

# Dental İhmal

## Dental Neglect

**Arş. Gör. Dt. Ayça Kurt**

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Pedodonti A. D., Trabzon

**Doç. Dr. Özgül Baygın**

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Pedodonti A. D., Trabzon

**Doç. Dr. Tamer Tüzüner**

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Pedodonti A. D., Trabzon

**Geliş tarihi: 21 Ağustos 2017**

**Kabul tarihi: 12 Aralık 2017**

**doi: 10.5505/yeditepe.2019.18894**

**Yazışma adresi:**

Arş. Gör.Dt. Ayça KURT

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Pedodonti A. D.

Üniversite Mahallesi, Kanuni Kampüsü 61080

Trabzon/ Türkiye

Tel: 0506 5863909

E-posta: kurtayca23@gmail.com

**ÖZET**

Diş çürüğü çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Çürük, periodontal hastalıklar ve ağız sağlığını olumsuz etkileyen diğer durumlar tedavi edilmezse ağrı, enfeksiyon ve fonksiyon kaybına neden olabilir. Bu istenmeyen sonuçlar, öğrenme, iletişim, beslenme, normal büyüme ve gelişme için gerekli olan diğer faaliyetleri olumsuz yönde etkileyebilir. Ağız sağlığının devamlılığında ve ihtiyaç duyulan dental bakımın elde edilmesindeki başarısızlık dental ihmal olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynin/bakımla yükümlü kişinin ağız sağlığının sürdürülmesindeki yeterli bilgi ve bakım arayışındaki kasıtlı başarısızlığının dental ihmalde önemli rolü olmakla birlikte bu durum çocuğun diş bakımı ihtiyacını belirlemede bilgi sahibi veya farkındalığının olmaması durumundan ayırt edilmelidir. Bunun yanı sıra ihmal farkındalığına sahip olmakla, hasta ve ebeveyn üzerinde farkındalık yaratmakla ve gerekli çözüm yolları bulmakla yükümlü olan diş hekimleri ve diğer sağlık personellerinin de sorumluluklarını yerine getirmemeleri dental ihmalin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dental ihmal kavramını anlamak ve çözümlenmek, bireysel davranışlar arasındaki karmaşık ilişkinin, çevresel faktörlerin ve diş hastalıklarının anlaşılmasına yardımcı olabilir, dental ihmalin gelecekteki araştırmalar için öncelikli olarak ele alınması, oluşması muhtemel ağız sorunlarının ortaya çıkma olasılığını da azaltabilir. Bu derlemenin amacı dental ihmal kavramını bütün yönleriyle anlamak ve hem sağlık profesyonelleri hem de ebeveynler açısından farkındalık yaratmaktır.

**Anahtar kelimeler:** Ağız sağlığı, ihmal, diş hekimleri, ebeveyn/bakıcı

**SUMMARY**

Tooth decay is one of the most common chronic diseases in childhood. Caries, periodontal diseases and other conditions that negatively affect oral health can cause pain, infection and loss of function if not treated. These undesirable consequences can negatively affect learning, communication, nutrition, and other activities necessary for normal growth and development. Failure to maintain oral health and to obtain required dental care is defined as dental neglect. Parents / caregivers' deliberate failure to seek adequate knowledge and care in maintaining oral health has an important role in dental neglect but this situation should be separated from the lack of knowledge or awareness in determining the dental care needs of the child. Additionally, dental negligence is caused by dentist and other health personnel, who are obliged to have negligence awareness, raise awareness of the patient and parents and find necessary solutions if they do not fulfill their responsibilities. Understanding and analyzing the concept of dental neglect can help to understand the complex relationship between individual behaviors, environmental factors and dental diseases and addressing dental neglect primarily for future research can also reduce the likelihood of possible mouth problems. This review aims to understand all aspects

of the concept of dental neglect and to create awareness in terms of both health care professionals and parents.

**Keywords:** Oral health, neglect, dentists, parent / caregiver

## GİRİŞ

Diş çürüğü, çocuklar arasında görülen en yaygın bulaşıcı hastalıktır<sup>1-3</sup>. Diş çürüğü tedavi edilmezse ağrı, iştahsızlık, letarji, maloklüzyon gibi bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra psikolojik, duygusal ve sosyal hayatı etkileyen uzun vadeli sağlık sorunları da görülmektedir<sup>4</sup>. Çünkü ağız sağlığı, genel sağlık ve devamlılığı için esastır. Sağlıklı bir ağız, bir kişinin aktif hastalık, rahatsızlık veya utanç yaşamadan konuşması, yemek yemesi ve sosyalleşmesini sağlar. Ağız hastalıkları beslenme ve yaşam tarzı ile ilgili hastalıklar arasındaki en maliyetlilerden biridir. Diş çürümelerini tek başına tedavi etme maliyeti bir ülkenin çocuklara yönelik toplam sağlık bütçesini kolayca tüketebilmektedir<sup>5</sup>. Dental ihmal, diş çürüğü ile sıkı bir bağa sahiptir. Bununla birlikte, ihmalin maliyeti finansal, sosyal ve kişisel etkileri açısından yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü, ihmalin yoksulluğun koşullarından ayrılması gerektiğini belirtmekte ve ihmalin ancak aileye veya bakıcıya makul kaynakların bulunduğu durumlarda ortaya çıkabileceğine işaret etmektedir<sup>6</sup>.

