görülmektedir.

Özel tedavi gerektiren çocuklarda, hekimlerin davranış ve tutumları incelendiğinde, hekimlerin %42.9'u hasta uyumlu olduğu takdirde tedavi yapmayı kabul edebileceklerini belirtmişlerdir. Günümüzde sosyal hayata katılan engelli çocuk sayısının fazla olduğu dikkate alındığında, özel tedavi gerektiren bu çocuklar için özel ekip ve donanımların eksikliği bu hizmeti vermede problemlere neden olmaktadır. Ayrıca, engelli bireylerin diş tedavilerine yönelik mesleki eğitimlerin artırılmasıyla hekimler bu hastaların tedavilerinde daha etkin rol oynayabileceklerdir.

## SONUÇ

Diş hekimleri tarafından çocukları tedavi etmenin yorucu olarak belirtilmesi, zaman ve ekip/ekipman gerektiren tedaviler olması nedeniyle oluşan ekonomik zorluklar, davranış yönetimi zorlukları diş hekimlerinin tedavileri uygulamaktan kaçınmalarına neden olmaktadır.

Ülkemizdeki hekimlerin çoğunun özel kliniklerde çalışan hekimlerden oluştuğu düşünüldüğünde, hekimlerin eğitimleri süresince bilgi ve tecrübelerinin artması, ebeveyn ve çocuklara yönelik yapılacak olan ağız-diş sağlığı eğitimlerinin geliştirilmesi hekimlerin daha çok sayıda çocuk hastanın tedavilerine yönlenebilmelerini sağlayacaktır. Hekimlerin koruyucu hizmet vermede başarılı olmalarına rağmen bunun daha da geliştirilebileceği görülmektedir.

Mezuniyet sonrası diş hekimleri için sürekli eğitimler önem taşımaktadır, bu eğitimler içerisinde özel

gereksinim gerektiren çocukların tedavilerine yönelik eğitimlerin verilmesi de gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee; 2009:110-116.
2. American Academy of Pediatrics, Section of Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians (published online ahead of print Nov. 17, 2008). Pediatrics 2008;122(6):1387-1394. doi:10.1542/peds.2008-2577.
3. TÜİK (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21521>) İstatistiklerle Çocuk,2015 Erişim Tarihi: 22/04/2016
4. TÜİK,SağlıkAraştırması2014,Sayı:18854:01/10/2015,<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> Erişim Tarihi: 04/11/2015
5. Kambek S. Sivas il merkezinde serbest çalışan diş hekimlerinin koruyucu tedavi yöntemlerine yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Diş hek Fak Derg 2001;4(1):38-40.
6. Rich JP 3rd, Straffon L, Inglehart MR. General dentists and pediatric dental patients: the role of dental education. J Dent Educ 2006;70(12):1308-15.
7. 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):371-7.
8. Cotton KT, Seale NS, Kanellis MJ, Damiano PC, Bidaut-Russell M, McWhorter AG. Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid-enrolled preschool age children related to dental school training? Pediatr Dent 2001;23(1):51.
9. 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.
10. Kılıçoğlu H, Gümrü AD, İnal I. İstanbul ilinde serbest çalışan diş hekimlerinin koruyucu ve önleyici tedavi uygulamalarının incelenmesi. Türk Ortodonti Derg 2004;17(3):312-22.
11. Garg S, Rubin T, Jasek J, Weinstein J, Helburn L, Kaye K. How willing are dentists to treat young children?: a survey of dentists affiliated with Medicaid managed care in New York City, 2010. J Am Dent Assoc 2013;144(4):416-25.
12. Aytepe Z, Ulukapı I, Gülhan A, Oray H. İstanbul'da bir grup serbest diş hekiminin çocuk hastalarla ilgili bilgi tutum ve davranış analizi. İ.Ü. Diş Hek Fak Derg 1994;28:223-7.
13. Roshan D, Curzon ME, Fairpo CG. Changes in dentists' attitudes and practice in paediatric dentistry. Eur J Paediatr Dent 2003;4(1):21-7.
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 Health Sci Res 2012;2(2):119-22.
15. 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):64.
16. 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. J Orofac Sci 2016;8(2):96-101.
17. Holan G, Fuks AB, Ketlz N. Success rate of formocresol pulpotomy in primary molars restored with Stainless Steel vs Amalgam. Pediatr Dent 2002;24:212-6.

18. Sutharshana V, Gurunathan D, Karthikeyan S. Knowledge attitude and practice of dentists regarding pit and fissure sealants in Suburbs of Chennai, India. RRJDS 2016;4(3):29-33.