



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**SİGARA KULLANAN VE KONTROL GRUBUNDA AĞIZ DİŞ
SAĞLIĞININ VE AĞIZ SAĞLIĞI TUTUMUNUN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Anıl DURMAZ

KONYA/2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**SİĞARA KULLANAN VE KONTROL GRUBUNDA AĞIZ DIŞ
SAĞLIĞININ VE AĞIZ SAĞLIĞI TUTUMUNUN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Anıl DURMAZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selma PEKGÖR

İkinci Tez Danışmanı

Uzm. Dt. Duygu DURMAZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

KONYA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi, birikim ve deneyimlerini bizlere aktaran, eğitimciliğinin hakkını veren, tez hazırlama sürecimin her aşamasında ilgisini esirgemeyen tez danışmanım sayın Doç. Dr. Selma PEKGÖR'e teşekkür ederim.

Bana her zaman anlayışla yaklaşan ve her konuda yardımcı olan sayın Doç. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim sürecimde her türlü sıkıntıda yanımda olan, desteğini ve sabrını asla esirgemeyen, her zaman güç veren ve tezimin her aşamasında bana katkıda bulunan sevgili eşim Uzm. Dt. Duygu DURMAZ'a teşekkür ederim.

Sevgisiyle her zaman yüzümü güldüren oğlum Kerem DURMAZ'a, bu günlere gelmemde büyük emeği olan, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim, her zorluğumu ve mutluluğumu paylaştığım babam Mesut DURMAZ'a, annem Haticegül DURMAZ'a ve abim Ali DURMAZ'a teşekkür ederim.

Dr. Anıl DURMAZ

Konya, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. TÛTÛN YAPISI VE İÇERİĞİ	2
2.2. TÛTÛN ÜRÛNLERİ VE SİGARA.....	3
2.3. TÛTÛN KULLANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.4. TÛTÛN KULLANIMINA YÖNELİK TEDBİRLER	5
2.5. SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ	6
2.5.1. Ağız Anatomisi	8
2.5.2. Sigaranın Ağız Sağlığı Üzerine Etkileri	8
2.5.3. Sigaranın Dişeti Hastalıkları Üzerine Etkisi	9
2.5.4. Sigaranın Diş Çürüğü ile İlişkisi	11
2.5.5. Sigaranın Halitozis ile İlişkisi	11
2.5.6. Sigaranın Ağız Kuruluğu ile İlişkisi.....	12
2.5.7. Sigaraya Bağlı Estetik Problemler	12
2.5.8. Sigaranın Ağız İçi Premalign ve Malign Lezyonlar İlişkisi	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ETİK KURUL İZİNİ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	15
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	15
3.4. DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	15
3.5. DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	15
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	16
3.6.1. Sosyodemografik Anket Formu	16
3.6.2. Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği (AST-Ö)	16

3.6.3. Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (ASDA)	17
3.7. VERİLERİN ANALİZİ	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	53
7. KAYNAKLAR.....	55



SİMGELER VE KISALTMALAR

ASDA: Diş Taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NNK: 4-(nitrozometilamino)-1-(3-piridil)-1-bütanon

NNN: N'-nitrosoornikotin

SPSS: Statistical Packet for The Social Science

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Sigara İçindeki Toksik Maddeler	2
Tablo 2. Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıklar	6
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	20
Tablo 4. Katılımcıların Sigara İçme Özellikleri.....	21
Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyodemografik ve Sigara İçme Özellikleri	22
Tablo 6. AST-Ö Puanları ve Cronbach Alpha Değerleri.....	23
Tablo 7. Katılımcıların AST-Ö İfadelerindeki Dağılımları	26
Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyete Göre AST-Ö Maddelerinin Karşılaştırılması	28
Tablo 9. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre AST-Ö Maddelerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 10. AST-Ö Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerleri	36
Tablo 11. Katılımcıların Sigara Kullanımının AST-Ö ve Alt Boyutları Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	37
Tablo 12. Katılımcıların Sigara Kullanımının Ağız Sağlığına Etkisi Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Sorusuna Cevaplarının AST-Ö ve Alt Boyutları Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	38
Tablo 13. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile ASDA Toplam Değerleri Arasındaki İlişki	39
Tablo 14. Sigara İçen ve İçmeyen Katılımcıların ASDA Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 15. Sigara İçenlerle İçmeyenlerin ASDA Parametreleri Arasındaki İlişki	42
Tablo 16. Sigara İçen Katılımcıların AST-Ö ve ASDA Toplam Puanlarının Paket/Yıl'a Göre Değerlendirilmesi	43
Tablo 17. AST-Ö Puanları ile ASDA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	44
Tablo 18. Katılımcıların Yaş, Paket/Yıl, Eğitim Durumu, AST-Ö Puanları ve ASDA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	45
Tablo 19. AST-Ö Puanları ve ASDA Puanları ile Yaş, Paket/Yıl ve Eğitim Durumu Arasındaki Lineer Regresyon Analizi	46

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. Türkiye’deki bireylerin tütün mamulü kullanma durumu, 2010-2022 (+15 yaş)5
- Şekil 2. Sigaraya bağlı dişeti pigmentasyonu 10



ÖZET

SİGARA KULLANAN VE KONTROL GRUBUNDA AĞIZ DIŞ SAĞLIĞININ VE AĞIZ SAĞLIĞI TUTUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Bu çalışmada sigara kullanan ve kontrol grubunda ağız dış sağlığının ve ağız sağlığı tutumunun karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Araştırma Konya Şehir Hastanesi'nde 1 Şubat 2024 - 1 Nisan 2024 tarihleri arasında çalışma için onamı alınmış 18 yaş ve üstünde, sigara bırakma polikliniğine başvuran sigara içen 113 hasta ve aile hekimliği polikliniğine rutin izlemler için başvuran benzer sosyodemografik özelliklere sahip 113 sağlıklı birey ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Toplam 226 katılımcı ile tamamlandı. Tüm katılımcılara 14 soruluk sosyodemografik verileri içeren anket formu, 41 soruluk Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği (AST-Ö), 8 kategoriden oluşan ve hastaların ağız için muayene edilerek puanlandığı Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (ASDA) çizelgesi uygulandı. İstatistiksel analizler Statistical Packet for The Social Science (SPSS) versiyon 23.0 programında yapılmıştır.

Bulgular: Sigara içenlerin (n=113) yaşı $38,8 \pm 1,2$ yıl, sigara içemeyenlerin (n=113) yaşı $41,1 \pm 1,1$ yıl bulundu. Sigaraya başlama yaşı 16 (8-40) yıl, günde içilen sigara sayısı 20 (8-80) adet, sigara içilen süre 20 (7-55) yıl ve paket/yıl 24 (10-100) bulundu. Kadınların ($p=0,003$), bekarların ($p=0,001$), üniversite ve üzeri olanların ($p=0,014$), kronik hastalığı olmayanların ($p=0,038$) ve ilaç kullanmayanların ($p=0,007$) Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği puanı yüksek bulundu. Sigara kullanımı 20 paket/yıl üzeri olanların duyarlılık ($p=0,020$) ve önem ($p=0,009$) alt boyutları puanları, 10-20 paket/yıl içenlere göre düşük bulundu. Sigara içenlerde 40 yaş üzeri olanların ($p=0,008$), erkeklerin ($p=0,021$), evlilerin ($p=0,001$), lise ve altı olanların ($p=0,023$), düzenli ilaç kullananların ($p=0,039$) Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı puanı yüksek bulundu. Sigara içenlerin dil ($<0,001$), diş etleri ve dokular ($<0,001$), tükürük ($<0,001$), doğal diş ($<0,001$), takma diş ($p=0,001$), ağız temizliği ($<0,001$), diş ağrısı ($p=0,004$) alt parametre puanları içmeyenlere göre yüksek bulundu. Yaş arttıkça Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı puanının arttığı görüldü ($p<0,001$). Paket/yıl sayısı arttıkça Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği puanının düştüğü ($0,033$), Diş

Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı puanının yükseldiği görüldü ($p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği puanının arttığı ($p=0,004$), Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı puanının azaldığı görüldü. ($p<0,001$)

Sonuç: Sigara içenlerde ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız içi muayenelerinin içmeyenlere göre kötü olduğu görüldü. Erkeklerin, kadınlara oranla ağız temizliğine daha az önem verdiği ve ağız hijyenine yönelik tutum ve farkındalıklarının daha düşük olduğu gözlemlendi. Sigara kullanan, erkek, evli, eğitim seviyesi düşük bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara kullanan, ileri yaş ve ilaç kullanan bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara içilen paket/yıl sayısı arttıkça, ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız sağlığı seviyelerinin daha düşük olduğu görüldü. Sigara içen kişilerde ağız ve diş sağlığı sorunlarının erken teşhisi komplikasyonların önüne geçebilir. Böylece toplumun genel sağlık bilinci ve ağız hijyeni konusunda farkındalığı artırılabilir.

Anahtar kelimeler: Sigara, Ağız sağlığı tutumu, Ağız diş sağlığı

ABSTRACT

Comparison of Oral and Dental Health and Oral Health Attitudes in Smokers and Control Group

Aim: The aim of this study was to compare oral dental health and oral health attitude in smokers and healthy control group.

Materials and methods: The study was conducted at Konya City Hospital between February 1, 2024 and April 1, 2024 by face-to-face interviews with 113 smoking patients aged 18 years and older who applied to the smoking cessation outpatient clinic and 113 healthy individuals with similar sociodemographic characteristics who applied to the family medicine outpatient clinic for routine follow-ups. It was completed with a total of 226 participants. All participants were administered a 14-question questionnaire including socio-demographic data, the 41-question Attitudes Toward Oral and Dental Health Scale (AST-Ö), and the Oral Health Assessment Tool for Dental Screening (ASDA) chart, which consists of 8 categories and is scored by examining the inside of the mouth of the patients. Statistical analyses were performed using Statistical Packet for The Social Science (SPSS) version 23.0 program.

Results: The age of smokers (n=113) was 38.8 ± 1.2 years and the age of nonsmokers (n=113) was 41.1 ± 1.1 years. The age at initiation of smoking was 16 (8-40) years, the number of cigarettes smoked per day was 20 (8-80), the duration of smoking was 20 (7-55) years and pack/year was 24 (10-100). Females (**p=0.003**), singles (**p=0.001**), those above high school (**p=0.014**), those without chronic diseases (**p=0.038**) and those who did not use medication (**p=0.007**) had higher scores on the Attitudes Towards Oral and Dental Health Scale. The sensitivity (**p=0.020**) and importance (**p=0.009**) subscale scores of smokers who smoked more than 20 pack/year were lower than those who smoked 10-20 pack/year. Among smokers, those who were over 40 years of age (**p=0.008**), males (**p=0.021**), married (**p=0.001**), high school graduates (**p=0.023**), and regular drug users (**p=0.039**) had higher Oral Health Assessment Tool for Dental Screening scores. The sub-parameter scores of tongue (**<0.001**), gums and tissues (**<0.001**), saliva (**<0.001**), natural teeth (**<0.001**), dentures (**p=0.001**), oral hygiene (**<0.001**), and toothache (**p=0.004**) were higher in smokers compared to non-smokers. As the age increased, the Oral Health Assessment Tool for Dental Screening score increased (**p<0.001**). As the number of pack/years increased, the score of the Attitude Towards Oral and Dental

Health Scale decreased (**0.033**), and the score of the Oral Health Assessment Tool for Dental Screening increased (**p<0.001**). As the level of education increased, the score on the Attitudes Towards Oral and Dental Health Scale increased (**p=0.004**), and the score on the Oral Health Assessment Tool for Dental Screening decreased (**p<0.001**).

Conclusion: It was observed that oral dental health attitudes and oral examinations were worse in smokers compared to non-smokers. It was observed that men gave less importance to oral hygiene and had lower attitudes and awareness towards oral hygiene compared to women. It was found that smokers, male, married, and individuals with low educational level had worse oral examinations. It was found that smokers, older individuals and individuals taking medication had worse intraoral examinations. It was observed that the higher the number of cigarette pack/year smoked, the lower the oral and dental health attitudes and oral health levels. Early diagnosis of oral and dental health problems in smokers can prevent complications. Thus, general health awareness and oral hygiene awareness of the society can be increased.

Keywords: Smoking, Oral health attitudes, Oral dental health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kullanımı tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden en önemli etkenlerin başında gelmektedir. Dünyadaki en önemli ölüm sebeplerinden biri olup, genel halk sağlığı sorunudur. Dünyada yılda 8 milyondan fazla kişi sigaraya bağlı sebeplerden dolayı hayatını kaybetmektedir [1].

Sigara vücuttaki her organ için zararlı ve çoğu hastalığın etiyolojisinde yer alır. Bu hastalıklara; iskemik kalp hastalıkları, koroner ve periferik arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), alt solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, akciğer, özofagus, larenks, pankreas, mesane, rahim ve ağız kanseri gibi birçok hastalık örnek verilebilir [2].

Sigaranın vücuda etkisi olduğu gibi ağız sağlığına da çokça etkisi vardır. Sigara; yara iyileşmesinde bozukluk, lökoplaki, kötü ağız kokusu, dişlerde ve dişetinde renklenme, nekrotizan dişeti hastalıkları, periodontitis, periimplantitis, diş kaybı gibi ağız içi problemlerin yanı sıra mortalite riski içeren oral ve orofaringeal kanserler için de anlamlı bir risk faktörüdür [3]. Sigara içenlerin dişlerinin üzerinde katran artıkları veya koyu-kahverengi leke oluşumu gözlenir, ağız içi plak miktarı artar, bu bireyler kötü ağız kokusu (halitosis) şikayetlerine sahiptirler. Sigara kullanımı ve kötü oral hijyen motivasyonu olan bireyler estetik açıdan beyaz diş ve sağlıklı dişeti görüntüsünden uzaktırlar [4].

Ağız ve diş sağlığı aynı zamanda sosyal yaşantı üzerine önemli bir etkiye sahiptir. Sağlıklı bir ağız ve diş yapısı, kişinin kendine olan güvenini artırır. Diğer insanlarla rahatça gülümsemek, konuşmak ve sosyal etkileşimde bulunmayı kolaylaştırır. Ayrıca kötü ağız kokusu veya görünüşü kişilerde özsaygı eksikliğine neden olabilir.

Sigara ve ağız sağlığı arasındaki ilişki hastalıkların prognozu açısından büyük önem teşkil etmektedir. Toplumda sigara kullanan bir çok kişi ağız hijyenine dikkat etmemektedir. Kişilerin sigara ve ağız içi etkileri konusunda bilgi sahibi olması, hem sigara kullanımının azalması hem de ağız içi hijyeninin artması bakımından önem teşkil etmektedir.

Bu çalışmada sigara kullanan ve kontrol grubunda ağız diş sağlığının ve ağız sağlığı tutumunun karşılaştırılması ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN YAPISI VE İÇERİĞİ

Tütün, patlıcangiller familyasından (Solanaceae) *Nicotiana* cinsine ait bir bitki olup 65 türü bulunmaktadır. *Nicotiana* cinsinde yaklaşık 65 tür bulunmasına rağmen tütün ürünlerinin üretiminde yalnızca *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustika* türleri kullanılmaktadır [5]. *Nicotiana tabacum* dünya tütün üretiminin %90'ını oluşturmaktadır. Burley, Oriental ve Virginia tipi tütünler bu gruptadır [6]. Tütün yapraklarında bir alkaloid olan nikotin bulunur ve keyif verici maddeler kategorisinde yer alır [7]. Tütünün toksik etkileri çoğunlukla içerdikleri alkaloidlere bağlıdır ve alkaloidlerin %95'ini nikotin oluşturur. Tütün yetiştiriciliğinin temel amacı nikotin elde etmek olup, tütün bitkisinin en önemli kısmı yapraklardır çünkü nikotinin büyük kısmı köklerde sentezlenir ve yapraklarda depolanır [8].

Tütün dumanı; formaldehit, siyanür, amonyak, karbonmonoksit, naftalin, kadmiyum ve aseton gibi 7000 kimyasal madde içerir (Tablo 1) [1]. Mutajenik, sitotoksik ve antijenik etkileri olan bu maddelerin 81'inin kanserojen olduğu Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından bildirilmiştir.

Grup 1: Kanseröjen etkisi olduğu bilinenler; benzen, radon-222 ve radyoaktif bileşikler, kadmiyum, vinil klorür

Grup 2A: İnsanlar için olası kanserojenler; nitrojen hardal, N-nitrosodietilenamin, benzopiren, N-nitrosodimetilamin

Grup 2B: İnsan için kanserojen etkililer; aromatik aminler, propilen oksit, vinil asetat, asetaldehit [9].

Nikotin ve karbonmonoksit gibi bileşenlerin bazıları yaygın olarak bilinirken, akrolein ve tütüne özgü nitrozaminler gibi birçoğu daha az bilinmektedir [10].