Çeşitli kaynaklarda dental ihmal için birçok tanım mevcuttur. Thomson, Spencer, Gaughwin<sup>7</sup>. dental ihmal, oral sağlığın sürdürülmesindeki, ihtiyaç duyulan dental bakımın elde edilmesindeki başarısızlık ve oral kavitenin fiziksel ihmal olarak tanımlanmışlardır. Amerikan Diş Hekimliği Akademisi dental ihmal; ebeveynin/bakımla yükümlü kişinin, çocuğun yeterli fonksiyona sahip, ağrı ve enfeksiyonu olmayan temel ağız sağlığının devamlılığının sağlanması için gerekli tedavi arayışı ve takibindeki kasti başarısızlık olarak tanımlamaktadır<sup>8</sup>.

İhmal; fiziksel, tıbbi, dental, duygusal, eğitimsel vb. kaynaklı olabilmektedir<sup>9</sup>. Zayıf oral sağlığa ek olarak oral fonksiyon bozukluğu, sosyal ve fiziksel hayata olumsuz etkisi bulunmaktadır. Dünya sağlık örgütü; ihmalin yoksulluktan ayrılması gerektiğini belirtmektedir<sup>10-11</sup>. Çünkü ihmal; erişilebilir kaynaklar mevcutken meydana gelmektedir. Dünya çapında sıklığı ve şiddeti tam olarak bilinemesi de sosyal hayatın her alanında yaygındır.

Araştırmalar; ailesel sorunlar, sağlık-hastalık durumları, aile içinde ihmal, işsizlik, fakirlik gibi birçok nedenin altında yatan sebeplerden olduğunu göstermektedir. İhmalkar ailelerin genellikle çok çocuklu olduğu ve genç ebeveynlerden oluştuğu ve ebeveynlerin plan yapmada eksik, gelecek konusunda güven vermeyen, para yönetiminde zorlanan, duygusal anlamda olgunlaşmamış kişilerden oluştuğu gözlemlenmiştir. İhmalin yaşla beraber arttığı, erkeklerde daha fazla olduğu, düşük eğitim seviyesinde, düşük gelirden, düşük seviyeli meslek gruplarında, düşük

sosyo-ekonomik sınıflarda daha fazla görüldüğü rapor edilenler arasında bulunmaktadır<sup>12</sup>.

## Dental ihmalin tipleri<sup>13</sup>

1. Aktif ihmal; aile veya koruyucunun bakım görevini yerine getirmedeki kasıtlı başarısızlığıdır.

2. Pasif ihmal; hastalık, sakatlık, finans-farkındalık eksikliği vb. gibi nedenlere dayanan kasıtlı olmayan başarısızlıktır.

3. Self ihmal; kişinin fiziksel, mental ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliğidir.

Aynı zamanda; dental önlem almada ihmal ve dental tedavide ihmal olarak da sınıflama bulunmaktadır<sup>14</sup>. Dental önlem almada ihmal, oral hastalıkların önlenmesindeki ihmal olarak tanımlanmaktadır. Tedavi edilen ve tedavi edilmemiş diş çürüğü ve / veya travmatik dental yaralanmalar ve / veya diş ağrısı varlığı olup olmadığı ile değerlendirilmektedir. Dental tedavide ihmal ise tedavi edilmemiş diş çürüğü ve / veya travmatik dental yaralanmalar ve / veya diş ağrıları varlığında gerekli diş tedavisinin ihmal olarak tanımlanmaktadır<sup>14</sup>.

## Dental İhmal Belirleme Ölçekleri

Dental İhmal Ölçeği (DİÖ)<sup>7</sup>, bireylerin diş bakımı yapıp yapmadığını, profesyonel diş bakımı alıp almadığını ve ağız sağlığının önemli olduğuna inanıp inanmadığını değerlendirmektedir. Bu ölçek, ağız sağlığı, ağız sağlığı ile ilgili davranış ve tutumlarla ilgili bilgilere dayanarak risk gruplarını belirlemeyi amaçlayan nüfus araştırmaları için uygun bir araçtır. Oral sağlık anketleri için klinik veri anlamında faydalanılmaktadır<sup>15,16</sup>. Aslen 7 maddeden oluşan ölçek, çocuğun ağız sağlığına yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik ebeveynler için geliştirilmiştir. Anne-babaların yüksek dental ihmale sahip olduğunu belirttiği çocukların, daha ileri derecede çürüğe sahip oldukları ve bu çocukların, ebeveynlerinin daha az ihmale sahip olduğunu belirttikleri çocuklardan geçmiş iki yılda diş hekimine gitme sıklığının daha düşük olduğu belirtilmektedir<sup>7</sup>. Daha önceki örneklerde bireyin, kötü ağız bakımı ve düzensiz diş hekimliği ziyaretleriyle olan ilişkiyi ortaya çıkaran DİÖ, adolesanlardaki dental ihmal ölçmek için uygun bir yöntem olabilmektedir. Ölçek, şimdiye kadar yalnızca 16 yaş ve üzerindeki araştırmacıları içeren iki örnekte kullanılmış olmakla birlikte, ergenlik döneminde tek başına performansı bildirilmemiştir<sup>17,18</sup>. Dental İhmal Ölçeği'nin 6 maddeli bir versiyonu da yetişkinlerde çeşitli popülasyonlarda başarıyla kullanılmıştır. Yaşı daha büyük olan yetişkinlerde ihmalden kaynaklı daha fazla çürük ve kaybedilen diş olduğu belirtilmektedir<sup>16-18</sup>. Bu yetişkinlerin diş hekimliği devam kontrollerinin daha düzensiz olduğu, yakın zamanda bir dental kontrol randevusuna sahip olmalarının daha az muhtemelen olduğu ve randevular arası sürenin daha uzun olduğu belirtilmektedir<sup>16,18,19</sup>. Dental İhmal Ölçek skorları daha yüksek olan yetişkinlerin günlük hayat ve sosyal hayat açısından daha zayıf hayat kalitesine sahip oldukları, görünüşleri ile ilgili endişeler