Tablo 1. Sigara İçindeki Toksik Maddeler

Akrolein	Bütan	Uçucu aminler	Radon
Amonyak	Nikotin	Karbon	Tiner
Arsenik	Formaldehit	Kurşun	Tolüen
Aseton	Hidrojen siyanür	Metanol	
Azetositler	Kadmiyum	Naftalin	
Benzen	Karbonmonoksit	Diklorodifeniltri-kloroetan	

2.2. TÜTÜN ÜRÜNLERİ VE SİGARA

Hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yapraklarından yapılan, emme, burundan çekme, çiğneme ve ya tütürme şeklinde kullanılan bitkisel ürünlere tütün ürünleri denir [11]. Sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, kreteks, sarma tütünü ve çiğneme tütünü başlıca tütün ürünleridir. Bu ürünler arasında en çok sigara kullanılmakta ve tütün yerine sigara kelimesi sıklıkla kullanılmaktadır [12]. Sigara dumanı, tütün yapraklarının yakılmasıyla üretilen bir aerosoldür ve dünyada en yaygın kullanılan tütün ürünüdür [13]. Sigara dumanının %95'i gaz fazı, %5'i ise partikül fazından oluşur. Sigara içmek iki farklı türde duman üretir. Ana akım dumanı (main-stream smoke) içen kişinin soluduğu dumandır, yan akım dumanı (side-stream smoke) sigaranın yanma alanından, kağıdından ve filtresinden sızarak çevreye yayılan dumandır. Ana akım dumanındaki partiküller, sigaranın içindeki filtreler tarafından yüksek oranda süzülürler. Yan akımda ise partiküler madde konsantrasyonu yoğun olduğundan bu dumanının solunması insanlar için toksik ve karsinojenik açıdan daha risklidir [14].

Tütünün türüne ve işleme yöntemlerine göre değişmekle birlikte sigarada yaklaşık 9-20 mg nikotin bulunmaktadır. Sigaradaki nikotinin büyük bir kısmı yanarak farklı maddelere dönüşür ve yaklaşık 1-2 mg nikotin vücutta emilir [8].

2.3. TÜTÜN KULLANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün kullanımı yılda 8 milyondan fazla ölümle, en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve tütün kontrolü küresel sağlık önceliği olmaya devam etmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık 1,2 milyonu, kronik tütün kullanıcılarına yakın yaşamaktan kaynaklanan ikinci el veya üçüncü el tütün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır [1]. İkinci el tütün dumanı, bir sigaranın veya diğer tütün ürününün yanma ucundan yayılan dumanın yanı sıra sigara içen kişinin soluğuyla yayılan dumandır. Üçüncü el tütün dumanı, hem sigara bırakıldıktan sonra odalarda kalan tütün dumanı kalıntılarını, hem de duman dolu ortamdan çıktıklarında giysilerin üzerinde kalan kalıntıları ifade etmektedir [15].

Tütün kullanımı, yalnızca kullananların ve çevrelerindeki insanların sağlığını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda bireylerin ve toplumların ekonomik ve sosyal durumlarına da olumsuz etki yapmaktadır. Tütün kullanımının sonuçları, tütün kontrolünün genellikle zayıf olduğu ve tütün endüstrisinin etkili olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde daha şiddetlidir. Dünyadaki tütün kullanıcılarının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Örneğin,

Hindistan tütününün ikinci büyük tüketicisidir ve ülkedeki tüm yetişkinlerin %29'u tütün kullanmaktadır. Bangladeş'te yüksek oranda tütün kullanımı mevcuttur; yetişkinlerin %35'i tütün ürünleri kullanmakta ve insanların %43'ü iş yerinde ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktadır. Tütün ürünleri pahalı olduğundan ve hane halkı temel ihtiyaçlar ve tütüne bağlı hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinin maliyeti tütünün maliyetini dengelemekte zorlanabileceğinden, bağımlılığın mali yükü tütün kullanıcıları için özellikle zorlayıcı olabilir. Küresel tütün salgınına ilişkin dokuzuncu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporu 2023 yılında yayınlanmıştır. DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 2005 yılında yürürlüğe girmesinden bu yana önemli ilerlemeler kaydedilmiştir; 2007 yılında 10 iken, artık 74 ülkede tüm kapalı kamusal alanlar ve işyerleri tamamen dumansız hale getirilmiştir. Küresel tütün salgınına ilişkin dokuzuncu DSÖ raporunda ülkelerin sağlığı geliştiren politikaları benimseme konusunda kayda değer ilerleme gösterdiği saptanmıştır [1].

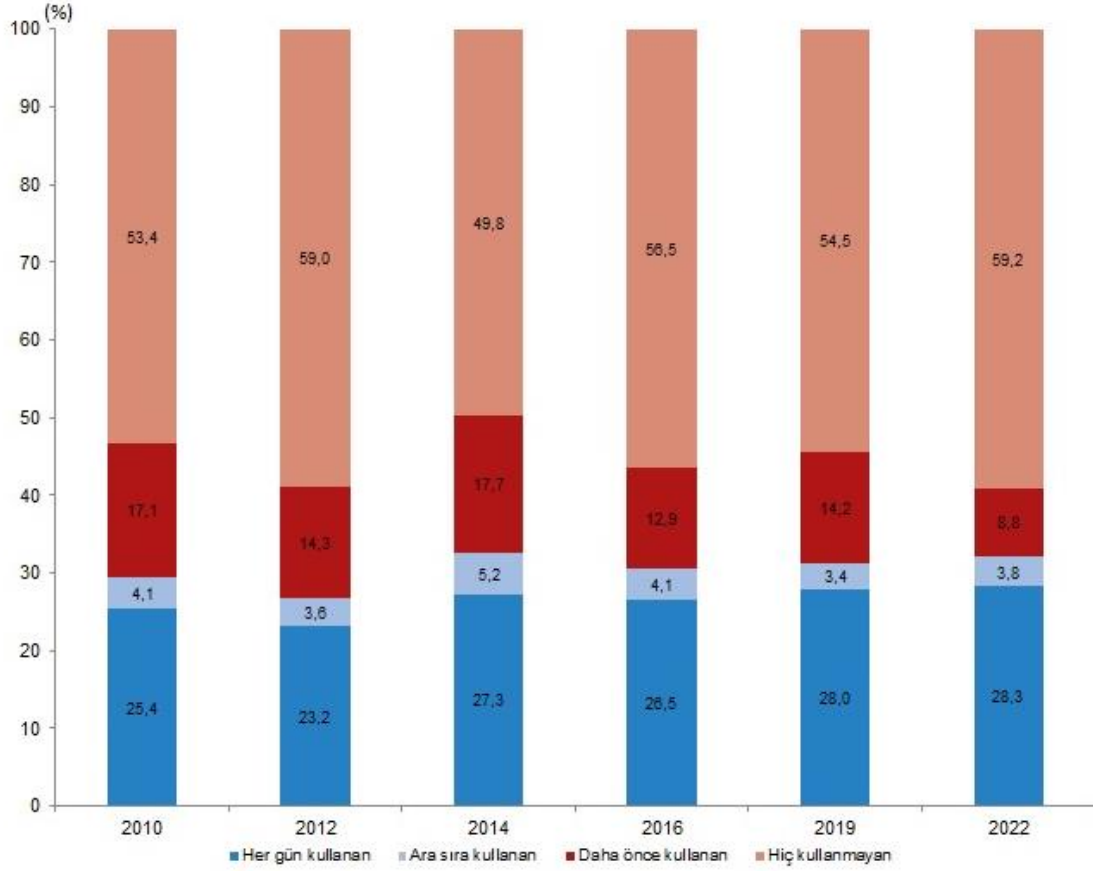
Yüksek düzeyde bağımlılık yaratan bir madde olan nikotin, DSÖ tarafından kronik ve tekrarlayan bir durum olarak kabul edilen tütün kullanımının bağımlılık yapıcı etkilerinden birincil olarak sorumludur. Tütün bağımlılığı dünya çapında yaklaşık 1,3 milyar insanı etkilemektedir [1].

DSÖ, küresel yetişkin nüfusun (≥ 15 yaş) 2000 yılındaki %33,3 seviyesinden 2018 yılında %23,6'sının mevcut tütün kullanıcısı olduğunu ve bu oranın 2025 yılına kadar %20,9'a düşeceğini tahmin edildiğini bildirmiştir. 2020'de dünya nüfusunun %22,3'ünün tütün kullandığı, bu oranın erkeklerde %36,7 ve kadınlarda ise %7,8 olduğu belirtilmiştir [16].

2018'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerin tahminen %20'si herhangi bir tütün ürünü kullanırken, %13,7'si (34,2 milyon kişi) sigara içicisidir. Amerika'da 1965'ten 2017'ye kadar sigara içme prevalansı erkeklerde %52,0'dan %15,8'e, kadınlarda ise %34,1'den %12,2'ye düşmüştür [17].

Türkiye'de 1997 yılında erkeklerin % 42'sinden fazlası, kadınların ise % 10'undan azı sigara içiyordu. Erkeklerde sigara içme yaygınlığı 1997 ile 2010 yılları arasında yıllık %1,33 oranında azalırken, kadınlarda bu oran değişmemiştir [18]. Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında %28,0 iken 2022 yılında artarak %28,3 olmuştur. Bu oranın 2022 yılında erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olduğu tespit edilmiştir. Tütün mamulü kullanmayan

bireylerin (bırakanlar ve hiç kullanmayanlar) oranı ise, 2019 yılında %68,7 iken 2022 yılında azalarak %68,0 olmuştur (Şekil 1) [19].



Şekil 1. Türkiye’deki bireylerin tütün mamulü kullanma durumu, 2010-2022 (+15 yaş) [19]

2.4. TÜTÜN KULLANIMINA YÖNELİK TEDBİRLER

MPOWER, DSÖ’nün ülkelerin tütün kontrol çalışmalarına rehberlik etmesi için tüm üye ülkelere önerdiği politika paketidir. Ülkemizde 2008 yılında yürürlüğe girmiştir.

M "monitör": Tütün tüketiminin izlenmesine ilişkin çalışmalar yapıldı. 2012-2016 yılları arasında 15 yaş üstü sigara içenlerin sayısı 3,5 milyon azaldı. Bu sayının özellikle sağlık çalışanları arasında daha dramatik olduğu ortaya çıktı.

P “protect”: Halkın pasif içicilikten korunmasına yönelik hükümler çıkararak mevzuatını güçlendirildi. 4207 sayılı kanun ile konutlar (evler) dışındaki tüm kapalı mekanlarda sigara içmek yasaklandı.

O “offer”: ALO 171 "Sigarayı Bırakma Yardım Hattı" ve sigara bırakma poliklinikleri, sigarayı bırakmak isteyenlere destek olmak amacıyla kuruldu.

W “warn”: Sigara paketlerinin üzerine halkı sigaranın tehlikeleri konusunda bilgilendirmek ve uyarmak amacıyla yazılı ve resimli uyarı mesajları yerleştirildi

E “enforce”: Tütün ürünlerinin tanıtımını önlemek amacıyla sigaraya ilişkin her türlü reklam, sponsorluk, satış promosyonu ve marka paylaşımı yasaklandı.

R “raise”: Tütün vergileri arttırıldı [20].

2.5. SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Tütün kullanımı dünya çapında bireylere, toplumlara ve ekonomilere ağır yük getiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenidir ve dünya çapında çeşitli hastalıklara ve erken ölümlere neden olur. Akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalıklar ve KOAH gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların doğrudan nedenidir [2]. Tütün kullanımına bağlı hastalıklar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Tütün Kullanımına Bağlı Hastalıklar [2]

Kanserler	Akciğer, kolorektal, mide, pankreas, mesane, karaciğer, serviks, dudak, dil, ağız, larenks, özefagus, böbrek
Akciğer	KOAH, amfizem, astım, pnömoni
Mide, duodenum	Peptik ülser
Kalp	Miyokard infarktüsü
Kemik	Osteoporoz, omurga ve kalça kırıkları
Beyin	Serebrovasküler hastalık
Damar	Aterosklerotik hastalık, aort anevrizması, Buerger hastalığı, Raynaud sendromu
Pankreas	Tip 2 diabetes mellitus
Kan	Lösemi
Diş	Plak, dişeti hastalığı, dişte renklenme
Ağız ve boğaz	Boğaz ağrısı, soğuk algınlığı, grip, tat duyusunda azalma
Cilt	Kırışıklıklar, erken yaşlanma
Göz	Maküla dejenerasyonu, katarakt
Diğer	İnfertilite, impotans, immün sistemde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, erken menapoz, koku alımında azalma

Tüm tütün ürünleri, kanserojen bileşikler olan nitrozaminleri içerir. En dikkate değer kanserojen nitrozaminler N'-nitrosonornikotin (NNN) ve 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-bütanondur (NNK). Uzun süreli tütün kullanımı kanser kontrol genlerinin bozulmasına yol açarak akciğer kanseri ve ağız kanseri dahil birçok kanser türünün gelişme riskini artırabilir [21].

İnterstisyel akciğer hastalıklardan sigara ile ilişkili olduğu kabul edilenleri idiyopatik pulmoner fibrozis, deskuamatif intertiyel pnömoni, respiratuar bronşiyolitis ve pulmoner langerhans hücreli histiyositozistir [22]. KOAH'ın şiddeti ile atak sayısı ve günlük içilen sigara miktarı arasında güçlü bir ilişki vardır ve sigaranın en büyük risk faktörünü oluşturduğu kanıtlanmıştır [23].

Sigara içimi ile kardiyovasküler olaylar arasında nedensel bir ilişki vardır. Sigaranın neden olduğu kardiyovasküler hastalığın altında yatan ana mekanizmalar arasında endotel disfonksiyonu, protrombotik etkiler, enflamasyon, değişen lipid metabolizması, miyokardiyal oksijen ve kan talebinin artması, miyokardiyal kan ve oksijen arzının azalması ve insülin direnci yer almaktadır. Sigara içmek ve sigara dumanına maruz kalmak koroner kalp hastalığı, felç, aort anevrizması ve periferik arter hastalığının başlıca nedenleridir. ABD'de her yıl kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan 194 000 ölüm sigarayla ilişkilidir [24].

Sigara kansere bağlı ölümlerin en büyük önlenbilir nedenidir ve kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır [25]. Sigara dumanındaki kanserojenler insan DNA'sına bağlanarak DNA hasarına ve gen mutasyonlarına neden olur. Bu genetik değişiklikler kontrolsüz hücre büyümesine yol açar ve hücre büyümesini ve yayılmasını kısıtlayan normal mekanizmaları engelleyerek kansere neden olur. Sigara (tütün) içimi ile ABD'de kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olan akciğer kanseri arasında nedensel bir ilişki kurulmuştur. Sigara içimi ile baş, boyun, karaciğer, mesane, rahim ağzı, yemek borusu, kolon ve rektum kanserleri arasında da nedensel bir ilişki vardır [24]. Sigara içmenin kanser riskini artırıp artırmadığı aynı zamanda maruziyetin özelliklerine de bağlıdır. Bu özellikler; sigara içme süresi, günlük sigara içme miktarı, sigaranın ağızda kalma süresi, izmarit uzunluğu gibi faktörlerdir [26].

Annenin sigara (tütün) içimi çeşitli üreme anormalliklerine neden olur. Sigara dumanındaki karbonmonoksit hemoglobine bağlanarak fetüsün oksijenini yok eder ve sonuç olarak düşük doğum ağırlığına neden olur. Tütün dumanındaki nikotin, kadmiyum, kurşun, cıva

ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi diğerk toksinlerin, kadınlarda ani bebek ölümü sendromuna, erken doğumlara ve doğurganlığın azalmasına neden olduğu bulunmuştur. Daha yeni kanıtlar annenin sigara içimi ile orofasiyal yarıklar ve ektopik gebelikler arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermektedir. Erkeklerde sigara içme ile erektil disfonksiyon arasında nedensel bir ilişki de kurulmuştur [24].

Sigara içmek bağışıklık fonksiyonunu bozar, bu da akciğerk enfeksiyonları ve romatoid artrit riskinin artmasına neden olur. Aynı zamanda gastrointestinal sistemi de etkileyerek peptik ülser hastalığı riskini artırır. Sigara içen postmenopozal kadınlarda kalça kırığı ve düşük kemik mineral yoğunluğu riski de artar. Ek olarak, diyabetli sigara içenlerde nefropati, körlük, periferik nöropati ve amputasyon gibi komplikasyon gelişme riski daha yüksektir [24]. Sigara içenlerde tip 2 diyabet gelişme riskinin sigara içmeyenlere göre %30-40 daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Pasif (ikinci el) sigara içimi aynı zamanda pasif sigara dumanına maruz kalan annelerin çocuklarında düşük doğum oranı, ani bebek ölümü sendromu ve tip 2 diyabet gibi olumsuz sağık sonuçlarıyla da ilişkilendirilmiştir [27].

2.5.1. Ağız Anatomisi

Ağız ve ağız boşluğunda dudaklar, üst ve alt alveoler çıkıntılar ve dişler, bukkal mukoza ve diş eti bukkal alanlar, sert damak, dilin ön 2/3'ü (oral dil), ağız tabanı ve retromolar trigon bulunmaktadır. Dilin arka 1/3 kısmı (dil tabanı) orofarinkse ait bir yapıdır. Ağız ve ağız boşluğu, dudakların vermilyon çizgisinin önünde başlar. Sınırları üstte sert damak, yanlarda gingivobukkal alanlar ve altta milohyoid kastır. Arkada orofarenks ile arasındaki sınır, üstte sert damak-yumuşak damak bileşkesinden, yanlarda ön bademcik kolonlarından, altta dilin sirkumvallet papillasından geçen hayali bir çizgi oluşturur. Ağız ve ağız içi; dudak, dil, damak, dişler, takma dişler, periodonsiyum adı verilen dişeti, sement, kemik ve periodontal ligamenti kapsayan ve dişleri çevreleyen dokular, yanak mukozası, oral mukoza gibi dokulardan oluşur.

2.5.2. Sigaranın Ağız Sağılığı Üzerine Etkileri

Ağız sağılığı, kişinin yalnızca iyi görünmesini ve hissetmesini sağılamakla kalmayıp aynı zamanda ağız fonksiyonlarının sürdürülmesi açısından da önemli olan ağız boşluğu ve çevresindeki yapıların her türlü hastalıklardan arındırılmış olması durumudur [28]. Ağız sağılığı çok yönlüdür ve konuşma, gülümseme, koklama, tatma, dokunma, çiğneme, yutma ve bir dizi duyguyu güvenli bir şekilde ve ağrı, rahatsızlık ve kraniyofasiyal kompleksin hastalığı olmadan yüz ifadeleri yoluyla aktarma yeteneğini içerir.