nedeniyle konuşmaktan kaçınma eğilimi içinde oldukları gözlemlenmiştir<sup>17</sup>.

Dental Indifference Skala (Dental İlgisizlik Ölçeği); Nuttall (1996), dental ihmali ölçmek için sekiz maddelik bir ölçek oluşturmuştur. Ölçek, ankete katılan kişilerin oral hijyen ve diş hekimliği hizmeti kullanım pratiği, mevcut ağız sağlığı durumu, önceki beş yıllık dental sağlık durumu ve genel diş bakımı, posterior diş kaybı ve ağrısız dişeti kanaması durumundaki bakım gerektiren davranışları ile ilgili olarak ölçüm yapmaktadır<sup>15</sup>.

#### *Dental İhmal ve Sosyo-Demografik Faktörler Arasındaki İlişki*

Yapılan çeşitli çalışmalarda diş hekimliği ihmali ve sosyo-demografik faktörler (yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum) arasındaki ilişki belirtilmiştir<sup>7,16-19</sup>. Dental ihmal hayatın her alanında bu ve bununla ilgili sebeplere bağlı olarak görülmektedir. Çocukluktan başlar ve ergenlik dönemine geçerek yaşlılığa kadar uzanmaktadır. Ergenlik döneminde yaşla birlikte arttığı gözlemlenmiştir<sup>18,19</sup>. Cinsiyet açısından ihmal farklılıkları değerlendirildiğinde ise, erkeklerde kadınlardan daha fazla gözlemlendiği belirtilmiştir<sup>7,16,17</sup>. Düşük eğitim seviyesine, düşük gelire, düşük mesleki gruba ve düşük sosyo-ekonomik statüye sahip kişilerde dental ihmalin artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Dental ihmal ve oral sağlık kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu ve yüksek orandaki dental ihmalin oral sağlıkla ilişkili olduğu rapor edilmiştir<sup>15-17,20</sup>. Yapılan araştırmalarda, istismar kurbanı olan çocukların, çocukluk döneminden başlayarak, akranlarının çürük seviyelerinden sekiz kat fazlasına sahip olabileceği gösterilmiştir<sup>12</sup>. Ayrıca oral sağlık sorunu yaşayan çocukların eğlenecekleri aktivite günlerinin sağlıklı olan çocuklara oranla yaklaşık 12 kat daha az olduğu tespit edilmiştir. Çocukların okul performansı ve sonraki yaşamlarındaki başarıyı etkileyen ağız sağlığı sorunları yüzünden yılda 50 milyondan fazla okul saatinin kaybolduğu belirtilmektedir<sup>5</sup>.

Ergenlikte de diş ihmali olduğu birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir<sup>15-18,21</sup>. Ergenlik kişisel ağız sağlığı davranışlarının içselleştirilip alışkanlıklar haline gelebileceği bir zaman olarak tanımlanmaktadır ve ebeveynler bu dönemde çocuklarının bakımıyla daha az ilgilenmektedir. Ergenlik döneminde ağız bakımı, çürüyebilecek diş yüzeylerinin sayısını arttıran kalıcı dişlerin çıkması ve bu dönemde periodontal hastalıkların artması da dahil olmak üzere çeşitli nedenlerle önemlidir. Bu nedenle, ergenlerin, ağız bakımı alışkanlıkları kurdukları bu gelişim döneminde dental hastalıklar için daha büyük risk altında olabileceği düşünülmektedir. Gelişim döneminde diş hekimlerinden kaçma, bazı bireylerde yetişkinlik dönemine kadar görülmektedir çünkü bu çağın gençlerinde artan özerklik diş hekimi katılımını etkileyebilmektedir<sup>21</sup>. Yapılan bir araştırmada, İngiltere'de 16-24 yaş grubundaki bireylerin %48'inin son 5 yıl içinde diş hekimine gitme oranının çok düşük olduğu tes-

pit edilmiştir<sup>22</sup>. İngiltere'de 14-15 yaşlarındaki ergenlerle yapılan ikinci bir çalışmada erkeklerin yaklaşık %13'ünün ve kızların %16'sının son bir yıldır diş hekimine gitmediği belirtilmiştir<sup>23</sup>. Diş hekimliği hizmetlerinin kolaylıkla erişilebilir olduğu ve bu hizmetlerin ergenlik çağındayken ücretsiz yapıldığı Norveç'te, ergenlerin diş hekiminden kaçma oranları %12 veya daha yüksek olabilir ve yaş 12'den 18'e doğru ilerledikçe bu oran artmaktadır<sup>23,24</sup>. Diş hekimliği ziyaretleri düzenli olmayan ergenlerin akranlarından çok daha fazla çürüğe sahip olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Norveçli ergenlerde diş hekimi ziyaretinde başarısız olanların %16.4'ünün, diş hekiminden çekinmeyen ergenlerin %3.3'üne kıyasla çürümüş, kayıp ve dolgulu diş (DMFT) puan skorlarının ortalama standart sapmanın üstünde olduğu gözlemlenmiştir<sup>24</sup>.