Ağız sağlığının diğer özellikleri:

- Fiziksel ve zihinsel sağlığın temel bir bileşenidir. İnsanların ve toplumların değer ve tutumlarından etkilenen bir süreklilik boyunca var olur.
- Yaşam kalitesi için gerekli olan fizyolojik, sosyal ve psikolojik özellikleri yansıtır.
- Kişinin değişen deneyimleri, algıları, beklentileri ve koşullara uyum sağlama yeteneğinden etkilenir [29].

Sigaranın insan beden sağlığını olumsuz etkileri olduğu gibi ağız sağlığına da olumsuz etkileri fazladır. Tütün kullanımının ağız sağlığı üzerine sayısız olumsuz etkisi olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Nikotin ve katran tarafından dişlerin ve restorasyonların boyanması, koku ve tat yeteneğinin azalması, oral kandidiazis, oral premalign lezyonlar, oral kanserler, periodontal hastalıklar, implant çevre dokularında problemler, diş çürüğü, sigara içenlerin melanozu gibi ağız hastalıkları ortaya çıkabilir [3].

Tütün ürünü kullanımı ile birçok hastalık arasındaki ilişkiye ek olarak, sigaralar, dumansız tütün (örneğin çiğneme tütünü ve snus) ve diğer tütün kullanımları ağız kanseri, ağız mukozası lezyonları, periodontal hastalık, implant başarısızlığı, tükürük bezi hipofonksiyonu, diş çürükleri ve diğer birçok ağız hastalığı gibi spesifik ağız sağlığı sorunlarına neden olur.

Yetişkinlerde periodontal hastalıklar, ağız kanseri, yarık dudak, yarık damak gibi ağız hastalıklarından ve anneleri hamilelik sırasında tütün içen çocukların diğer doğuştan kusurlarından tütün tüketiminin her türlü sorumludur [30].

2.5.3. Sigaranın Dişeti Hastalıkları Üzerine Etkisi

Sigara içen bireylerin ağız mukozası ve dişetlerinde estetiği olumsuz yönde etkileyen koyu renklenme yani melanin pigmentasyonu gözlenir; bunun sebebi sigara dumanında bulunan nikotin ve benzopiren gibi maddelerin melanositleri uyarması olarak açıklanmıştır [31]. Pasif sigara içimine maruz kalan çocuklarda diş eti pigmentasyonu oranı ile idrar kotinin miktarı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum iki farklı mekanizma ile açıklanmaktadır. Birinci mekanizmada nikotinin tükürük ve ağız epitel hücrelerine nüfuz ederek pigmentasyonu uyarabileceği, ikinci mekanizmada ise burun yoluyla alınan benzipren ve nikotinin kan akışı yoluyla diş eti pigmentasyonunu uyarabileceği düşünülmektedir [32].



Şekil 2. Sigaraya bağlı dişeti pigmentasyonu [32].

Nikotin kan dolaşımına karışır ve adrenal bezlerden epinefrin salınımına yol açarak vazokonstriksiyona neden olur. Sigaranın damar daraltıcı etkisinden dolayı diş eti kan akışını azalttığı, sigarayı bıraktıktan 3-5 gün sonra diş eti kan akışının arttığı rapor edilmiştir [33]. Sigaranın periferik kan damarlarında oluşturduğu vazokonstriksiyon periodontal dokuları da etkiler ve kan akışının azalması nedeniyle sigara içenlerde diş eti hastalık semptomları sigara içmeyenlere göre daha az görünür hale gelir. Bu sebepten hastaların klinik başvurma durumları azalır, hastalık sinsi bir şekilde ilerleyip kemiği etkiler ve derin periodontal hastalıklar meydana gelir.

Sigara içmek akut nekrotizan ülseratif gingivitis etiyolojik faktörleri arasındadır. Sigara tüketiminin artmasıyla akut nekrotizan ülseratif gingivitis görülme sıklığının arttığı rapor edilmiştir. Nikotinin kapillerde kontraksiyon oluşturması nedeniyle beslenmenin bozulabileceği ve enfeksiyona karşı direncin azalacağı rapor edilmiştir. Ayrıca stres sonucu kan akışının azalması veya steroid hormon düzeylerinin artması nedeniyle konak savunmasının baskılanabileceği ve bunun da plaktaki bakteriler üzerinde seçici bir etki yaratabileceği düşünülmektedir [34].

Periodontitis, gingival enflamasyon ile birlikte periodontal doku yıkımı ve alveoler kemik kaybının görüldüğü kronik enflamatuvar hastalıktır. Diş kaybı gibi geri dönüşümsüz kayıplara neden olmaktadır. Ayrıca sistemik sağlığı etkileyerek yaşam kalitesini düşüren, toplumda yüksek prevalansa sahip olan bir hastalıktır [35]. Periodonsiyumun mikrobiyota içeriğini, immün yanıtını ve iyileşme kapasitesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Tütün dumanının periodontal patojenlere yönelik subgingival biyofilm içeriğinde artışa neden olabileceği belirtilmektedir [36].

Sigara içenlerin ağız hijyeninin sigara içmeyenlere göre daha kötü olduğu ve dolayısıyla plak miktarının daha fazla olduğu, sigara tüketimi arttıkça plak miktarının arttığı, tükürükteki kalsiyum fosfataz oranı ve tükürük akış hızının artmasına bağlı olarak sigara içenlerde diş taşı birikiminin daha fazla olduğu ileri sürülmüştür [4].

Sigara dumanındaki toksik kimyasallar proenflamatuvar ajanların aktivitesini arttırırken, immün sistemdeki T hücrelerin yanıtını baskılar. Böylelikle sigara başlı başına diş eti hastalığı yapmazken, başlamış bir yıkımı şiddetlendirme yönünde rol oynar. Aynı zamanda oksidatif stresi arttırarak periodontitis gibi ciddi periodontal hastalıklara neden olabileceği, alveoler kemik yoğunluğunu azaltabileceği ve sonuçta diş kaybına yol açabileceği görülmektedir [37].

2.5.4. Sigaranın Diş Çürüğü ile İlişkisi

Diş çürüğü; dişteki sert dokuların demineralizasyonu ile sonuçlanan *Streptococcus mutans* enfeksiyonu olarak bilinir. Diş çürüğü, gribe ikincil olarak ortaya çıkan en yaygın kronik hastalıklardan biri olduğundan, diş sağlığının korunmasında birincil odak noktasıdır [38]. Sadece yetişkinleri ve okul çağındaki çocukları değil aynı zamanda okul öncesi çocukları da etkileyen önemli bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir [39]. Besin, çevre ve mikroorganizmalar, sigara gibi pek çok faktör çürük ile ilişkilidir. Diş çürüğünün ve odontojenik enfeksiyonların ciddiyeti, hafif bukkal alan enfeksiyonundan, ciddi çoklu alan enfeksiyonuna kadar değişir. Zamanında tedavi edilmediği takdirde diş çürükleri, diş sert dokusunun ilerleyici tahribatına neden olabilir, pulpayı delebilir, pulpitise ve periapikal inflamasyona neden olabilir ve sonunda diş kaybına yol açabilir [40].

Nikotin, *S. mutans*'in çoğalmasıyla ilişkili olan ve daha sonra diş çürüğü riskinin artmasına yol açan C vitamini düzeylerini azaltır. Ayrıca tükürüğün pH'ını düşürür, tükürük akışını ve tükürüğün tamponlama kapasitesini azaltır, *laktobasiller* gibi diğer karyojenik bakterilerin sayısını artırır [37].

2.5.5. Sigaranın Halitozis ile İlişkisi

Halitozis terimi ağız içi veya ağız dışı kaynaklı olup olmadığına bakılmadan nefesten gelen hoş olmayan kokuyu tanımlamak için kullanılır [41]. Halitozis esas olarak dilde bulunan gram-negatif anaerobik bakterilerden ve bunların uçucu sülfür bileşikleri gibi metabolik ürünlerden kaynaklansa da sigara kullanımı ağız kokusu insidansını etkileyen faktörlerdendir. Birçok insanın kötü ağız kokularını sigaranın kokusuyla maskelemek için sigara içtiklerini

bildirilmiştir; ayrıca sigara dumanının halimeter ile belirlenebilecek yoğunlukta uçucu sülfür bileşikleri içerdiği tespit edilmiştir [42].

2.5.6. Sigaranın Ağız Kuruluğu ile İlişkisi

Tükürük salgısı otonom sinir sistemi ve düzenleyici refleksler tarafından kontrol edilir. Gustatuvar-salivatuvar refleks ve masticator-salivatuvar refleks mevcut reflekslerdir ve çiğneme ve tat ile uyarılırlar [43]. Sigaranın ağız sağlığına önemli bir etkisi de ağız kuruluğu olup, bu durum plak, diş çürümesi ve ağız ülserlerinin artması gibi sonuçlara yol açmaktadır. Uzun süreli sigara içenlerde tükürük akış hızının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ağız kuruluğunun her yaşta ve her iki cinsiyette sigara içenlerde daha fazla olduğu gösterilmiştir [44].

2.5.7. Sigaraya Bağlı Estetik Problemler

Sigara, pipo, puro ve dumansız tütün kullanan kişilerde dişlerde renklenmeler görülür. Genellikle dişlerin kron ile kökün birleştiği bölgelerinde sigara yanıklarından kaynaklanan kahverengi ve siyah renklenmeler sıklıkla periodontal tedavi ile giderilebilir. Ancak sigara içilmeye devam edildiği sürece bu renk değişiklikleri tekrarlanır. Bu durum kişilerde estetik kaygı oluşumuna neden olabilir.

2.5.8. Sigaranın Ağız İçi Premalign ve Malign Lezyonlar İlişkisi

Siyah kıllı dil; ağız hijyeni kötü olan kişilerde görülen, sigara ve kahve içilmesiyle görülme sıklığı artan, dil sırtındaki filiform lingual papillaların hipertrofisi ve dilde renk değişikliği ile karakterize, genellikle asemptomatik benign bir durumdur [45]. Etiyolojisi multifaktöriyel olup, en önemlisi fazla sigara tüketimidir.

Ağız içerisinde özellikle sert ve yumuşak damakta görülen beyazımsı papüller lezyona nikotin stomatitisi adı verilir. Uzun süreli pipo ve sigara içenlerde görülmesi yüksek ısının bu lezyonda sebep olabileceğini düşündürmüştür [46].

Subepitelyal bölgede hiperkeratoz, akantoz, kronik enflamasyon ve tükürük bezi kanal epitelinde skuamöz metaplazi görülür. Sigarayı bırakmakla genellikle iki ila üç hafta içinde lezyon tamamen iyileşir [47].

Oral lökoplaki; klinik veya patolojik olarak herhangi bir hastalığa ait olmayan, ağız mukozasında bulunan beyaz-gri plaklardır. Oral mukozanın en sık görülen premalign lezyonudur. İleri yaşta (özellikle 50 yaş sonrası) ve erkek cinsiyette daha sık görülür. Oral

lökoplaki gelişiminde sigara, alkol, tütün çiğneme ve kötü ağız hijyeni gibi faktörler rol oynamaktadır [48].

Tütün çiğnemeye bağlı keratoz, beyaz, yarı saydam, hafif keratinize bir plak görünümündedir. Görünüş olarak lökoplakiye benzese de mikroskopik olarak aşırı keratinizasyonla karakterize lökoplakiden ayrılır. Tütün çiğnemeye bağlı keratoz çoğunlukla tütünün doğrudan temas ettiği yerlerde lokalize olup tütünün içerdiği nitrozaminler ve hidrokarbonlardan kaynaklandığı kabul edilmektedir [49].

Ağız boşluğu kanserleri, tükürük bezleri de dahil olmak üzere ağzın yumuşak ve sert dokularından kaynaklanan çok çeşitli kanserleri içerir. Bunların %85-95'i mukozanın çok katlı skuamöz epitelinden (skuamöz hücreli karsinom) köken alan tümörlerdir. Bu tümörler büyüyebilme ve yayılma yeteneğine sahip olup, ortaya çıktıkları bölgede yıkıma neden olmaktadır. Oluşma sıklığına göre bu bölgedeki kanserler en çok dil, bademcik ve yutak, diş eti, ağız tabanı ve ağzın diğer kısımlarında, ayrıca dudaklarda, küçük tükürük bezlerinde, sert damakta ve yanak mukozasında görülür [50]. Oral kanserler; toplumda en sık görülen malignitelerden biri olup, en önemli risk faktörlerinden biri sigara kullanımınıdır. Madani ve ark.'nın yaptığı çalışmada ağız kanseri olan hastaların yaklaşık %94'ünün tütün ürünleri kullandığı ve ağız kanserine yakalanma riskinin hiç tütün kullanmayanlara göre 11 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Tütün kullanımının tüm biçimleri (aktif ve pasif içicilik ve dumansız tütün) ağız kanseriyle ilişkilendirilmiştir [51].

Tütünde bulunan karsinojenleri inaktive ve aktive eden enzimleri kodlayan genlerdeki polimorfizmler ağız kanseri gelişme riskini etkilemektedir [52]. Benzopirenler ve diğer polisiklik aromatik karsinojenler, içilen sigaralardaki en önemli karsinojenlerdir. Sigara içilmeden, yani tütün çiğnenerek veya nargile içilerek maruz kalınan yanmamış tütün, başta nitrozaminler olmak üzere çeşitli karsinojenler içerir.

Tütün dumanındaki en önemli kanserojenler aromatik hidrokarbon, benzopiren, tütüne özgü nitrozaminler, NNK ve NNN dir. Hayvan çalışmaları, tütün ürünlerindeki NNK ve NNN'nin ağız boşluğu, akciğer, yemek borusu ve pankreasta tümörlere neden olduğunu göstermiştir. NNK, NNN ve bunların metabolitleri, oksiribonükleik asit (DNA) eklentilerini oluşturan keratinosit kök hücrelerinin deoksiribonükleik asidine kovalent olarak bağlanır. Bu eklentiler, DNA replikasyonunda yer alan kritik mutasyonlardan sorumludur. Bu kanserojenlerin metabolizması, sitokromlardaki P450 enzimleri tarafından oksijenlenmeyi ve

glutatyon-S-transferaz ile konjugasyonu içerir [53]. Bu enzimleri kodlayan genlerdeki genetik polimorfizmlerin, tütün kaynaklı baş ve boyun kanserlerine genetik yatkınlıkta anahtar rol oynadığı düşünülmektedir [54].

Tütün, oral epitel hücrelerinde epigenetik değişikliğe neden olabilir ve konağın birçok sistemik immün fonksiyonunu inhibe edebilir. Toksik metabolitleri ayrıca dokularda hasara neden olabilecek, mutasyonlara neden olabilecek ve oral skuamöz hücreli karsinomu tetikleyebilecek reaktif oksijen türlerini serbest bırakan oksidatif strese neden olabilir [49].

2.5.9. Aile Hekimliğinde Sigara ve Ağız Diş Sağlığı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü ülkemizde aile hekimliklerince karşılanmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinin amacı kişilere koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin uygun zamanda sunulması ve gerekiyorsa kişilerin uygun uzmanlık branşına yönlendirilmesidir. Ülkemizde özellikle sigara bırakma polikliniklerinde çok fazla aile hekimi uzmanı görev almaktadır. Ancak ağız ve diş bakımı aile hekimliği birimi dışında yürütülmektedir. Bu uygulamaların yapıldığı başlıca yerler yerel sağlık merkezleri, ağız ve diş merkezleri, kamu ve özel hastaneler, özel muayenehaneler ve polikliniklerdir. Bu sağlık tesislerinin hiçbiri ülke genelinde aile hekimliği üniteleri kadar yaygın değildir. Sigara tüketiminin ağız hastalıkları açısından büyük risk faktörü olduğu düşünülürse, bu birimlerin aile sağlığı merkezleriyle koordinasyonu, toplumun ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZİNİ

Çalışmanın etik kurul onayı Konya Ticaret Odası Karatay Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2024/022 kayıt numarası 02.02.2024 tarihli olarak alınmıştır. Çalışma için Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulun'dan 01.02.2024 tarihinde 03-24 nolu karar ile izin alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma analitik vaka kontrol çalışmasıdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma Konya Şehir Hastanesi'nde 1 Şubat 2024 ile 1 Nisan 2024 tarihleri arasında çalışma için onamı alınmış 18 yaş ve üstü, sigara bırakma polikliniğine başvuran sigara içen hastalar ve aile hekimliği polikliniğine rutin izlemler için başvuran benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı bireyler ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Örneklem büyüklüğü G-power İstatistik Paket Programı ile hesaplandı %95 güven aralığında %90 test gücü ile 95 hastaya ihtiyaç duyulacağı bulundu. Çalışmaya 110 vaka ve benzer 110 kontrol grubu dahil edilmesi planlandı. 124 vaka grubu 133 kontrol grubu olmak üzere 257 anket dolduruldu 11 adet vaka grubu, 20 kontrol grubu anketinde cevaplanmayan soru olması ve dışlama kriterlerinde olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. 113 vaka grubu 113 kontrol grubu olmak üzere 226 kişi ile çalışma tamamlandı.

3.4. DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- ✓ 18 yaş ve üstünde olma
- ✓ 10 paket/yıl ve üzerinde ve hala aktif olarak sigara kullanan kişiler ve kontrol grubu için daha önce hiç sigara kullanmamış kişiler.
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- ✓ Anketi eksiksiz doldurma

3.5. DIŞLAMA KRİTERLERİ

- ✓ 18 yaşından küçük kişiler
- ✓ Sigara kullanıp bırakan kişiler
- ✓ 10 paket/yıl altında ve aktif sigara kullanmakta olan kişiler

- ✓ Diş eti büyümesi yapan ilaç kullanan hastalar (Amlodipin, Nifedipin gibi kalsiyum kanal blokeri türevleri, Fenitoin, Siklosporin) ve steroid ilaç kullanan Astım-KOAH hastaları
- ✓ Kanser hastaları (Lösemiler, Lenfomalar, Oral kanserler ve Oral tutulum gösteren kanserler, Tükürük bezi kanserleri)
- ✓ Oral tutulum gösteren sistemik enfeksiyöz hastalıklar (Sfiliz, Lepra, Histoplazmosis, Tüberküloz, El ayak ağız hastalığı, Kızamık, Kızamıkçık)
- ✓ Dermatozlar (Liken planus, Eritema multiforme, Pemfigus vulgaris, Pemfigod, Konjenital diskeratozis)
- ✓ Otoimmün hastalıklar (Diabetes mellitus, Behçet Hastalığı, Sistemik Lupus Eritematozus, Sjörge sendromu, Reiter sendromu, Mikulicz, Sarkoidoz, Skleroderma, Çölyak hastalığı, Crohn hastalığı, Ülseratif kolit, Romatoid artrit)
- ✓ Dudakta pigmentasyon gösteren hastalıklar (Addison hastalığı, PeutzJegher's sendromu)
- ✓ Dişlerde gen bozuklukları veya hastalıklara bağlı doku anomalileri (Amelogenesis imperfecta, Dentinogenesis imperfecta, Tetrasiklin kullanımına bağlı diş renklenmesi)

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve kabul edenlere gönüllü onam formu imzalatıldı. Gönüllülerden sosyodemografik verileri içeren anket formu, Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeğini (AST-Ö) doldurmaları istendi ve Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (ASDA) çizelgesine göre değerlendirme yapıldı.

3.6.1. Sosyodemografik Anket Formu

Bu form 14 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kronik hastalığı olup olmadığı, sürekli kullandığı ilacı olup olmadığı, daha önce sigara kullanıp kullanmadığı, kaç yaşında sigaraya başladığı, günlük kaç adet sigara kullandığı, sigara kullanım süresi, sigaranın ağız sağlığına etkisi ile ilgili bilgileri içeren form gönüllüler tarafından dolduruldu.

3.6.2. Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği (AST-Ö)

Çalışmaya katılan kişilere 41 sorudan oluşan AST-Ö formu doldurtuldu. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği 2023 yılında kabul edilmiştir. 5 li likert tipi olan ölçek; kesinlikle katılıyorum: 5, katılıyorum: 4, kısmen katılıyorum: 3, katılmıyorum: 2, kesinlikle katılmıyorum: 1 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 41 ile 205 arasında değişmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Faktörler ayrı ayrı da

puanlanabilmektedir. AST-Ö maddelerin tek tek incelendiği dağılım, cinsiyet, sigara kullanımı ile ilgili tablolarda (tablo 7-8-9); sorulara 5-4 veya 3 puan veren katılımcılar katılıyorum grubuna, sorulara 2 veya 1 puan verenler katılmıyorum grubuna dahil edilmiştir.

Maddelerden; 1,5,9,13,15,17,21,25,29,33,37,40 duyarlılık, 3,7,16,20,31,35 önem, 2,11,18,23,27,34,39 zararlı unsurlardan kaçınma, 6,19,24,28,32,41 ürün ve faaliyetlere eğilim, 4,14,22,30,36,38 farkındalık, 8,10,12,26 sosyal etki şeklinde soru dağılımı yapılmıştır. Cronbach's alpha ve Spearman-Brown Split Half (yarıya bölme) değerleri iyi düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca %27 alt-üst gruplar için t puanları istatistiksel olarak anlamlıdır.

3.6.3. Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (ASDA)

Çalışmaya katılan kişilere ağız diş muayenesi yapıldı. Hasta ve sağlıklı bireyler, ASDA Çizelgesine göre değerlendirildi. ASDA bir ağız içi tarama aracıdır ve güvenilirlik, geçerliliği 2005 te yapılan bir çalışmayla kabul edilmiştir. [55]. Yapılan muayene sonucu sekiz kategoride (dudaklar, dil, dişetleri ve dokular, tükürük, doğal diş, takma diş, ağız temizliği, diş ağrısı) 0-1-2 şeklinde puanlandırmalar yapılarak toplam puan elde edilmiştir. ASDA Çizelgesi'nde elde edilebilecek en düşük puan 0 (çok sağlıklı), en yüksek puan 16 dır (çok sağlıksız) ve sonuçlar bu aralıkta değerlendirilmiştir.

Puanlar: Nihai puan, sekiz kategoriden elde edilen puanların toplamıdır ve 0 (çok sağlıklı) ile 16 (çok sağlıksız) arasında değişmektedir. Toplam puan ağız sağlığının değerlendirilmesi açısından önemli olsa da, her maddenin puanı ayrı ayrı göz önünde bulundurulmalıdır. Vurgulanan semptomlar ile hemen ilgilenilmelidir. *Eğer bir kategorinin puanı 1 veya 2 ise, lütfen hastanın diş hekimi randevusu almasını sağlayın.				
Kategori	0 = sağlıklı	1 = değişken *	2 = sağlıksız *	Kategori puanları
Dudaklar	Pürüzsüz, pembe, nemli	Kuru, çatlak, kenarları kırmızı	Şişlik veya yumru, beyaz/kırmızı/ülserli leke;kenarlarda kanama/ülser	
Dil	Normal, nemli, pürüzlü, pembe	Lekeli, yarık, kırmızı,pash	Kırmızı ve/veya beyaz, ülserli,kabarık leke	
Dişetleri ve dokular	Pembe, nemli, pürüzsüz, kanamasız	Kuru, parlak, pürüzlü, kırmızı, kabarık, takmadişlerin altında ülser/hassas nokta	Kabarık, kanamalı dişetleri, ülser, beyaz/kırmızı lekeler, takma dişlerin altında genel olarak kırmızılık veya ülser	

Tükürük	Nemli dokular, sulu ve akışkan tükürük	Kuru, yapışkan dokular, az miktarda tükürük	Kurumuş ve kırmızı dokular, çok az tükürük veya tükürük olmaması, çok koyu tükürük	
Doğal diş Evet/Hayır	Çürük veya kırık diş/kök yok	1-3 çürük veya kırıkdiş/kök ya da çok aşınmış diş	4 veya daha fazla çürük veya kırık diş/kök veya 4'ten az dişveya çok yıpranmış diş	
Takma Diş Evet/Hayır	Kırık bölge veya diş yok, takma dişler düzenli olarak takılıyor	1 kırık bölge/diş veya takma dişler günde sadece 1-2 saat takılıyor ya da gevşek	1'den fazla kırık bölge/diş, kayıpveya takılmayan takma diş, takma diş yapışkanı gerekli	
Ağız temizliği	Temiz, ağızda veya takma dişlerde yemek artıkları veya tartar yok	Ağzın 1-2 bölgesindeveya takma dişlerin küçük bir bölgesindeyemek artıkları/tartar/plak veya ağız kokusu	Ağzın veya takma dişlerin çoğu bölgesinde yemek artıkları/tartar/plak veya şiddetlihalitöz (ağız kokusu)	
Diş ağrısı	Diş ağrısına dair davranışsal, sözlü veya fiziksel bir belirti yok	Yüzde çekme, dudakları çiğneme,yemek yememe, agresiflik gibi sözlüve/veya davranışsalağrı belirtileri	Yüzde şişlik, dişeti oyuğu, kırıkdiş, büyük ülserler gibi fiziksel belirtiler ve yüzde çekme, dudakları çiğneme, yemek yememe ve agresiflik gibi sözlü ve/veya davranışsal belirtiler	
Hastanın diş hekimi randevusu almasını sağlayın. Hasta veya aile/vasi diş tedavisini reddetmektedir. Bu hastanın ağız sağlığını aşağıdaki tarihte tekrar gözden geçirin: _____ / _____ / _____				TOPLAM PUAN: 16

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler Statistical Packet for The Social Science (SPSS) 22.0 bilgisayar programında yapıldı. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden; frekans (n), yüzde (%), ortalama \pm standart hata, min (minimum) – maks (maksimum), Q25–Q75 (ortanca değerleri ile 1 ve 3'üncü çeyreklik değerleri) kullanıldı. Verilerin normalliği Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile kontrol edildi. İstatistiksel anlamlılıklar için; kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (X²) Testi, verilerin sürekli değişkenlere göre karşılaştırılmasında ve normal dağılan iki grubun karşılaştırılmasında T testi, normal dağılmayan grupların karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Sürekli veriler arasında anlamlılık düzeyi için Spearman korelasyon analizi yapıldı. Tüm analizler %95 güven aralığında yapıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık için p<0.05 düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Sigara içenlerin (n=113) yaşı $38,8 \pm 1,2$ yıl, sigara içmeyenlerin (n=113) yaşı $41,1 \pm 1,1$ yıl bulundu ($p > 0,05$). Sigara içenlerde kadınlar %30,1 (n=34), erkekler %69,9 (n=79) bulundu. Sigara içmeyenlerde kadınlar %64,6 (n=73), erkekler %35,4 (n=40) bulundu ($p < 0,001$). Sigara içenlerde evli olanlar %70,8 (n=80), bekar olanlar %29,2 (n=33) bulundu. Sigara içmeyenlerde evli olanlar %65,5 (n=74), bekar olanlar %34,5 (n=39) bulundu ($p > 0,05$). Sigara içenlerde eğitim durumu %4,5 (n=5) okuryazar değil, %19,5 (n=22) ilkokul, %15,9 (n=18) ortaokul, %26,5 (n=35) lise, %33,6 (n=38) üniversite ve üzeri bulundu. Sigara içmeyenlerde eğitim durumu %3,5 (n=4) okuryazar değil, %18,6 (n=21) ilkokul, %8 (n=9) ortaokul, %18,6 (n=21) lise, %51,3 (n=58) üniversite ve üzeri bulundu ($p > 0,05$).

Sigara içenlerde çalışmayanlar %23 (n=26), memur olanlar %24,8 (n=28) ve işçi ve diğer meslek grubunda olanlar %52,2 (n=59) bulundu. Sigara içmeyenlerde çalışmayanlar %46,9 (n=53), memur olanlar %27,4 (n=31) ve işçi ve diğer meslek grubunda olanlar %25,7 (n=29) bulundu ($p < 0,001$). Sigara içenlerde yaşadığı yer olarak köy %7,1 (n=8), kasaba %0,9 (n=1), ilçe %14,2 (n=16) ve il %77,9 (n=88) bulundu. Sigara içmeyenlerde yaşadığı yer olarak köy %6,2 (n=7), kasaba %0,9 (n=1), ilçe %17,7 (n=20) ve il %75,2 (n=85) bulundu ($p > 0,05$).

Sigara içenlerin %29,2'si (n=33) geliri giderinde az, %50,4'ü (n=57) geliri giderine eşit ve %20,4'ü (n=23) geliri giderinden fazla bulundu. Sigara içmeyenlerin %22,1'i (n=25) geliri giderinden az, %51,3'ü (n=58) geliri giderine eşit ve %26,5'i (n=30) geliri giderinden fazla bulundu ($p > 0,05$).

Sigara içenlerin %39,8'inin (n=45) kronik hastalığı varken, %60,2'sinin (n=68) kronik hastalığı yoktu. Sigara içmeyenlerin %22,1'inin (n=25) kronik hastalığı varken, %77,9'unun (n=88) kronik hastalığı yoktu ($p = 0,004$). Sigara içenlerin %14,1'inde (n=16) kalp hastalığı, %11,5'inde (n=13) akciğer hastalığı, %5,3'ünde (n=6) psikiyatrik hastalığı, %3,5'inde (n=4) serebrovasküler hastalığı, %3,5'inde (n=4) kas iskelet sistemi hastalığı, %2,6'sında (n=3) tiroid hastalığı, %1,7'sinde (n=2) hematolojik hastalığı olduğu görülmüştür. Sigara içmeyenlerin %7,9'unda (n=9) kalp hastalığı, %3,5'inde (n=4) psikiyatrik hastalığı, %3,5'inde (n=4) tiroid hastalığı, %2,6'sında (n=3) kas iskelet sistemi hastalığı, %2,6'sında (n=3) serebrovasküler hastalığı, %1,7'sinde (n=2) akciğer hastalığı, %0,08'inde (n=1) hematolojik hastalığı olduğu görülmüştür.

Sigara içenlerde düzenli ilaç kullananlar %27,4 (n=31), düzenli ilaç kullanmayanlar %72,6 (n=82) bulundu. Sigara içmeyenlerde düzenli ilaç kullananlar %16,8 (n=19), düzenli ilaç kullanmayanlar %83,2 (n=94) bulundu (p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Vaka		Kontrol		p
	%	n=113	%	n=113	
Yaş Ortalama±SH	38,8±1,2		41,1±1,1		0,145*
Cinsiyet					<0,001
Kadın	30,1	34	64,6	73	
Erkek	69,9	79	35,4	40	
Medeni durum					0,392
Evli	70,8	80	65,5	74	
Bekar	29,2	33	34,5	39	
Eğitim durumu					0,064
Okuryazar değil	4,5	5	3,5	4	
İlkokul	19,5	22	18,6	21	
Ortaokul	15,9	18	8,0	9	
Lise	26,5	30	18,6	21	
Üniversite ve üzeri	33,6	38	51,3	58	
Çalışma durumu					<0,001
Çalışmıyor	23,0 ^a	26	46,9 ^b	53	
Memur	24,8 ^a	28	27,4 ^a	31	
İşçi ve diğer	52,2 ^a	59	25,7 ^b	29	
Yaşadığı yer					0,905
Köy	7,1	8	6,2	7	
Kasaba	0,9	1	0,9	1	
İlçe	14,2	16	17,7	20	
İl	77,9	88	75,2	85	
Gelir durumu					0,361
Geliri giderinden az	29,2	33	22,1	25	
Geliri giderine eşit	50,4	57	51,3	58	
Geliri giderinden fazla	20,4	23	26,5	30	
Kronik hastalık					0,004
Var	39,8	45	22,1	25	
Yok	60,2	68	77,9	88	
İlaç kullanımı					0,054
Evet	27,4	31	16,8	19	
Hayır	72,6	82	83,2	94	
Toplam	100	113	100	113	

%, frekans, SH: standart hata, p: Ki-Kare Testi, *: Bağımsız Grup T Testi, ^a ve ^b: Z Testi

Katılımcıların sigara içme özellikleri incelendi. Sigaraya başlama yaşı 16 (8-40) yıl, günde içilen sigara sayısı 20 (8-80) adet, sigara içilen süre 20 (7-55) yıl ve paket/yıl 24 (10-100) bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Sigara İçme Özellikleri

	% (n)
Sigara içme durumu	
Evet	50,0 (113)
Hayır	50,0 (113)
Sigaraya başlama yaşı	
Ortanca (min-maks)	16 (8-40)
Günde içilen sigara sayısı	
Ortanca (min-maks)	20 (8-80)
Sigara içilen süre (yıl)	
Ortanca (min-maks)	20 (7-55)
Paket/yıl	
Ortanca (min-maks)	24 (10-100)

#: frekans, min: minimum, maks: maksimum

Katılımcıların cinsiyete göre sosyodemografik ve sigara içme özellikleri incelendi. Kadınların (n=107) yaşı $40,4 \pm 1,2$ yıl, erkeklerin (n=119) yaşı $39,6 \pm 1,1$ yıl bulundu. Kadınların yaşı ile erkeklerin yaşı benzer bulundu ($p > 0,05$). Kadınların %62,6'sı (n=67), erkeklerin %73,1'i (n=87) evliydi ($p > 0,05$). Kadınların %59,8'inin (n=64), erkeklerin %55,5'inin (n=66) eğitim durumu lise ve altıydı ($p > 0,05$). Kadınların %74,8'i (n=80), erkeklerin %78,2'si (n=93) il merkezinde yaşıyordu ($p > 0,05$). Kadınların %90,7'si (n=97), erkeklerin %93,3'ü (n=111) sigaranın ağız sağlığına etkisi olduğunu düşünüyordu ($p > 0,05$). Kadınlarda sigaraya başlama yaşı 17 (10-35) yıl, erkeklerde 16 (8-40) yıl olarak benzer bulundu ($p > 0,05$). Kadınlarda günde içilen sigara sayısı 20 (10-60) adet, erkeklerde 20 (8-80) adet, kadınların paket/yıl'ı 18 (10-82) yıl, erkeklerin 25 (10-100) yıl olarak benzer bulundu ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyodemografik ve Sigara İçme Özellikleri

	Cinsiyet		p
	Kadın % (n=107)	Erkek % (n=119)	
Yaş Ortalama±SH	40,4±1,2	39,6±1,1	0,606*
Medeni durum Evlü Bekar	62,6 (67) 37,4 (40)	73,1 (87) 26,9 (32)	0,091
Eğitim durumu Lise ve altı Üniversite ve üzeri	59,8 (64) 40,3 (43)	55,5 (66) 44,5 (53)	0,509
Yaşadığı yer Köy-kasaba-ilçe İl	25,2 (27) 74,8 (80)	21,8 (26) 78,2 (93)	0,549
Sigara içmenin ağız sağlığına etkisi var mı? Var Yok	90,7 (97) 9,3 (10)	93,3 (111) 6,7 (8)	0,467
Sigaraya başlama yaşı Ortanca (min-maks) (n=113)	17 (10-35)	16 (8-40)	0,312**
Günde içilen sigara sayısı Ortanca (min-maks) (n=113)	20 (10-60)	20 (8-80)	0,429**
Sigara içilen süre (yıl) Ortanca (min-maks) (n=113)	20 (7-55)	20 (8-50)	0,863**
Paket/yıl Ortanca (min-maks) (n=113)	18 (10-82)	25 (10-100)	0,309**