Ergen bireylerin artmış özerkliği, istekleri ve zararlı alışkanlıklara olan eğilimleri de ağız sağlığı için yeterli bakımı uygulamakta başarısız olmalarına neden olmaktadır. Örneğin, bu dönemde daha fazla atıştırmalık tüketmektedirler<sup>25</sup>. Ek olarak, çoğu adolesan günde iki kez diş fırçalar-ken, önemli bir kısmı bunu yapmamaktadır. Macgregor, Balding ve Regis, adolesanlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında erkeklerin %28'inin ve kızların %14'nün günde bir kez veya daha az sıklıkta diş fırçaladığını tespit etmişlerdir<sup>26</sup>. Bu sonuçlar, bazı adolesanların diş hekimi ziyaretinde başarısız olmaları ve/veya evde iyi bakım uygulamalarını sürdürememelerinden dolayı kendi ağız bakımları konusunda ihmalkar olduğunu göstermektedir<sup>21</sup>.

Tıbbi bakım ihtiyacı olan bireylerin sağlıklı bireylere göre bakım verenler tarafından ihmal hedefi olma riski daha yüksektir ve bu nedenle oral sorunlara daha yatkındırlar. Bu bireyler aile üyeleri, evdeki bakım görevlileri veya kurumsal sağlık görevlileri tarafından istismar edilebilir ve / veya ihmal edilebilirler<sup>27</sup>. Dental ihmalin, bu bireylerde kötü muamele olduğunu bilmenin yanında diğer türde istismarların da bir işareti olduğunu hatırlamak önemlidir<sup>12</sup>.

#### *Dental İhmalin Etkileri*

Dental ihmalin genel sağlık ve ağız sağlığı üzerinde uzun süreli etkisi olabilir. Anormal bir sosyal-duygusal gelişim söz konusu olabilmektedir. Vücut ağırlığında, baş çevresinde, büyümede, gelişimde ve yaşam kalitesinde azalma, uyku kaybı, okuldan uzaklaşma, oyun zamanı ve sosyalleşme zamanına etkisi bulunmaktadır. Psikiyatrik sorunlar için artmış risk, dissosiyatif belirtiler, kaygı ve depresyon belirtilerini tetikleyen gelişimsel sorunlar bildirilmiştir. Şiddetli ağrı, akut ve kronik enfeksiyon ve kalıcı dişlerde hasar, ayrıca oral sağlık yaşam kalitesinde düşüş ve oral sağlığın devamlılığının zayıf / düşük olduğu görülmektedir<sup>17-19,28,29</sup>.

#### *Dental İhmalin Teşhisi*

The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) aile/bakıcının erişilebilir durumlar dahilindeyken, klinisyenin gözlemlendiği tekrarlayan zayıf oral hijyen du-

rumunda ihmalden şüphelenilmesi gerektiğini bildirmektedir<sup>28</sup>. Genel belirleyiciler; kontrollere sürekli olarak katılmama, birden fazla kez ağrıyla acile gelme, dental çekim veya ağrı nedeniyle birden fazla kez genel anestezi almayı içerirken<sup>13</sup> diğer belirleyiciler; geçmiş veya şimdiki diş bakımlarında aksaklıklar olması, tedavi edilmemiş ağrılı diş, önemsenmemiş kanama veya orofasyal bölgede travmayı içermektedir.

Çocukların dental ihmeline ilişkin kesin göstergeleri belirlemek mümkün olmamasına rağmen, bu kötü muameleden şüphelenilmesine yardımcı olan birçok uyarı bulgusu bulunmaktadır. Çocuğun dental ihmalinin belirtileri; sözlü bilgilendirme ve geçmiş hikaye, sosyal belirleyiciler, ebeveynlerin veya bakıcıların özellikleri gibi üç farklı durum göz önüne alınarak değerlendirilmektedir<sup>13</sup>. Çocukların dental ihmeline işaret eden oral belirtiler arasında; herhangi bir birey veya diş hekimliği ile ilgisi olmayan bir sağlık uzmanı tarafından görsel olarak kolaylıkla tespit edilebilen tedavi edilmemiş çürükler, ağız içi veya ekstra-oral bölgeleri kapsayan tedavi edilmemiş ülserler, çocuğun genel sağlığını etkileyen dental hastalıklar, patolojik koşulların varlığında bakım eksikliği bulunmaktadır<sup>13</sup>. Diş çürüğünü dental ihmalden ayırmak zordur ve ihmalde gözlenen diş çürükleri için belirli bir kriter yoktur<sup>28,30</sup>. Üstelik, diş çürüğünün tanısının ihmal ihtimalini yansıtabileceği unutulmamalı, ancak mutlaka bir ihmalcı tutumun da olması gerekmediği bilinmelidir<sup>30</sup>. Doğrudan gözlemin yanı sıra, yanlış beslenme alışkanlıkları ve kötü dental hijyen uygulamaları da tanıyı kolaylaştırabilir<sup>13</sup>. Çocukların dental ihmalleri herhangi bir ailede meydana gelebilirken, yoksulluk, işsizlik, evsizlik, hastalık, aşırı kalabalık konut gibi tipik sosyal belirleyiciler bu tür bir kötü muameleyi arttırabilmektedir<sup>31-33</sup>. Ailenin sosyoekonomik statüsü, oral sağlığı derinden etkileyen belirleyici faktörler arasındadır<sup>2</sup>. Yapılan araştırmalar gerçekten de, çocuklardaki dental ihmalin daha düşük sosyoekonomik sınıflarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir<sup>34</sup>. Çocuklardaki dental ihmali kanıtlayan ebeveyn özellikleri arasında; planlanmış diş hekimliği değerlendirmesi için gecikmeler ve tekrarlayan şekilde randevuları kaçırmama, ağız hijyen eğitimine ilgi duyulmaması, ağrılar nedeniyle sıklıkla acile başvurma, diş tedavileri ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimde başarısızlık, tedavi planını tamamlamada başarısızlık, kötü ağız sağlığı, ağız sağlığına ilişkin zayıf bilgi ve tutum ve evdeki ağız hijyeninin yetersizliği bulunmaktadır<sup>1,13</sup>.

#### Dental İhmalde Yapılması Gerekenler

Sağlık profesyonelleri arasında diş hekimleri çocuk istismarı ve ihmali tanımlamada en elverişli konumdadır çünkü lezyonların %50-75'i ağız çevresi, yüz ve boyunda görülmektedir<sup>35</sup>. Hâlâ diş hekimleri, eğitim veya rehberlik konularındaki eksiklik, uygulamadaki etkiden korkma, diş hekimlerine karşı ya da çocuğa karşı şiddet korkusu, dava açılma korkusu ve teşhis kesinliğinin eksikliği gibi neden-

lerden ötürü dental ihmal konusunda kaygı uyandırıcı rolü üstlenememektedirler<sup>28</sup> Etkisizlik, dental ihmal durumunda seçilebilecek en kötü seçenektir. Müdahaleler, sadece belirli bir kişinin veya grupların sorumluluğu değil aynı zamanda ortak bir meydan okuma şeklinde olmalıdır<sup>37</sup>. Dental ihmal çoğu kez genel ihmalin bir bileşenidir. Şüphelenildiği zaman; çürüğün çocuk üzerindeki etkisi incelenmeli, dental kayıtlar çalışılmalı, ailesel farkındalık ve bilgilendirme yapılmalı, dental bakım yapılmalı ve çocuğun istekliliği arttırılmalıdır. İhmal farkındalığında; veli/bakım görevlisi bilgilendirme, istismar/ihmali rapor etme, gerekli kuruluşları bilgilendirme yapılmalıdır<sup>6</sup>. Sağlık profesyonelleri, hastalarda genel ihmal bulguları fark ettiğinde, dental ihmal olasılığını aramalıdır. Diş hekimliği mesleğinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki rolü, çocuk istismarını bildirme ve yasalara uyma konusunda mevcut devlet yasalarını bilmektir. Bilinçlendirme, tanımlama, dokümantasyon ve bildirim diş hekimi tarafından gerçekleştirilmektedir<sup>36</sup>. İstismar ve ihmal durumlarında; farkındalık, özdeşleştirme, dokümantasyon, dikkat çekme diş hekimince yürütülmelidir. Müdahalenin birincil amacı, aileyi veya bakıcıyı suçlamamak ayıplamamak, ancak çocukların gerekli desteği alması için bütün imkan ve yolları denemektir<sup>37</sup>. Kötü muamele ve ihmalden çocukların korunması, bütün sağlık çalışanlarının sorumluluğunun bir parçasıdır. Kötü muamalenin nedenlerinin araştırılması, bir çocuğa yapılan klinik muayenenin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Dental ihmal fark edildiğinde, en önemlisinin çocuğun refahı olduğunu unutmamak gerekmektedir. Endişe düzeyine göre 3 çeşit müdahale vardır<sup>38,39</sup>;

- (i) Koruyucu dental ekip ve yönetim,
- (ii) Koruyucu çok yönlü yönetim
- (iii) Çocuk koruma, yönlendirme

Dental ekip; ağrının ve diğer semptomların rahatlatılması üzerine odaklanmalı, uygun restorasyonu, fonksiyonu ve görünümü takip etmeli, değişen ihtiyaçlara ailenin ilgisini arttırmalı, desteklemeli, kayıtlar tutmalı, tekrar randevuları vermelidir. Konuyla ilgili devam eden kaygılar varsa veya durum kötüleşirse, diş hekimliği ekibi çocuğu görmesi için diğer uzmanlara yönlendirmeli, konsülte etmelidir. Bu, çocuğun sağlık ziyaretçisini, okul hemşiresini, doktorunu veya sosyal hizmet uzmanını (varsa) içermektedir. Dental ekip, diğer profesyonellerle ortaklaşa bir şekilde çocuğa ilişkin endişeleri tartışmalı ve aileyi desteklemek ve kaygı-ları gidermek için hangi adımların atılabileceğini açıklığa kavuşturmalıdır. Herhangi bir noktada, çocuğun diş hekimi ihmalden ciddi zarar görmesi endişesi varsa veya ihmal veya istismarın diğer belirtileri gözleniyorsa bir çocuk koruma danışmanına başvurulmalıdır<sup>38,39</sup>.