%, frekans, SH: standart hata, p: Ki-Kare Testi, *: Bağımsız Grup T Testi, **: Mann Whitney U Testi, min: minimum, maks: maksimum

AST-Ö ve alt boyutlarının toplam puanlarının cronbach alpha değerleri incelendiğinde duyarlılık alt boyut puanı 50,5 (45-55), önem alt boyut puanı 25 (23-28), zararlı unsurlardan kaçınma alt boyut puanı 24 (20-28), ürün ve faaliyetlere eğilim alt boyut puanı 20 (17-23), farkındalık alt boyut puanı 23 (19-25), sosyal etki alt boyut puanı 13 (12-16) ve AST-Ö toplam puanı 156,5 (139-169) bulundu. Cronbach alpha değerleri duyarlılık alt boyutunun 0,922, önem alt boyutunun 0,868, zararlı unsurlardan kaçınma alt boyutunun 0,789, ürün ve faaliyetlere eğilim alt boyutunun 0,791, farkındalık alt boyutunun 0,771, sosyal etki alt boyutunun 0,562 ve AST-Ö'nün 0,955 bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. AST-Ö Puanları ve Cronbach Alpha Değerleri

	Ortanca (%25-75)	Cronbach alpha
Duyarlılık alt boyutu	50,5 (45-55)	0,922
Önem alt boyutu	25 (23-28)	0,868
Zararlı unsurlardan kaçınma alt boyutu	24 (20-28)	0,789
Ürün ve faaliyetlere eğilim alt boyutu	20 (17-23)	0,791
Farkındalık alt boyutu	23 (19-25)	0,771
Sosyal etki alt boyutu	13 (12-16)	0,562
AST-Ö	156,5 (139-169)	0,955

%%: frekans, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği

Katılımcıların AST-Ö ifadelerindeki dağılımları incelendi. Katılımcılar, ” dişlerimin beyaz olmasını arzu ederim ” ifadesine % 9,3 (n=21) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %90,7 (n=205) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” dişlerimi aşındıran yiyecek veya içeceklerden uzak dururum ” ifadesine % 20,4 (n=46) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %79,6 (n=180) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” dişlerimi vücudumdaki diğer organlarım kadar önemserim ” ifadesine % 6,6 (n=15) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %93,4 (n=211) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” diş ipi kullanmak ağız ve diş sağlığımı korumaya yardımcı olur ” ifadesine % 15,0 (n=34) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, % 85,0 (n=192) ” katılıyorum ” yanıtını verdi.

Katılımcılar, ” dişlerimden birini bile kaybetmek beni endişelendirir ” ifadesine % 7,1 (n=16) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %92,9 (n=210) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeni çıkan ürünler dikkatimi çeker ” ifadesine % 23,5 (n=53) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %76,5 (n=173) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” iyi bir gülümseme için ağız ve diş sağlığı önemlidir ” ifadesine % 9,7 (n=22) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %90,3 (n=204) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” başkalarının dişlerim hakkında ne düşündüğünü önemserim ” ifadesine % 18,1 (n=41) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %81,9 (n=185) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” dişlerimi fırçalamak beni rahatlatır. ” ifadesine % 12,4 (n=28) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %87,6 (n=198) ” katılıyorum ” yanıtını verdi. Katılımcılar, ” şaka da olsa, dişlerimle dalga geçilmesi beni üzer ” ifadesine % 13,7 (n=31) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, % 86,3 (n=195) ” katılıyorum ” yanıtını verdi.

Katılımcılar, ” dişlerimde renklenmeye neden olan yiyecek veya içecekleri aşırı tüketmekten kaçınırım. ” ifadesine % 23,0 (n=52) ” katılmıyorum ” cevabını verirken, %77,0

(n=174) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ gülümsediğimde dişlerimi başkalarına göstermek hoşuma gider’’ ifadesine % 27,9 (n=63) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %62,1 (n=163) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ dişlerimin / dişetlerimin sağlıklı olması beni mutlu hissettirir.’’ ifadesine % 7,5 (n=17) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %92,5 (n=209) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ Dişeti sağlığı için belirli zamanlarda diş taşı temizliği yaptırmak gereklidir ’’ ifadesine % 11,9 (n=27) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %88,1 (n=199) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ diş fırçamın seçiminde fırça kıllarının sertlik, yumuşaklık ve şekil gibi özelliklerine dikkat ederim ’’ ifadesine % 11,1 (n=25) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %88,9 (n=201) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi.

Katılımcılar,’’ estetik açıdan dişlerimin düzgün dizilimde olmasını arzu ederim.’’ ifadesine % 7,1 (n=16) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %92,9 (n=210) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ ağız ve diş sağlığı problemlerim beni endişelendirir ’’ ifadesine % 7,1 (n=16) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %92,9 (n=210) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ şekerli gıdalardan uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm ’’ ifadesine % 20,8 (n=47) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %79,2 (n=179) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ ağız ve diş sağlığı ile ilgili ürünlerin tanıtım veya reklamları ilgimi çeker ’’ ifadesine % 26,5 (n=60) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %73,5 (n=166) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ ağız ve diş sorunları yaşamamak için ağız ve diş bakımına dikkat ederim ’’ ifadesine % 10,6 (n=24) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %89,4 (n=202) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi.

Katılımcılar,’’ diş fırçamı yılda en az bir kez değiştirmeye özen gösteririm ’’ ifadesine % 11,9 (n=27) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %88,1 (n=199) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ dişlerimi fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullanmada istekliyim ’’ ifadesine % 27,9 (n=63) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %72,1 (n=163) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ aşırı sıcak / soğuk yiyecek veya içeceklerden uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm ’’ ifadesine % 18,6 (n=42) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %81,4 (n=184) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ medyada ağız ve diş sağlığı ile ilgili program, haber, etkinlik vs. ilgimi çeker ’’ ifadesine % 23,9 (n=54) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %76,1 (n=172) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi. Katılımcılar,’’ başkaları gülümsediğinde onların dişlerinin estetik görünümü dikkatimi çeker’’ ifadesine % 14,6 (n=33) ‘‘katılmıyorum’’ cevabını verirken, %85,4 (n=193) ‘‘katılıyorum’’ yanıtını verdi.

Katılımcılar,” başkalarının dişlerinin benim dişlerimden daha güzel olmasını kıskanırım ” ifadesine % 54,4 (n=123) “katılmıyorum” cevabını verirken, %45,6 (n=103) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” diş çürümesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak durmaya çalışırım ” ifadesine % 17,7 (n=40) “katılmıyorum” cevabını verirken, %82,3 (n=186) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” diş macunumun içeriğini kontrol ederek seçerim ” ifadesine % 19,9 (n=45) “katılmıyorum” cevabını verirken, %80,1 (n=181) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız kokusu olmaması için ağız ve diş sağlığıma özen gösteririm ” ifadesine % 7,5 (n=17) “katılmıyorum” cevabını verirken, %92,5 (n=209) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” Ağız ve diş sağlığı kontrolü için düzenli periyotlarda diş hekimine gitmede istekliyim ” ifadesine % 14,2 (n=32) “katılmıyorum” cevabını verirken, %85,8 (n=194) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız ve diş bakımı genel vücut sağlığım için önemlidir ” ifadesine % 6,6 (n=15) “katılmıyorum” cevabını verirken, %93,4 (n=211) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim ve seminerlere katılmada istekliyim” ifadesine % 30,1 (n=68) “katılmıyorum” cevabını verirken, %69,9 (n=158) “katılıyorum” yanıtını verdi.

Katılımcılar,” dişlerimde renklenme olması beni endişelendirir.” ifadesine % 10,6 (n=24) “katılmıyorum” cevabını verirken, %89,4 (n=202) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” dişlerimi güçlendiren besinleri tüketmeye dikkat ederim.” ifadesine % 16,4 (n=37) “katılmıyorum” cevabını verirken, %83,6 (n=189) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” dişlerimin doğal ve estetik görünümü benim için önemlidir” ifadesine % 16,4 (n=37) “katılmıyorum” cevabını verirken, %83,6 (n=189) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” Sert kabuklu yiyecekleri dişlerimle kırmaktan kaçınırım.” ifadesine % 13,7 (n=31) “katılmıyorum” cevabını verirken, %86,3 (n=195) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” dişlerimi günde en az iki kez fırçalamaya dikkat ederim ” ifadesine % 16,8 (n=38) “katılmıyorum” cevabını verirken, %83,2 (n=188) “katılıyorum” yanıtını verdi.

Katılımcılar,” ağız ve diş sağlığımı korumak için gerekli bilgileri öğrenmede istekliyim.” ifadesine % 12,4 (n=28) “katılmıyorum” cevabını verirken, %87,6 (n=198) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız ve diş sağlığımı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm ” ifadesine % 41,6 (n=94) “katılmıyorum” cevabını verirken, %58,4 (n=132) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız ve diş tedavim tamamlandığında mutlu hissederim ” ifadesine % 7,5 (n=17) “katılmıyorum” cevabını verirken, %92,5 (n=209) “katılıyorum” yanıtını verdi. Katılımcılar,” ağız ve diş sağlığım için

belirli zamanlarda ağız gargarası kullanırım ” ifadesine % 23,0 (n=52) “katılmıyorum” cevabını verirken, %77,0 (n=174) “katılıyorum” yanıtını verdi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların AST-Ö İfadelerindeki Dağılımları

	Katılmıyorum %(n)	Katılıyorum %(n)
Dişlerimin beyaz olmasını arzu ederim.	9,3 (21)	90,7 (205)
Dişlerimi aşındıran yiyecek veya içeceklerden uzak dururum.	20,4 (46)	79,6 (180)
Dişlerimi vücudumdaki diğer organlarım kadar önemserim	6,6 (15)	93,4 (211)
Diş ipi kullanmak ağız ve diş sağlığımı korumaya yardımcı olur.	15,0 (34)	85,0 (192)
Dişlerimden birini bile kaybetmek beni endişelendirir.	7,1 (16)	92,9 (210)
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeni çıkan ürünler dikkatimi çeker.	23,5 (53)	76,5 (173)
İyi bir gülümseme için ağız ve diş sağlığı önemlidir.	9,7 (22)	90,3 (204)
Başkalarının dişlerim hakkında ne düşündüğünü önemserim	18,1 (41)	81,9 (185)
Dişlerimi fırçalamak beni rahatlatır.	12,4 (28)	87,6 (198)
Şaka da olsa, dişlerimle dalga geçilmesi beni üzer.	13,7 (31)	86,3 (195)
Dişlerimde renklenmeye neden olan yiyecek veya içecekleri aşırı tüketmekten kaçınırım.	23,0 (52)	77,0 (174)
Gülümsediğimde dişlerimi başkalarına göstermek hoşuma gider.	27,9 (63)	72,1 (163)
Dişlerimin / dişetlerimin sağlıklı olması beni mutlu hissettirir.	7,5 (17)	92,5 (209)
Dişeti sağlığı için belirli zamanlarda diş taşı temizliği yaptırmak gereklidir.	11,9 (27)	88,1 (199)
Diş fırçamın seçiminde fırça kıllarının sertlik, yumuşaklık ve şekil gibi özelliklerine dikkat ederim.	11,1 (25)	88,9 (201)
Estetik açıdan dişlerimin düzgün dizilimde olmasını arzu ederim.	7,1 (16)	92,9 (210)
Ağız ve diş sağlığı problemlerim beni endişelendirir.	7,1 (16)	92,9 (210)
Şekerli gıdalardan uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	20,8 (47)	79,2 (179)
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili ürünlerin tanıtım veya reklamları ilgimi çeker.	26,5 (60)	73,5 (166)
Ağız ve diş sorunları yaşamamak için ağız ve diş bakımına dikkat ederim.	10,6 (24)	89,4 (202)
Diş fırçamı yılda en az bir kez değiştirmeye özen gösteririm.	11,9 (27)	88,1 (199)
Dişlerimi fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullanmada istekliyim.	27,9 (63)	72,1 (163)

Aşırı sıcak / soğuk yiyecek veya içeceklerden uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	18,6 (42)	81,4 (184)
Medyada ağız ve diş sağlığı ile ilgili program, haber, etkinlik vs. ilgimi çeker.	23,9 (54)	76,1 (172)
Başkaları gülümsediğinde onların dişlerinin estetik görünümünü dikkatimi çeker.	14,6 (33)	85,4 (193)
Başkalarının dişlerinin benim dişlerimden daha güzel olmasını kıskanırım.	54,4 (123)	45,6 (103)
Diş çürütmesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak durmaya çalışırım.	17,7 (40)	82,3 (186)
Diş macunumun içeriğini kontrol ederek seçerim.	19,9 (45)	80,1 (181)
Ağız kokusu olmaması için ağız ve diş sağlığıma özen gösteririm.	7,5 (17)	92,5 (209)
Ağız ve diş sağlığı kontrolü için düzenli periyotlarda diş hekimine gitmede istekliyim.	14,2 (32)	85,8 (194)
Ağız ve diş bakımı genel vücut sağlığı için önemlidir.	6,6 (15)	93,4 (211)
Ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim ve seminerlere katılmada istekliyim.	30,1 (68)	69,9 (158)
Dişlerimde renklenme olması beni endişelendirir.	10,6 (24)	89,4 (202)
Dişlerimi güçlendiren besinleri tüketmeye dikkat ederim.	16,4 (37)	83,6 (189)
Dişlerimin doğal ve estetik görünümü benim için önemlidir	8,8 (20)	91,2 (206)
Sert kabuklu yiyecekleri dişlerimle kırmaktan kaçınırım.	13,7 (31)	86,3 (195)
Dişlerimi günde en az iki kez fırçalamaya dikkat ederim.	16,8 (38)	83,2 (188)
Ağız ve diş sağlığımyı korumak için gerekli bilgileri öğrenmede istekliyim.	12,4 (28)	87,6 (198)
Ağız ve diş sağlığımyı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm.	41,6 (94)	58,4 (132)
Ağız ve diş tedavim tamamlandığında mutlu hissederim.	7,5 (17)	92,5 (209)
Ağız ve diş sağlığımyı için belirli zamanlarda ağız gargarası kullanırım.	23,0 (52)	77,0 (174)

?: frekans

Katılımcıların cinsiyete göre AST-Ö maddeleri karşılaştırıldı. Kadınların “dişeti sağlığı için belirli zamanlarda diş taşı temizliği yaptırmak gereklidir” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 82,2 (n=88) katılmıyorum % 17,8 (n=19), erkeklerde katılıyorum % 93,3 (n=111) katılmıyorum % 6,7 (n=8) düşük bulundu (**p=0,011**). Kadınların “dişlerimi fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullanmada istekliyim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 78,5 (n=84) katılmıyorum % 21,5 (n=23), erkeklerde katılıyorum % 66,4 (n=79) katılmıyorum % 33,6 (n=40) yüksek bulundu (**p=0,043**). Kadınların “ağız ve diş sağlığımyı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm” ifadesine katılıyorum seçeneği

işaretleyenler % 72,0 (n=77) katılmıyorum % 28,0 (n=30), erkeklerde katılıyorum % 46,2 (n=55) katılmıyorum % 53,8 (n=64) yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyete Göre AST-Ö Maddelerinin Karşılaştırılması

		Kadın %(n=107)	Erkek %(n=119)	p
Dişlerimin beyaz olmasını arzu ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	10,3 (11) 89,7 (96)	8,4 (10) 91,6 (109)	0,627
Dişlerimi aşındıran yiyecek veya içeceklerden uzak dururum.	Katılmıyorum Katılıyorum	17,8 (19) 82,2 (88)	22,7 (27) 77,3 (92)	0,358
Dişlerimi vücudumdaki diğer organlarım kadar önemserim	Katılmıyorum Katılıyorum	5,6 (6) 94,4 (101)	7,6 (9) 92,4 (110)	0,555
Diş ipi kullanmak ağız ve diş sağlığımı korumaya yardımcı olur.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	16,0 (19) 84,0 (100)	0,683
Dişlerimden birini bile kaybetmek beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	4,7 (5) 95,3 (102)	9,2 (11) 90,8 (108)	0,181
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeni çıkan ürünler dikkatimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	18,7 (20) 81,3 (87)	27,7 (33) 72,3 (86)	0,109
İyi bir gülümseme için ağız ve diş sağlığı önemlidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,2 (12) 88,8 (95)	8,4 (10) 91,6 (109)	0,476
Başkalarının dişlerim hakkında ne düşündüğünü önemserim	Katılmıyorum Katılıyorum	17,8 (19) 82,2 (88)	18,5 (22) 81,5 (97)	0,887
Dişlerimi fırçalamak beni rahatlatır.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,2 (12) 88,8 (95)	13,4 (16) 86,6 (103)	0,611
Şaka da olsa, dişlerimle dalga geçilmesi beni üzer.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	13,4 (16) 86,6 (103)	0,900
Dişlerimde renklenmeye neden olan yiyecek veya içecekleri aşırı tüketmekten kaçınırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	19,6 (21) 80,4 (86)	26,1 (31) 73,9 (88)	0,252
Gülümsediğimde dişlerimi başkalarına göstermek hoşuma gider.	Katılmıyorum Katılıyorum	24,3 (26) 75,7 (81)	31,1 (37) 68,9 (82)	0,255
Dişlerimin / dişetlerimin sağlıklı olması beni mutlu hissettirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	7,5 (8) 92,5 (99)	7,6 (9) 92,4 (110)	0,980
Dişeti sağlığı için belirli zamanlarda diş taşı temizliği yaptırmak gereklidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	17,8 (19) 82,2 (88)	6,7 (8) 93,3 (111)	0,011
Diş fırçamın seçiminde fırça kıllarının sertlik, yumuşaklık ve şekil gibi özelliklerine dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	9,3 (10) 90,7 (97)	12,6 (15) 87,4 (104)	0,435
Estetik açıdan dişlerimin düzgün dizilimde olmasını arzu ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	9,3 (10) 90,7 (97)	5,0 (6) 95,0 (113)	0,208
Ağız ve diş sağlığı problemlerim beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,4 (9) 91,6 (98)	5,9 (7) 94,1 (112)	0,459

Şekerli gıdalardan uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	Katılmıyorum Katılıyorum	20,6 (22) 79,4 (85)	21,0 (25) 79,0 (94)	0,934
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili ürünlerin tanıtım veya reklamları ilgimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	23,4 (25) 76,6 (82)	29,4 (35) 70,6 (84)	0,304
Ağız ve diş sorunları yaşamamak için ağız ve diş bakımına dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	10,3 (11) 89,7 (96)	10,9 (13) 89,1 (106)	0,875
Diş fırçamı yılda en az bir kez değiştirmeye özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	10,1 (12) 89,9 (107)	0,363
Dişlerimi fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullanmada istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	21,5 (23) 78,5 (84)	33,6 (40) 66,4 (79)	0,043
Aşırı sıcak / soğuk yiyecek veya içeceklerden uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	Katılmıyorum Katılıyorum	15,9 (17) 84,1 (90)	21,0 (25) 79,0 (94)	0,323
Medyada ağız ve diş sağlığı ile ilgili program, haber, etkinlik vs. ilgimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	18,7 (20) 81,3 (87)	28,6 (34) 71,4 (85)	0,082
Başkaları gülümsediğinde onların dişlerinin estetik görünümünü dikkatimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	15,0 (16) 85,0 (91)	14,3 (17) 85,7 (102)	0,887
Başkalarının dişlerinin benim dişlerimden daha güzel olmasını kıskanırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	59,8 (64) 40,2 (43)	49,6 (59) 50,4 (60)	0,123
Diş çürümesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak durmaya çalışırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	21,0 (25) 79,0 (94)	0,169
Diş macunumun içeriğini kontrol ederek seçerim.	Katılmıyorum Katılıyorum	17,8 (19) 82,2 (88)	21,8 (26) 78,2 (93)	0,442
Ağız kokusu olmaması için ağız ve diş sağlığına özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	7,5 (8) 92,5 (99)	7,6 (9) 92,4 (110)	0,980
Ağız ve diş sağlığı kontrolü için düzenli periyotlarda diş hekimine gitmede istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	14,3 (17) 85,7 (102)	0,954
Ağız ve diş bakımı genel vücut sağlığım için önemlidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,4 (9) 91,6 (98)	5,0 (6) 95,0 (113)	0,310
Ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim ve seminerlere katılmada istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	31,8 (34) 68,2 (73)	28,6 (34) 71,4 (85)	0,600
Dişlerimde renklenme olması beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,2 (12) 88,8 (95)	10,1 (12) 89,9 (107)	0,783
Dişlerimi güçlendiren besinleri tüketmeye dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	12,1 (13) 87,9 (94)	20,2 (24) 79,8 (95)	0,104
Dişlerimin doğal ve estetik görünümünü benim için önemlidir	Katılmıyorum Katılıyorum	7,5 (8) 92,5 (99)	10,1 (12) 89,9 (107)	0,491

Sert kabuklu yiyecekleri dişlerimle kırmaktan kaçınırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	12,1 (13) 87,9 (94)	15,1 (18) 84,9 (101)	0,516
Dişlerimi günde en az iki kez fırçalamaya dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,0 (15) 86,0 (92)	19,3 (23) 80,7 (96)	0,287
Ağız ve diş sağlığımı korumak için gerekli bilgileri öğrenmede istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	9,3 (10) 90,7 (97)	15,1 (18) 84,9 (101)	0,188
Ağız ve diş sağlığımı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	28,0 (30) 72,0 (77)	53,8 (64) 46,2 (55)	<0,001
Ağız ve diş tedavim tamamlandığında mutlu hissederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,4 (9) 91,6 (98)	6,7 (8) 93,3 (111)	0,631
Ağız ve diş sağlığım için belirli zamanlarda ağız gargarası kullanırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	23,4 (25) 76,6 (82)	22,7 (27) 77,3 (92)	0,904
Toplam		100 (107)	100 (119)	

#: frekans, p: Ki-Kare Testi

Katılımcıların sigara kullanımına göre AST-Ö maddeleri karşılaştırıldı. Sigara içmeyenlerde “dişlerimi aşındıran yiyecek veya içeceklerden uzak dururum” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 85,8 (n=97) katılmıyorum % 14,2 (n=16), sigara içenlerde katılıyorum % 73,5 (n=83) katılmıyorum % 26,5 (n=30) yüksek bulundu (**p=0,021**). Sigara içmeyenlerde “dişlerimi vücudumdaki diğer organlarım kadar önemserim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 98,2 (n=111) katılmıyorum % 1,8 (n=2), sigara içenlerde katılıyorum % 88,5 (n=100) katılmıyorum % 11,5 (n=13) yüksek bulundu (**p=0,003**). Sigara içmeyenlerde “dişlerimden birini bile kaybetmek beni endişelendirir” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 96,5 (n=109) katılmıyorum % 3,5 (n=4), sigara içenlerde katılıyorum % 89,4 (n=101) katılmıyorum % 10,6 (n=12) yüksek bulundu (**p=0,038**).

Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeni çıkan ürünler dikkatimi çeker” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 84,1 (n=95) katılmıyorum % 15,9 (n=18), sigara içenlerde katılıyorum % 69,0 (n=78) katılmıyorum % 31,0 (n=35) yüksek bulundu (**p=0,008**). Sigara içmeyenlerde “Dişlerimi fırçalamak beni rahatlatır” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 92,9 (n=105) katılmıyorum % 7,1 (n=8), sigara içenlerde katılıyorum % 82,3 (n=93) katılmıyorum % 17,7 (n=20) yüksek bulundu (**p=0,015**). Sigara içmeyenlerde “dişlerimde renklenmeye neden olan yiyecek veya içecekleri aşırı tüketmekten kaçınırım” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 85,0 (n=96) katılmıyorum % 15,0 (n=17), sigara içenlerde katılıyorum % 69,0 (n=78) katılmıyorum % 31,0 (n=35) yüksek bulundu (**p=0,004**). Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş sağlığı ile ilgili ürünlerin tanıtım veya reklamları

ilgimi çeker” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 81,4 (n=92) katılmıyorum % 18,6 (n=21), sigara içenlerde katılıyorum % 65,5 (n=74) katılmıyorum % 34,5 (n=39) yüksek bulundu (**p=0,007**).

Sigara içmeyenlerde “aşırı sıcak / soğuk yiyecek veya içeceklerden uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 86,7 (n=98) katılmıyorum % 13,3 (n=15), sigara içenlerde katılıyorum % 76,1 (n=86) katılmıyorum % 23,9 (n=27) yüksek bulundu (**p=0,040**). Sigara içmeyenlerde “başkaları gülümsediğinde onların dişlerinin estetik görünümü dikkatimi çeker” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 91,2 (n=103) katılmıyorum % 8,8 (n=10), sigara içenlerde katılıyorum % 79,6 (n=90) katılmıyorum % 20,4 (n=23) yüksek bulundu. (**p=0,014**). Sigara içmeyenlerde “başkalarının dişlerinin benim dişlerimden daha güzel olmasını kıskanırım” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 38,9 (n=44) katılmıyorum % 61,1 (n=69), sigara içenlerde katılıyorum % 52,2 (n=59) katılmıyorum % 47,8 (n=54) yüksek bulundu (**p=0,045**).

Sigara içmeyenlerde “diş çürümesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak durmaya çalışırım” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 87,6 (n=99) katılmıyorum % 12,4 (n=14), sigara içenlerde katılıyorum % 77,0 (n=87) katılmıyorum % 23,0 (n=26) yüksek bulundu (**p=0,036**). Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş sağlığı kontrolü için düzenli periyotlarda diş hekimine gitmede istekliyim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 92,0 (n=104) katılmıyorum % 8,0 (n=9), sigara içenlerde katılıyorum % 79,6 (n=90) katılmıyorum % 20,4 (n=23) yüksek bulundu (**p=0,008**). Sigara içmeyenlerde “dişlerimi güçlendiren besinleri tüketmeye dikkat ederim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 88,5 (n=100) katılmıyorum % 11,5 (n=13), sigara içenlerde katılıyorum % 78,8 (n=89) katılmıyorum % 21,2 (n=24) yüksek bulundu (**p=0,048**).

Sigara içmeyenlerde “dişlerimin doğal ve estetik görünümü benim için önemlidir” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 95,6 (n=108) katılmıyorum % 4,4 (n=5), sigara içenlerde katılıyorum % 86,7 (n=98) katılmıyorum % 13,3 (n=15) yüksek bulundu (**p=0,019**). Sigara içmeyenlerde “dişlerimi günde en az iki kez fırçalamaya dikkat ederim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 90,3 (n=102) katılmıyorum % 9,7 (n=11), sigara içenlerde katılıyorum % 76,1 (n=86) katılmıyorum % 23,9 (n=27) yüksek bulundu (**p=0,004**). Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş sağlığımı korumak için gerekli bilgileri öğrenmede

istekliyim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 92,9 (n=105) katılmıyorum % 7,1 (n=8), sigara içenlerde katılıyorum % 82,3 (n=93) katılmıyorum % 17,7 (n=20) yüksek bulundu (**p=0,015**).

Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş sağlığımı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 90,3 (n=102) katılmıyorum % 9,7 (n=11), sigara içenlerde katılıyorum % 26,5 (n=30) katılmıyorum % 73,5 (n=83) yüksek bulundu (**p<0,001**). Sigara içmeyenlerde “ağız ve diş tedavim tamamlandığında mutlu hissederim” ifadesine katılıyorum seçeneği işaretleyenler % 96,5 (n=109) katılmıyorum % 3,5 (n=4), sigara içenlerde katılıyorum % 88,5 (n=100) katılmıyorum % 11,5 (n=13) yüksek bulundu (**p=0,023**) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre AST-Ö Maddelerinin Karşılaştırılması

		Kontrol %(n=113)	Vaka %(n=113)	p
Dişlerimin beyaz olmasını arzu ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	6,2 (7) 93,8 (106)	12,4 (14) 87,6 (99)	0,109
Dişlerimi aşındıran yiyecek veya içeceklerden uzak dururum.	Katılmıyorum Katılıyorum	14,2 (16) 85,8 (97)	26,5 (30) 73,5 (83)	0,021
Dişlerimi vücudumdaki diğer organlarım kadar önemserim	Katılmıyorum Katılıyorum	1,8 (2) 98,2 (111)	11,5 (13) 88,5 (100)	0,003
Diş ipi kullanmak ağız ve diş sağlığımı korumaya yardımcı olur.	Katılmıyorum Katılıyorum	13,3 (15) 86,7 (98)	16,8 (19) 83,2 (94)	0,457
Dişlerimden birini bile kaybetmek beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	3,5 (4) 96,5 (109)	10,6 (12) 89,4 (101)	0,038
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeni çıkan ürünler dikkatimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	15,9 (18) 84,1 (95)	31,0 (35) 69,0 (78)	0,008
İyi bir gülümseme için ağız ve diş sağlığı önemlidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,0 (9) 92,0 (104)	11,5 (13) 88,5 (100)	0,369
Başkalarının dişlerim hakkında ne düşündüğünü önemserim	Katılmıyorum Katılıyorum	22,1 (25) 77,9 (88)	14,2 (16) 85,8 (97)	0,120
Dişlerimi fırçalamak beni rahatlatır.	Katılmıyorum Katılıyorum	7,1 (8) 92,9 (105)	17,7 (20) 82,3 (93)	0,015
Şaka da olsa, dişlerimle dalga geçilmesi beni üzer.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,5 (13) 88,5 (100)	15,9 (18) 84,1 (95)	0,334
Dişlerimde renklenmeye neden olan yiyecek veya içecekleri aşırı tüketmekten kaçınırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	15,0 (17) 85,0 (96)	31,0 (35) 69,0 (78)	0,004
Gülümsediğimde dişlerimi başkalarına göstermek hoşuma gider.	Katılmıyorum Katılıyorum	27,4 (31) 72,6 (82)	28,3 (32) 71,7 (81)	0,882

Dişlerimin / dişetlerimin sağlıklı olması beni mutlu hissettirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	5,3 (6) 94,7 (107)	9,7 (11) 90,3 (102)	0,207
Dişeti sağlığı için belirli zamanlarda diş taşı temizliği yaptırmak gereklidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,0 (9) 92,0 (104)	15,9 (18) 84,1 (95)	0,065
Diş fırçamın seçiminde fırça kıllarının sertlik, yumuşaklık ve şekil gibi özelliklerine dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,8 (10) 91,2 (103)	13,3 (15) 86,7 (98)	0,289
Estetik açıdan dişlerimin düzgün dizilimde olmasını arzu ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	7,1 (8) 92,9 (105)	7,1 (8) 92,9 (105)	0,984
Ağız ve diş sağlığı problemlerim beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	4,4 (5) 95,6 (108)	9,7 (11) 90,3 (102)	0,120
Şekerli gıdalardan uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	Katılmıyorum Katılıyorum	17,7 (20) 82,3 (93)	23,9 (27) 76,1 (86)	0,251
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili ürünlerin tanıtım veya reklamları ilgimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	18,6 (21) 81,4 (92)	34,5 (39) 65,5 (74)	0,007
Ağız ve diş sorunları yaşamamak için ağız ve diş bakımına dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,8 (10) 91,2 (103)	12,4 (14) 87,6 (99)	0,388
Diş fırçamı yılda en az bir kez değiştirmeye özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,8 (10) 91,2 (103)	15,0 (17) 85,0 (96)	0,151
Dişlerimi fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullanmada istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	22,1 (25) 77,9 (88)	33,6 (38) 66,4 (75)	0,054
Aşırı sıcak / soğuk yiyecek veya içeceklerden uzak dururum, çünkü dişlerime zarar vereceğini düşünürüm.	Katılmıyorum Katılıyorum	13,3 (15) 86,7 (98)	23,9 (27) 76,1 (86)	0,040
Medyada ağız ve diş sağlığı ile ilgili program, haber, etkinlik vs. ilgimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	20,4 (23) 79,6 (90)	27,4 (31) 72,6 (82)	0,212
Başkaları gülümsediğinde onların dişlerinin estetik görünümü dikkatimi çeker.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,8 (10) 91,2 (103)	20,4 (23) 79,6 (90)	0,014
Başkalarının dişlerinin benim dişlerimden daha güzel olmasını kıskanırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	61,1 (69) 38,9 (44)	47,8 (54) 52,2 (59)	0,045
Diş çürümesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak durmaya çalışırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	12,4 (14) 87,6 (99)	23,0 (26) 77,0 (87)	0,036
Diş macunumun içeriğini kontrol ederek seçerim.	Katılmıyorum Katılıyorum	16,8 (19) 83,2 (94)	23,0 (26) 77,0 (87)	0,244
Ağız kokusu olmaması için ağız ve diş sağlığıma özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	4,4 (5) 95,6 (108)	10,6 (12) 89,4 (101)	0,077
Ağız ve diş sağlığı kontrolü için düzenli periyotlarda diş hekimine gitmede istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,0 (9) 92,0 (104)	20,4 (23) 79,6 (90)	0,008

Ağız ve diş bakımı genel vücut sağlığım için önemlidir.	Katılmıyorum Katılıyorum	5,3 (6) 94,7 (107)	8,0 (9) 92,0 (104)	0,423
Ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim ve seminerlere katılmada istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	27,4 (31) 72,6 (82)	32,7 (37) 67,3 (76)	0,384
Dişlerimde renklenme olması beni endişelendirir.	Katılmıyorum Katılıyorum	8,0 (9) 92,0 (104)	13,3 (15) 86,7 (98)	0,195
Dişlerimi güçlendiren besinleri tüketmeye dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,5 (13) 88,5 (100)	21,2 (24) 78,8 (89)	0,048
Dişlerimin doğal ve estetik görünümü benim için önemlidir	Katılmıyorum Katılıyorum	4,4 (5) 95,6 (108)	13,3 (15) 86,7 (98)	0,019
Sert kabuklu yiyecekleri dişlerimle kırmaktan kaçınırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	11,5 (13) 88,5 (100)	15,9 (18) 84,1 (95)	0,334
Dişlerimi günde en az iki kez fırçalamaya dikkat ederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	9,7 (11) 90,3 (102)	23,9 (27) 76,1 (86)	0,004
Ağız ve diş sağlığımı korumak için gerekli bilgileri öğrenmede istekliyim.	Katılmıyorum Katılıyorum	7,1 (8) 92,9 (105)	17,7 (20) 82,3 (93)	0,015
Ağız ve diş sağlığımı korumak için sigara içmemeye özen gösteririm.	Katılmıyorum Katılıyorum	9,7 (11) 90,3 (102)	73,5 (83) 26,5 (30)	<0,001
Ağız ve diş tedavim tamamlandığında mutlu hissederim.	Katılmıyorum Katılıyorum	3,5 (4) 96,5 (109)	11,5 (13) 88,5 (100)	0,023
Ağız ve diş sağlığım için belirli zamanlarda ağız gargarası kullanırım.	Katılmıyorum Katılıyorum	17,7 (20) 82,3 (93)	28,3 (32) 71,7 (81)	0,058
Toplam		100 (113)	100 (113)	

#: frekans, p: Ki-Kare Testi

AST-Ö ve alt boyutlarının toplam puanları, sosyodemografik özelliklere göre incelendiğinde duyarlılık alt boyutu toplam puanı 40 yaş ve altının 52 (47-56), 40 yaş üstünün 48,5 (43-54) bulundu (**p=0,006**). 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzerinin AST-Ö ve diğer alt ölçekleri toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$). Kadınların duyarlılık, önem, zararlı unsurlardan kaçınma ve farkındalık alt boyutları toplam puanı ile AST-Ö toplam puanı, erkeklerinkinden yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,002**, **p=0,036**, **p=0,006**, **p=0,012** ve **p=0,003**).