#### Dental İhmalden Kimler Sorumlu Olabilir?

Çocuklarda dental ihmalden kimin sorumlu olduğu konusu karmaşıktır. Hem Amerikan hem de NICE tanımındaki dental ihmalin sorumluluğu sadece çocuğun ebeveynleri



veya bakıcıları üzerine odaklanırken Belsky<sup>40</sup>, ağız sağlığını da içeren çocukların sağlığının ailelerinin sorumluluğunda olduğunu ve aynı zamanda çocuğun bulunduğu ortamdan etkilenebileceğini belirtmektedir. Belsky<sup>40</sup>, bu sosyo-ekonomik belirleyicilere büyük önem vermektedir. Yoksulluk çeken, yalnız yaşayan ebeveynlere sahip ve/veya kalabalık kişi sayısından oluşan savunmasız ailelerin karşı karşıya bulunduğu zorlukları tanımadaki ve bunlara tepki göstermedeki devlet politikalarının başarısızlıkları da çocuklardaki dental ihmale de neden olabilmektedir<sup>41</sup>. Koruyucu hizmetler vasıtasıyla ebeveynlere ulaşma, çocukların ağız sağlığı hizmetlerinde temel bir konsepttir<sup>42</sup>. Ebeveynlerin katılımı, çocukların ağız sağlığı durumunu geliştirmektedir<sup>43</sup>. Yedi yaşına kadar, çocuğun günlük ağız hijyeni uygulamalarına doğrudan katılmak anne ve babanın sorumluluğunda olmalıdır<sup>1</sup>. Aslında, çocukların ağız hijyeni ile ilgili olarak velilerin ilgisi, çocuğa temel refah gereksinimlerini sağlama konusundaki ilgilerinin bir göstergesidir. Dahası, çocuklar diş hekimliği tedavisine erişmek için bakıcılarına büyük ölçüde bağımlıdır. Sonuç olarak, sağlıklı ağızlar elde etmek için anne-babanın ve/veya bakımla yükümlü kişinin çocuğun diş bakımı ile yakından uğraşması gerekmektedir<sup>43</sup>. Dental ekip, vakaları teşhis etme pozisyonunda bulunmaktadır<sup>44</sup>. Diş hekimleri ve personeller, yalnızca kendi başına bir endişe olarak değil, aynı zamanda genel bir ihmal uyarısı olabileceği için, dental ihmalin belirtilerini iyi bilmelidirler<sup>45</sup>. Bodrumlu ve ark<sup>46</sup>. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği öğrencilerine çocuk istismarı ve farkındalığı hakkında yaptıkları anket sonuçları Türkiye'de diş hekimliği öğrencilerinin, şüpheli vakalarda çocuk istismarı teşhisi konusundaki rolleri için yeterli şekilde hazırlanamadığını ortaya koymaktadır. Sezer ve ark<sup>47</sup>. Türkiye'deki çocuk doktorlarının oral sağlık ve dental bilgilendirme konularında bilgi derinliklerini ölçtüğü anket çalışması sonucunda, çocuk doktorlarının sadece %13,9'unun bir yaşından küçük çocukları diş hekimine sevk ettiği ve yalnızca bir yaşın altındaki hastaların diş hekimine yönlendirilmesinin anlamlı bilgi puanı verdiği göz önüne alındığında çocuk doktorlarının dental farkındalık oluşturma konusunda çok da başarılı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çocuğun dental ihmeline ilişkin aile bilgisi farklı rotalarla geliştirebilirler. Örneğin, bu sayının sonuçları ile ilgili broşürler faydalıdır ve ebeveynlere gösterilmelidir. Bu kaynak ayrıca, çocuklar için genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olan iyi bir ağız sağlığının nasıl sağlanacağı konusunda değerli bilgiler vermelidir. Bilgilendirmelerde uygun günlük diyet, yeterli günlük oral hijyen, florür uygulamaları ve düzenli diş ziyaretleri hakkında notlar yer almalıdır<sup>30,48</sup>. Yalçınkaya ve Atalay'ın<sup>49</sup> İstanbul'daki görme engelli öğrencilerin kaldığı yatılı okullarındaki iki tanesinde yaptıkları anket çalışmasıyla 7-17 yaş arası 65 öğrencinin oral sağlık bilgileri, oral sağlık bilgilerinin kaynakları, şeker alımı-çü-

rük ilişkisi hakkında bilgi düzeyleri, dental kontrol ve oral hijyen alışkanlıklarının sıklığı hakkında bilgiler edinilmiştir. Bu öğrencilere dental bakım hakkında bilgiler anlatılmış ve eğitim öncesi ve sonrasındaki ağız bakımı değerlendirilmiştir. Verilen eğitimin, öğrencilerin hem oral sağlık bilgi seviyesini, hem de oral hijyen statülerini anlamlı olarak arttırdığı belirlenmiştir. Böyle sağlık programlarının özel bakım gereksinimi olan bireylerde fayda sağlayacağı düşünülebilir.

Diş hekimlerinin yanı sıra, halk sağlığı eğitimi görmüş hemşireler gibi diğer sağlıkla ilgili profesyoneller, ailelere diş çürüğünü önlemeye yönelik bilgi sağlayabilirler. Belki de rolleri, aile ile yakın ilişkileri nedeniyle diş hekimine göre daha kritik ve etkilidir ve okul öncesi çağında çocukların ağız sağlığını ebeveynlerle konuşmak için daha büyük bir şansa sahiptirler<sup>13</sup>.

#### *Dental İhmali Önlemek İçin Neler Yapılabilir?*

Devlet politikaları dental ihmali azaltmak için yeterli sağlık bütçelerini oluşturmalıdır ve devlet fonlarının doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Diş randevusu olmayan, tedavi randevuları almayan çocuklarda sıkı takibi sağlamak için devlet sistemleri mevcut olmalıdır. Kırsal ve kentsel yerel konseyler, her çocuğun güvenli bir şekilde doğduğu, temel sağlık ve beslenme olanaklarına sahip olduğu, istismar veya ihmalden korunduğu ve çocukluk döneminde kendini güvende hissedebileceği ortamı hazırlamalıdır. Farkındalık kampanyaları yalnızca doktorlar ve diş hekimleri için tasarlanmamalı, aynı zamanda ebeveynler ve toplumu da içine almalı ve böylece dental istismar ve ihmal sıklığı azaltılmalıdır. Diş hekimleri kanunen, tüm eyalet yargı bölgelerinde çocuk istismar ve ihmallerinden şüphelenmekle yükümlüdür<sup>50,51</sup>. Ebeveynlerin çocuklarının tedavilerini geliştirmesine yardımcı olmak, kendini ifade edemeyen veya kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan çocuklar adına önemlidir. Böyle durumlarda profesyoneller ebeveynlerle işbirliği yaparak ihmal olasılığını azaltmak veya ihmal edilmiş çocuklar için hizmetler sunmak için ailelere ilave kaynaklar temin etmeye çalışabilirler<sup>52</sup>. İletişimi kolaylaştırmak için diğer sağlık ve sosyal bakım profesyonelleriyle güçlü bağlantılar kurulmalıdır. Dental hizmetler, yerel ajanslarla görüşerek dental ihmalin tedavisi için bakım yolları geliştirmeyi düşünmelidir. İstismar veya ihmal riski altındaki çocuklar aynı zamanda koruyucu bakım konusunda yüksek öneme sahip olmalı ve bu çocuklara diş hekimliği hizmetleri için ek destek verilmelidir. Aile bilgilendirilmeli, eğitim programları hazırlanmalı ve diş hekimliği eğitiminde bu konu daha fazla vurgulanmalıdır. Doktora öğrencilerine bilgi verilmelidir. Doktorlar ve dental takım ortak çalışmalıdır. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarına eğitim programları verilmelidir<sup>43</sup>.

Kötü muamele görmüş bir çocuğun korunması diş hekimlerinin ve sağlık profesyonellerinin ana meselesi olmalıdır. Diş hekimleri, ihmal/istismara maruz kalan çocuklara

yardım etmek için aktif rola sahiptirler. Çocuk istismarının ve ihmalinin dental boyutları ve genel sağlık üzerindeki etkisi hakkında sağlık profesyonellerine değerli bilgiler ve yardımlar sağlayabilirler<sup>53</sup>. Sağlık personelleri, sağlıklı bir dentisyonun önemini göz önüne alarak, dişlerin çiğneme, estetik ve fonasyondaki rolünü bilmeli, enfeksiyonların ve diş ağrısının çocukların sosyal yaşamındaki sonuçlarının farkında olmalı, ihmal vakalarını tespit edebilmeli ve tedavi etmek konusundaki görev sorumluluğunu hissetmeli ve ebeveyn/bakıcıya gerekli bilgilendirmeleri yapabilmelidirler. Dental sağlık personelinin de bu konudaki görüş açısını genişletmesi, her türlü şiddet ve istismarın doğasını ve prevalansını anlayabilmesi, doğru yasal tutanakları kayıt altına alması için bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır<sup>43</sup>.