Kadınlar ile erkeklerin ürün ve faaliyetlere eğilim ve sosyal etki alt boyutlarının toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$). Bekarların duyarlılık, önem, ürün ve faaliyetlere eğilim, farkındalık ve sosyal etki alt boyutlarının toplam puanı ile AST-Ö toplam puanı, evlilerden yüksek bulundu (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,010**, **p= 0,016**, **p= 0,001**, **p=0,025** ve **p=0,001**). Evli ile bekarların zararlı unsurlardan kaçınma alt boyutu toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$).

Üniversite ve üzeri olanların duyarlılık, önem ve farkındalık alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanı, lise ve altından yüksek bulundu (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,002**, **p=0,013** ve **p=0,014**). Lise ve altı ile üniversite ve üzerinin zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$).

Çalışanlar ile çalışmayanların, köy, kasaba, ilçe ile ilde oturanların AST-Ö ve alt boyutlarının toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$). Geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların duyarlılık ve farkındalık alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanları, geliri giderinden az olanlarınkine göre yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,013**, **p=0,007** ve **p=0,025**).

Geliri giderinden az olanlar ile geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olmayanların duyarlılık ve farkındalık alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanları, kronik hastalığı olanlardan yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,008**, **p=0,018** ve **0,038**). Kronik hastalığı olanlar ile olmayanların önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$).

Düzenli ilaç kullanmayanların duyarlılık ve farkındalık alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanları, düzenli ilaç kullananlardan yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,002**, **p=0,001** ve **p=0,007**). Düzenli ilaç kullananlar ile kullanmayanların önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. AST-Ö Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerleri

	Ortanca (%25-%75)						
	Duyarlılık	Önem	Zararlı unsurlardan kaçınma	Ürün ve faaliyetlere eğilim	Farkındalık	Sosyal etki	AST-Ö toplam
Yaş							
40 yaş ve altı	52 (47-56)	25 (23-28)	24 (21-28)	20 (17-24)	23 (20-26)	14 (12-16)	159 (141-172)
40 yaş üzeri	48,5 (43-54)	24,5 (22-27)	24 (20-27)	19 (16-22)	22 (19-25)	13 (11-15)	153 (134,5-165,5)
p	0,006	0,052	0,529	0,089	0,507	0,363	0,077
Cinsiyet							
Kadın	52 (47-56)	26 (23-28)	25 (21-29)	20 (17-24)	24 (20-26)	14 (12-16)	161 (143-176)
Erkek	48 (44-54)	25 (22-28)	23 (19-27)	19 (16-22)	22 (19-24)	13 (11-15)	152 (134-164)
p	0,002	0,036	0,006	0,074	0,012	0,123	0,003
Medeni durum							
Evli	49 (43-54)	25 (22-28)	24 (20-27)	19 (16-22)	22 (19-25)	13 (11-15)	152 (134-166)
Bekar	53 (48-56)	26 (24-28)	25 (21-28)	21 (18-25)	24 (21-26,5)	14,5 (13-16)	162 (148-175)
p	<0,001	0,010	0,143	0,016	0,001	0,025	0,001
Eğitim durumu							
Lise ve altı	48 (43-53)	24 (22-27)	24 (20-27)	19,5 (17-23)	22 (19-25)	14 (12-16)	152,5 (135-165)
Üniversite ve üzeri	53 (48-56)	26 (24-28)	24 (21-28)	20 (17-23)	23 (20-27)	13 (11-16)	160,5 (143,5-173,5)
p	<0,001	0,002	0,360	0,377	0,013	0,408	0,014
Çalışma durumu							
Çalışmıyor	50 (43-56)	25 (22-28)	24 (21-28)	20 (16-23)	23 (19-26)	13 (12-16)	155 (134-174)
Çalışıyor	51 (46-55)	25 (23-28)	24 (20-28)	20 (17-23)	23 (20-25)	3 (12-16)	157 (140-168)
p	0,396	0,361	0,612	0,927	0,811	0,795	0,695
Yaşadığı yer							
Köy-kasaba-ilçe	50 (45-54)	25 (23-28)	25 (19-28)	19 (17-23)	22 (18-26)	13 (12-15)	156 (134-169)
İl	51 (45-55)	25 (23-28)	24 (21-27)	20 (16-23)	23 (20-25)	13 (12-16)	157 (140-169)
p	0,614	0,896	0,641	0,706	0,154	0,861	0,741
Gelir durumu							
Geliri giderinden az	48 (39-54)	24 (20-28)	23 (19-27)	19 (16-23)	20 (17-25)	13 (12-16)	143,5 (129-167)
Geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla	51 (46,5-55,5)	25 (23-28)	25 (21-28)	20 (17-23)	23 (20-25,5)	14 (11,5-16)	159 (143,5-170)
p	0,013	0,054	0,194	0,352	0,007	0,606	0,025

Kronik hastalık							
Var	48 (41-54)	25 (21-27)	23,5 (20-27)	19 (16-23)	21 (18-24)	13 (12-15)	152 (129-167)
Yok	51 (47-55,5)	25 (23-28)	24,5 (21-28)	20 (17-23)	23 (20-26)	14 (11,5-16)	159 (142-169,5)
p	0,008	0,226	0,171	0,405	0,018	0,426	0,038
İlaç kullanımı							
Evet	47 (40-54)	24 (21-27)	24 (19-27)	19 (16-22)	20 (18-23)	13 (11-15)	145 (125-163)
Hayır	51 (46,5-56)	25 (23-28)	24 (21-28)	20 (17-23)	23 (20-26)	14 (12-16)	159 (143-169,5)
p	0,002	0,076	0,201	0,086	0,001	0,272	0,007

#: frekans, p: Mann Whitney U Testi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği

Sigara kullanım durumuna göre AST-Ö ve alt boyutları toplam puanları değerlendirildi. Sigara içenlerin duyarlılık, önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim ve farkındalık alt boyutları toplam puanları, sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,024$, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Sigara içenler ile içmeyenlerin sosyal etki alt boyutu toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Sigara Kullanımının AST-Ö ve Alt Boyutları Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Ortanca (%25-%75)	Sigara içme durumu		
	Vaka (n=113)	Kontrol (n=113)	p
Duyarlılık	48 (42-54)	52 (48-56)	<0,001
Önem	21 (21-28)	26 (24-28)	0,002
Zararlı unsurlardan kaçınma	22 (18-26)	26 (23-29)	<0,001
Ürün ve faaliyetlere eğilim	19 (16-22)	20 (18-23)	0,024
Farkındalık	21 (18-24)	24 (20-26)	<0,001
Sosyal etki	13 (12-16)	13 (12-15)	0,777
AST-Ö	148 (130-164)	162 (148-173)	<0,001

#: frekans, p: Mann Whitney U Testi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği

Sigara içenlerde sigara içmenin ağız sağlığına etkisi var diyenler ile yok diyenlerin duyarlılık, önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim, farkındalık ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$). Sigara içmeyenlerde sigara içmenin ağız sağlığına etkisi var diyenler ile yok diyenlerin duyarlılık,

önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim, farkındalık ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanları benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Sigara Kullanımının Ağız Sağlığına Etkisi Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Sorusuna Cevaplarının AST-Ö ve Alt Boyutları Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Ortanca (%25-%75)	Vaka (n=113)			Kontrol (n=113)		
	Sigara içmenin ağız sağlığına etkisi			Sigara içmenin ağız sağlığına etkisi		
	Var	Yok	p	Var	Yok	p
Duyarlılık	48 (43-54)	46 (37-53)	0,332	52 (48-56)	46 (40-56)	0,134
Önem	25 (21-28)	22 (19-25)	0,184	26 (24-28)	24 (23-28)	0,350
Zararlı unsurlardan kaçınma	22 (19-26)	19 (17-24)	0,223	26 (23-29)	20 (17-27)	0,081
Ürün ve faaliyetlere eğilim	19 (15-23)	18 (16-19)	0,398	20 (18-23)	21 (17-24)	0,858
Farkındalık	21 (18-25)	20 (17-23)	0,398	24 (21-26)	23 (18-28)	0,523
Sosyal etki	13,5 (12-16)	13 (10-16)	0,672	13 (12-15)	12 (10-17)	0,615
AST-Ö	149 (131-164)	143 (116-161)	0,328	162 (149-273)	147 (129-276)	0,192

%, frekans, p: Mann Whitney U Testi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ASDA toplam değerleri arasındaki ilişki incelendi. 40 yaş üzeri olanların ASDA toplam puanı, 40 yaş ve altı olanlardan yüksek bulundu ($p=0,002$). Erkeklerin ASDA toplam puanı, kadınlardan yüksek bulundu ($p=0,002$). Evli olanların ASDA toplam puanı, bekarlardan yüksek bulundu ($p<0,001$). Lise ve altı olanların ASDA toplam puanı, üniversite ve üzeri olanlardan yüksek bulundu ($p<0,001$). İşçi ve diğer meslek grubundan çalışanların ASDA toplam puanı, memurlardan yüksek bulundu. Çalışmayanlar ile memur ve işçi ve diğer grupta çalışanların ASDA toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$). Köy, kasaba ve ilçede yaşayanların ASDA toplam puanı, ilde yaşayanlardan yüksek bulundu ($p=0,048$).

Geliri giderinden az ve ya geliri giderine eşit olanların ASDA toplam puanı, geliri giderinden fazla olanlardan yüksek bulundu ($p=0,047$). Kronik hastalığı olanların ASDA toplam puanı, kronik hastalığı olmayanlardan yüksek bulundu ($p=0,002$). Düzenli ilaç kullananların ASDA toplam puanı, düzenli ilaç kullanmayanlardan yüksek bulundu ($p=0,001$). Sigara içenlerin ASDA toplam puanı, sigara içmeyenlerden yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile ASDA Toplam Değerleri Arasındaki İlişki

	Ortanca (%25-%75)	p
Yaş		0,002
40 yaş ve altı	3 (2-5)	
40 yaş üzeri	4 (2-6)	
Cinsiyet		0,002
Kadın	3 (1-4)	
Erkek	4 (2-6)	
Medeni durum		<0,001
Evli	4 (2-6)	
Bekar	2 (1-4)	
Eğitim durumu		<0,001
Lise ve altı	4 (3-6)	
Üniversite ve üzeri	2 (1-4)	
Çalışma durumu		0,001*
Çalışmıyor	3 (2-5)	
Memur	2 (1-4) ^a	
İşçi ve diğer	4 (2,5-5,5) ^b	
Yaşadığı yer		0,048
Köy-kasaba-ilçe	4 (2-6)	
İl	3 (2-5)	
Gelir durumu		0,047
Geliri giderinden az ve ya geliri giderine eşit	4 (2-5)	
Geliri giderinden fazla	3 (1-4)	
Kronik hastalık		0,002
Var	4 (2-7)	
Yok	3 (2-5)	
İlaç kullanımı		0,001
Evet	4 (2-7)	
Hayır	3 (2-5)	
Sigara içme durumu		<0,001
Evet	4 (3-6)	
Hayır	2 (1-4)	

=: frekans, p: Mann Whitney U Testi, *: Kruskal Wallis Testi, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

Sigara içen ve içmeyen katılımcıların ASDA toplam puanları, sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldı. 40 yaş üzeri olanların sigara içen ve içmeyenlerde ASDA toplam puanı, 40 yaş ve altı olanlardan yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,008** ve **p=0,044**). Sigara içen erkeklerin ASDA toplam puanı, kadınlardan yüksek bulunurken (**p=0,021**), sigara içmeyenlerde kadınlar ile erkeklerin ASDA toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$). Evli olanların sigara içen ve içmeyenlerde ASDA toplam puanı, bekarlardan yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,001** ve **p=0,009**).

Lise ve altı olanların sigara içen ve içmeyenlerde ASDA toplam puanı, üniversite ve üzeri olanlardan yüksek bulundu (sırasıyla **p=0,023** ve **p<0,001**). Sigara içen çalışmayan ile çalışanlarda ASDA toplam puanı benzer bulunurken ($p>0,05$), sigara içmeyen çalışmayanlarda ASDA toplam puanı, çalışanlardan yüksek bulundu (**p=0,026**). Sigara içen köy, kasaba ve ilçede yaşayanlar ile ilde yaşayanlarda ASDA toplam puanı benzer bulunurken ($p>0,05$), sigara içmeyen köy, kasaba ve ilçede yaşayanlarda ASDA toplam puanı, ilde yaşayanlardan yüksek bulundu (**p=0,018**).

Sigara içen düzenli ilaç kullananların ASDA toplam puanı, düzenli ilaç kullanmayanlardan yüksek bulunurken (**p=0,039**), sigara içmeyenlerde düzenli ilaç kullananlarla kullanmayanların ASDA toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$). Sigara içenlerin gelir durumu ve kronik hastalık durumu ile sigara içmeyenlerin gelir durumu ve kronik hastalık durumu ASDA toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Sigara İçen ve İçmeyen Katılımcıların ASDA Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Ortanca (%25-%75)	Vaka (n=113)	Kontrol (n=113)
Yaş		
40 yaş ve altı (n=122)	4 (3-5)	2 (0-3)
40 yaş üzeri (n=104)	5 (4-7)	3 (1-4)
p	0,008	0,044
Cinsiyet		
Kadın (n=107)	4 (2-5)	2 (1-4)
Erkek (n=119)	5 (3-7)	2 (0-3)
p	0,021	0,122
Medeni durum		
Evli (n=154)	5 (3,5-7)	3 (1-4)
Bekar (n=72)	4 (2-5)	2 (0-3)
p	0,001	0,009
Eğitim durumu		
Lise ve altı (n=130)	5 (3-7)	3 (2-5)
Üniversite ve üzeri (n=96)	4 (3-5)	2 (0-3)
p	0,023	<0,001
Çalışma durumu		
Çalışmıyor (n=79)	5 (3-6)	3 (2-4)
Çalışıyor (n=147)	4 (3-6)	2 (0-3)
P	0,723	0,026
Yaşadığı yer		
Köy-kasaba-ilçe (n=53)	5 (3-7)	3 (2-5)
İl (n=173)	4 (3-6)	2 (1-3)
p	0,366	0,018
Gelir durumu		
Geliri giderinden az (n=58)	5 (2-7)	3 (1-4)
Geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla (n=168)	4 (3-6)	2 (1-3)
p	0,843	0,130
Kronik hastalık		
Var (n=70)	5 (3-7)	3 (1-4)
Yok (n=156)	4 (3-5)	2 (1-3)
p	0,101	0,275
İlaç kullanımı		
Evet (n=50)	5 (4-7)	3 (1-5)
Hayır (n=176)	4 (3-6)	2 (1-3)
p	0,039	0,109

%, frekans, p: Mann Whitney U Testi

Sigara içenlerle içmeyenlerin ASDA parametreleri arasındaki ilişki incelendi. Sigara içenlerin dil, diş etleri ve dokular, tükürük, doğal diş, takma diş, ağız temizliği ve diş ağrısı alt parametreleri toplam puanı ile ASDA toplam puanı, sigara içmeyenlerden yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,004$ ve $p<0,001$). Sigara içenler ile içmeyenlerin dudaklar alt parametresi toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sigara İçenlerle İçmeyenlerin ASDA Parametreleri Arasındaki İlişki

ASDA	Vaka (n=113)		Kontrol (n=113)		p
	Ortanca (%25-%75)	Ortalama±SH	Ortanca (%25-%75)	Ortalama±SH	
Dudaklar	1 (0-1)	0,59±0,05	0 (0-1)	0,46±0,05	0,096
Dil	1 (0-1)	0,57±0,05	0 (0-0)	0,22±0,04	<0,001
Diş etleri ve dokular	1 (0-1)	0,81±0,06	0 (0-1)	0,50±0,06	<0,001
Tükürük	0 (0-1)	0,35±0,05	0 (0-0)	0,10±0,03	<0,001
Doğal diş	1 (0-1)	0,89±0,07	0 (0-1)	0,44±0,06	<0,001
Takma diş	0 (0-0)	0,20±0,04	0 (0-0)	0,04±0,02	0,001
Ağız temizliği	1 (1-1)	1,06±0,06	0 (0-1)	0,51±0,06	<0,001
Diş ağrısı	0 (0-1)	0,31±0,05	0 (0-0)	0,15±0,04	0,004
Toplam	4 (3-6)	4,78±0,23	2 (1-4)	2,42±0,19	<0,001

#: frekans, p: Mann Whitney U Testi, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

Sigara içen katılımcıların AST-Ö ve ASDA toplam puanları paket/yıl'a göre değerlendirildi. 10-20 paket/yıl sigara içenlerin duyarlılık ve önem alt boyutu toplam puanı, 20 paket/yıl'dan fazla sigara içenlerden yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,020$ ve $p=0,009$). 10-20 paket/yıl sigara içenler ile 20 paket/yıl'dan fazla sigara içenlerin zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim, farkındalık ve sosyal etki alt boyutları toplam puanları ve AST-Ö toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$).