#### KAYNAKLAR

1. Lourenco CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr* 2013; 13: 188.
2. Ramazani NPH, Ahmadi R, Ahmadi R, Ramazani M. Early childhood caries and the role of pediatricians in its prevention. *Ir J Pediatr Soc* 2010.
3. Ahmadi RRN, Nourelahi M. A Comparison of the antiplaque effectiveness of Meridol (AmineFluoride/ Stannous Fluoride) and Irsha Kids mouth rinses in 7-9 year-old children. *ZJRMS* 2013; 15: 10-14.
4. Ramazani NAR, Daryaeian M. Oral and dental laser treatments for children: applications, advantages and considerations. *J Lasers Med Sci* 2012; 3: 44-49.
5. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 677-685.
6. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014; 42: 229-239.
7. Thomson WM, Spencer AJ, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 351-356.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health policies. *Pediatr Dent* 2003; 25: 11-49.
9. Brooks RK, Howard D. Childhood neglect: The role of the paediatrician. *Paediatr Child Health* 2013; 18(8): e39-e43.
10. Kiran K. Child abuse and neglect. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011; 29 (6): 79-82.
11. Simons D, Pearson N, Evans P. A pilot of a school-based dental treatment programme for vulnerable children with possible dental neglect: the Back2School programme. *Br Dent J* 2013; 215(8): E1.
12. Joe Cocker. Child neglect. A thematic review of child neglect in the city of York. [Cited 2014 Nov 11]. Available from [http://www.yor-ok.org.uk/ROOT/Thematic %20review %20of% 20 child%20neglect.pdf](http://www.yor-ok.org.uk/ROOT/Thematic%20review%20of%20child%20neglect.pdf).
13. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health* 2013; 13: 370
14. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *Br Dent J* 2012; 213(10): E17.
15. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(3): 168-75.
16. Thomson WM, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin. Multi-disciplinary Health and Development Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28(6): 414-8.
17. McGrath C, Sham AS-K, Ho DKL, Wong JHL. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int Dent J* 2007, 57(1): 3-8.
18. Skaret E, Åstrøm AN, Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect Scale in Norwegian adults. *Community Dent Health* 2007; 24(4): 247-252.
19. Jamieson LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 168-175.
20. Acharya S, Pentapati KC, Bhat PV. Dental neglect and adverse birth outcomes: a validation and observational study. *Int J Dent Hyg* 2013; 11(2): 91-8.
21. Coolidge T, Heima M, Johnson EK, Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health* 2009; 9: 2.
22. Nuttall NM, Bradnock G, White D, Morris J, Nunn J. Dental attendance in 1998 and implications for the future. *Brit Dent J* 2001; 190: 177-18.
23. Regis D, Macgregor IDM, Balding JW. Differential prediction of dental health behaviour by self-esteem and health locus of control in young adolescents. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 7-12.
24. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 422-428.
25. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on adolescent oral health care. 2005 [[http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_adoleshealth.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_adoleshealth.pdf)].
26. Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Motivation for dental hygiene in adolescents. *Int J Paediatr Dent* 1997; 7: 235-241.
27. Jenny C. Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence (Google eBook). Elsevier Health Sciences Available from [https://books.google.co.in/books-2010 - Medical](https://books.google.co.in/books-2010-Medical).

- 28.** Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014; 42 (3): 229-39.
- 29.** Rajeshwari R, Reddy R, Manjula M, Srilakshmi. Dental Neglect. *Indian Journal of Dental Advancements* 2010; 2(1): 138-41.
- 30.** Souster G, Innes N. Some clarification of trigger signs for dental neglect. *Evid Based Dent* 2014; 15(1): 2-3.
- 31.** Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ* 2012; 76(11): 1512-9.
- 32.** Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005; 116(6): 1565-8.
- 33.** Mezzich AC, Bretz WA, Day BS, Corby PM, et al. Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. *Am J Addict* 2007; 16(5): 397-402.
- 34.** Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health* 2012; 102(6): 1135-44.
- 35.** Raphael S. Bottle caries and dental neglect. Available from: [http://www.publish.csiro.au/?act=view\\_file&file\\_id=NB99013.pdf](http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=NB99013.pdf).
- 36.** Mathur S, Chopra S. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral health prev dent* 2013; 11(3): 243-250.
- 37.** Kirankumar SV, Noorani H, Shivprakash PK, Sinha S. Medical professional perception, attitude, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Bagalkot district of north Karnataka: a survey report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29(3): 193-7.
- 38.** Rajeshwari R, Reddy R, Manjula M, Srilakshmi. Dental Neglect. *Indian Journal of Dental Advancements* 2010; 2(1): 138-41.
- 39.** Sharma A. Dental neglect leading to foreign body in tooth. *Journal of Orofacial Research* 2013; 3(4): 263-265.
- 40.** Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull* 1993; 114: 413-34.
- 41.** Harris JC, Richard, Balmer, Sidebotham. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent* 2009 May 14. [Epub ahead of print].
- 42.** Ramazani N, Zareban I, Ahmadi R, ZadSirjan S, Daryaeian M. Effect of Anticipatory Guidance Presentation Methods on the Knowledge and Attitude of Pregnant Women Relative to Maternal, Infant and Toddler's Oral Health Care. *J Dent (Tehran)* 2014; 11(1): 22-30.
- 43.** Ramazani N. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict* 2014; 3(4) e21861.
- 44.** Sidebotham PD, Harris JC. Protecting children. *Br Dent J* 2007; 202(7): 422-3.
- 45.** Harris C, Welbury R. Top tips for child protection for the GDP. *Dent Update* 2013; 40(6):438-40.
- 46.** Hazar Bodrumlu E, Avşar A, Arslan S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *Eur J Dent Educ* 2016.
- 47.** Sezer RG, Paketci C, Bozaykut A. Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatr Child Health* 2013; 18(4): e15-9.
- 48.** Balmer R, Gibson E, Harris J. Understanding child neglect. *Current perspectives in dentistry. Prim Dent Care* 2010; 17(3): 105-9.
- 49.** Yalçınkaya SE, Atalay T. Improvement of oral health knowledge in a group of visually impaired students. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4(4): 243-53.
- 50.** Saini N. Child abuse and neglect in India: time to act. *Japan Med Assoc J* 2013; 56(5): 303-09.
- 51.** Seth R. Protection of children from abuse and neglect in India. *Japan Med Assoc J* 2013; 56(5): 292-97.
- 52.** Myers JEB. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. USA. SAGE Publications 2011. Available from <https://books.google.co.in/books?isbn=1412966817>.
- 53.** Tsang A, Sweet D. Detecting Child Abuse and Neglect — Are Dentists Doing Enough? *J Can Dent Assoc* 1999; 65: 3 87-91.