Ağız muayenesinde 20 paket/yıldan fazla sigara içenlerin dil, tükürük, doğal diş, takma diş, ağız temizliği ve diş ağrısı alt parametreleri toplam puanları ve ASDA toplam puanı, 10-20 paket/yıl'dan fazla sigara içenlerden yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,013$, $p=0,022$, $p=0,007$, $p=0,009$, $p=0,036$ ve $p<0,001$). 10-20 paket/yıl sigara içenler ile 20 paket/yıl'dan

fazla sigara içenlerin dudaklar ve diş etleri ve dokular alt parametreleri toplam puanı benzer bulundu ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Sigara İçen Katılımcıların AST-Ö ve ASDA Toplam Puanlarının Paket/Yıl'a Göre Değerlendirilmesi

Ortanca (%25- %75)	Paket/yıl				p
	10-20 paket/yıl (n=51)		20 paket/yıl'dan fazla (n=62)		
Duyarlılık	50 (44-54)		46 (40-52)		0,020
Önem	25 (23-28)		24 (20-26)		0,009
Zararlı unsurlardan kaçınma	22 (18-26)		22 (18-26)		0,675
Ürün ve faaliyetlere eğilim	19 (16-23)		19 (15-22)		0,652
Farkındalık	22 (18-25)		21 (18-24)		0,463
Sosyal etki	14 (12-16)		13 (11-15)		0,254
AST-Ö	152 (134-164)		141 (122-164)		0,118
	Ortanca (%25-%75)	Ortalama±SH	Ortanca (%25-%75)	Ortalama±SH	
Dudaklar	0 (0-1)	0,49±0,07	1 (0-1)	0,68±0,08	0,131
Dil	0 (0-1)	0,39±0,07	1 (0-1)	0,71±0,07	0,002
Diş etleri ve dokular	1 (0-1)	0,69±0,09	1 (1-1)	0,90±0,08	0,055
Tükürük	0 (0-0)	0,22±0,06	0 (0-1)	0,45±0,07	0,013
Doğal diş	1 (0-1)	0,73±0,10	1 (1-2)	1,03±0,09	0,022
Takma diş	0 (0-0)	0,08±0,04	0 (0-1)	0,31±0,07	0,007
Ağız temizliği	1 (0-1)	0,88±0,09	1 (1-2)	1,21±0,08	0,009
Diş ağrısı	0 (0-0)	0,20±0,06	0 (0-1)	0,40±0,07	0,036
ASDA	4 (2-5)	3,67±0,26	5 (4-7)	5,69±0,32	<0,001

%, frekans, p: Mann Whitney U Testi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

AST-Ö ve alt boyutları toplam puanları ile ASDA toplam puanları arasında korelasyon analizi yapıldı. ASDA ile duyarlılık, önem, zararlı unsurlardan kaçınma, ürün ve faaliyetlere eğilim, farkındalık ve sosyal etki alt boyutları ve AST-Ö arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17. AST-Ö Puanları ile ASDA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

	ASDA	
	r	p
Duyarlılık alt boyutu	-0,527	<0,001
Önem alt boyutu	-0,445	<0,001
Zararlı unsurlardan kaçınma alt boyutu	-0,464	<0,001
Ürün ve faaliyetlere eğilim alt boyutu	-0,325	<0,001
Farkındalık alt boyutu	-0,508	<0,001
Sosyal etki alt boyutu	-0,212	0,001
AST-Ö	-0,522	<0,001

p: Spearman korelasyon analizi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

Katılımcıların yaş, paket/yıl, eğitim durumu ile AST-Ö ve alt boyutları toplam puanları ve ASDA ve alt parametreleri toplam puanları arasında korelasyon analizi yapıldı. Yaş ile paket/yıl arasında pozitif yönde korelasyon tespit edildi (**p<0,001**). Yaş ile eğitim durumu, duyarlılık ve önem alt boyutları arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,003** ve **p=0,038**). Yaş ile dil, diş etleri ve dokular, tükürük, takma diş ve diş ağrısı alt parametreleri ve ASDA arasında pozitif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,016**, **p=0,007**, **p<0,001**, **p=0,028** ve **p<0,001**). Paket/yıl ile eğitim durumu, duyarlılık ve önem alt boyutları ve AST-Ö arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,001**, **p=0,001** ve **p=0,033**). Paket/yıl ile dil, tükürük, doğal diş, takma diş ve ağız temizliği alt parametreleri ve ASDA arasında pozitif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p=0,003**, **p=0,013**, **p=0,017**, **p<0,001**, **p=0,018** ve **p<0,001**). Eğitim durumu ile duyarlılık, önem ve farkındalık alt boyutları ve AST-Ö arasında pozitif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,001**, **p=0,005** ve **p=0,004**). Eğitim durumu ile dudaklar, dil, diş etleri ve dokular, tükürük, takma diş, ağız temizliği ve diş ağrısı alt parametreleri ve ASDA arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,010**, **p<0,001**, **p=0,015**, **p=0,030**, **p<0,001**, **p=0,046** ve **p<0,001**) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Yaş, Paket/Yıl, Eğitim Durumu, AST-Ö Puanları ve ASDA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

	Yaş		Paket/yıl		Eğitim durumu	
	r	p	r	p	r	p
Yaş	1	.				
Paket/yıl	0,584	<0,001	1	.		
Eğitim durumu	-0,328	<0,001	-0,339	<0,001	1	.
Duyarlılık alt boyutu	-0,198	0,003	-0,299	0,001	0,290	<0,001
Önem alt boyutu	-0,138	0,038	-0,299	0,001	0,219	0,001
Zararlı unsurlardan kaçınma alt boyutu	-0,050	0,452	-0,064	0,501	0,078	0,241
Ürün ve faaliyetlere eğilim alt boyutu	-0,130	0,051	-0,067	0,478	0,058	0,382
Farkındalık boyutu	-0,049	0,464	-0,107	0,260	0,188	0,005
Sosyal etki alt boyutu	-0,043	0,523	-0,137	0,149	0,006	0,932
AST-Ö	-0,130	0,051	-0,200	0,033	0,192	0,004
Dudaklar	0,073	0,272	0,042	0,657	-0,313	<0,001
Dil	0,275	<0,001	0,276	0,003	-0,172	0,010
Diş etleri ve dokular	0,160	0,016	0,175	0,064	-0,268	<0,001
Tükürük	0,181	0,007	0,232	0,013	-0,162	0,015
Doğal diş	0,031	0,644	0,224	0,017	-0,129	0,053
Takma diş	0,315	<0,001	0,336	<0,001	-0,144	0,030
Ağız temizliği	0,097	0,147	0,221	0,018	-0,278	<0,001
Diş ağrısı	0,146	0,028	0,139	0,141	-0,133	0,046
ASDA	0,245	<0,001	0,379	<0,001	-0,372	<0,001

p: Spearman korelasyon analizi, AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı

AST-Ö toplam puanları ve ASDA toplam puanları ile yaş, paket/yıl ve eğitim durumu arasındaki lineer regresyon analizi incelendi. Yaşın, AST-Ö değişkenlerini anlamlı olarak %2,5 düzeyde yordadığı belirlendi. Yaşın 1 birim artması AST-Ö toplam puanını 0,07 birim azaltmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,025). Paket/yıl'ın AST-Ö değişkenlerini anlamlı olarak %4,7 düzeyde yordadığı belirlendi. Paket/yıl'ın 1 birim artması AST-Ö toplam puanını 0,135 birim azaltmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,047). Eğitim durumunun AST-Ö değişkenlerini anlamlı olarak %3,6 düzeyde yordadığı belirlendi. Eğitim durumunun 1 birim artması AST-Ö toplam puanını 0,008 birim artırmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,036).

Yaşın ASDA değişkenlerini anlamlı olarak %6,4 düzeyde yordadığı belirlendi. Yaşın 1 birim artması ASDA toplam puanını 1,202 birim artırmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,064). Paket/yıl'ın ASDA değişkenlerini anlamlı olarak %16,4 düzeyde yordadığı belirlendi. Paket/yıl'ın 1 birim artması ASDA toplam puanını 3,189 birim artırmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,164). Eğitim durumunun ASDA değişkenlerini anlamlı olarak %11,4 düzeyde yordadığı belirlendi. Eğitim durumunun 1 birim artması ASDA toplam puanını 0,155 birim azaltmaktadır (Düzeltilmiş R kare: 0,114) (Tablo 19).

Tablo 19. AST-Ö Puanları ve ASDA Puanları ile Yaş, Paket/Yıl ve Eğitim Durumu Arasındaki Lineer Regresyon Analizi

	Yaş		Paket/yıl		Eğitim durumu	
	Sabit	AST-Ö	Sabit	AST-Ö	Sabit	AST-Ö
β	50,548	-0,07	49,095	-0,135	1,660	0,008
SH	4,504	0,029	8,559	0,058	0,433	0,003
Beta	-	-0,158	-	-0,217	-	0,191
t	11,223	-2,387	5,736	-2,341	3,837	2,908
p	<0,001	0,018	<0,001	0,021	<0,001	0,004
r	-	0,158	-	0,217	-	0,191
r²	-	0,025	-	0,047	-	0,036
	Sabit	ASDA	Sabit	ASDA	Sabit	ASDA
β	35,637	1,202	14,263	3,189	3,458	-0,155
SH	1,353	0,308	3,674	0,684	0,127	0,029
Beta	-	0,253	-	0,405	-	-0,338
t	26,342	3,907	3,882	4,664	27,198	-5,378
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
r	-	0,253	-	0,405	-	0,338
r²	-	0,064	-	0,164	-	0,114

AST-Ö: Ağız ve Diş Sağlığına Yönelik Tutum Ölçeği, ASDA: Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı, Beta: Regresyon katsayısı, t: Serbestlik derecesi, p: Lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

Sunulan bu çalışma, 113 sigara içen ve 113 sigara içmeyen bireylerin ağız ve diş sağlığı tutumları ve ağız içi muayenelerinin değerlendirildiği vaka kontrol çalışmasıdır. Literatürde daha önce bu konu üzerine yapılan vaka kontrol çalışmasına rastlanmamıştır. Yapılan bu çalışmada sigara içmenin ağız sağlığına etkisini tespit etmek amaçlandı. Erkeklerin, kadınlara oranla ağız temizliğine daha az önem verdiği ve ağız hijyenine yönelik tutum ve farkındalıklarının daha düşük olduğu gözlemlendi. Sigara içen bireylerin, içmeyenlere göre dil, diş, diş etleri ve ağız temizliğinin daha kötü olduğu, ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara içen bireylerde, erkek, evli, eğitim düzeyi düşük olanların ağız hijyenine dikkat etmediği ve ağız içi muayenelerinin kötü olduğu gözlemlendi. Sigara içen bireylerde 40 yaş üzeri olanların, ilaç kullanımı olanların ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu görüldü. Ayrıca yaş, paket yıl sayısı arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça kişilerin ağız sağlığına verdikleri önemin düşük olduğu ve ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu belirlendi.

Turgut ve ark.'nın Elazığ'da lise ve dengi okul öğretmenlerine uyguladığı sigara anketi sonucunda sigaraya başlama yaşı 15-25 yıl aralığında bulunmuştur [56]. Lynch ve ark.'nın madde bağımlılığında cinsiyet farklılıklarının biyolojik temelini araştırdığı çalışmada da sigaraya başlama yaşı benzer bulunmuştur [57]. Sunulan çalışmada katılımcıların sigara içenlerin sigaraya başlama yaşı 16 yıl, günlük içtikleri sigara sayısı 20 adet bulundu. Bireylerin ortalama 20 yıldır sigara içtiği ve 24 paket/yıl'a denk geldiği tespit edildi. Sunulan çalışma ile literatürdeki çalışmaların sigara başlama yaşı olarak birbirine benzer olduğu görüldü.

Davis ve ark.'nın diş kaybının duygusal etkilerini gösteren anket çalışmalarında katılımcıların %45 civarı diş kaybını kabul etmekte zorluk yaşadığını ifade etmiştir [58]. Sunulan çalışmada sigara içmeyenlerde diş kaybına endişelenenlerin oranı % 96,5, sigara içenlerden % 89,4 yüksek bulundu. Yapılan bir çalışmada diş kaybının yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmış, diş kaybı bireyin genel sağlık durumunu ve görünüşünü etkilemekle birlikte yaşam kalitesinde de bozulmaya sebep olmuştur [59]. Naito ve ark.'nın yaptığı çalışmada ağız ve diş sağlığının bireyin olumlu beden algısı oluşturmasını, yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu yakından etkilediği bildirilmiştir [60]. Sunulan çalışmada sigara içmeyenlerde, ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığına etkisi olduğunu düşünenlerin oranı % 94,7, sigara içenlerle % 92,0 benzer bulundu.

Khami ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınların (%81,2), erkeklerden (%71,4) daha sık dişlerini fırçaladığı görülmüştür [61]. Sunulan çalışmada diş fırçalama sıklığı kadınlarda %86, erkeklerde %80,7 olarak benzer bulundu. Ağadayı ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise sigara kullananlarla kullanmayanlar arasında dişlerini fırçalama sıklıkları açısından fark saptanmamıştır [62]. MacGregor'ın 128 kişi üzerinde yaptığı çalışmada sigara kullanan grupla sigara kullanmayan grup arasında diş fırçalama sıklığı açısından fark bulunamamış fakat sigara kullanan grubun diş fırçalama süresi, sigara kullanmayan gruba göre daha kısa bulunmuştur [63]. Tanner ve ark.'nın yaptığı anket çalışmasında, sigara içme ile diş fırçalama sıklığı arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir [64]. Sunulan çalışmada diş fırçalama sıklığı sigara içmeyenlerde, sigara içenlere göre yüksek bulundu. Sigara içenlerin ağız sağlığına verdikleri önemin az olmasından olabilir.

Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerden 2 kat fazla gargara kullandığı belirtilmiştir [65]. Sunulan bu çalışmada ağız gargarası kullanım sıklığı kadınlarda %76,6, erkeklerde %77,3 olarak benzer bulunmuştur. Ayrıca sigara içmeyenlerle, içenler arasında da benzer sonuç bulunmuştur.

Naito ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ağız ve diş sağlığının bireyin konuşmasını, sosyal hayatını sürdürebilmesini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir [60]. Sunulan çalışmada sosyal etki alt boyutu puanı arttıkça, ağız içi durumun daha iyi olduğu görüldü. Buna dayanarak kişilerin ağız diş sağlığının, sosyal yaşantıları ile ilişkisi olduğu söylenebilir.

Markowitz K ve ark.'nın yaptığı çalışmada aşındırıcı diş macunlarının kullanımı ve agresif ağız hijyenin diş kaybına neden olabileceği söylenmiştir [66]. Sunulan çalışmada sigara içmeyen bireylerde diş macununun içeriğini kontrol edenler %83,2 iken, sigara içenlerde %77,0 benzer bulunmuştur.

Bloom ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada sigara içenlerin son 6 ay içinde diş hekimi muayenesi olma oranı, içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur [67]. Sunulan çalışmada sigara içmeyenlerde diş hekimine düzenli kontrole gidenlerin oranı, sigara içenlere göre yüksek bulundu. Sigara içmeyen bireylerin düzeli olarak kontrollerini yaptırması, ağız sağlığına verdiği önemi göstermektedir.

Yapılan bir araştırmada düşük gelirli gençlerin çok miktarda ucuz şekerli gıda tükettiği ve yüksek gelirli bireylerin tükettiği sebze ve meyve türü sağlıklı gıdalara erişiminin daha zor

olduğu bu durumun diş çürüğünü artırdığı vurgulanmıştır [68]. Sunulan çalışmada sigara içmeyenlerde diş çürümesine neden olan yiyecek veya içeceklerden uzak duranların oranı, sigara içenlere göre yüksek bulunmuştur. Sigara içmeyen bireylerin ağız hijyeni ve gıda tüketimi konusunda daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Londero ve ark.'nın yaptığı çalışmada diş eti iltihabının tek başına diş fırçalamayla önemli ölçüde azaltılabildiği; diş fırçalama diş ipi ile birleştirildiğinde etkinin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir [69]. Yapılan başka bir çalışmada da diş ipi ürününün tümü manuel diş fırçasıyla birlikte kullanıldığında plakları tek başına diş fırçasına göre önemli ölçüde daha iyi giderdiği belirlenmiştir [70]. Sunulan çalışmada diş fırçalamanın yanında diş ipini de düzenli kullananları oranı, kadınlarda erkeklere oranla yüksek bulunurken, sigara içmeyenler ile içenler arasında benzer sonuç bulundu.

Gökalp ve ark.'nın yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla ağız ve diş sağlığı problemlerine sahip olduğunu bildirilmiştir [71]. Sunulan çalışmanın sonuçlarına göre kadınların ağız diş sağlığına yönelik tutumlarının ve ağız sağlığı seviyelerinin erkeklerden daha iyi olduğu görüldü. Bunun nedeni kadınların ağız kokusu gibi estetik kaygılara daha fazla önem vermeleri, günlük bakım alışkanlıkları, diş ve diş eti sağlığına daha fazla önem vermeleri olabilir.

Petersen ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığının ağız diş sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir [72]. Sunulan çalışmada kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan kişilerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu görüldü. Kronik hastalığı olan bireylerin yorgunluk ve fiziksel kısıtlanma nedeniyle ağız temizliği alışkanlıklarını aksatması bu duruma yol açabilir.

Sreedevi ve ark.'nın yaptığı çalışmada periodontal hastalığı olan bireylerde sigara kullanan ve kullanmayan grup arasında yaşları açısından fark bulunamamıştır [73]. Hugo ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşın diş kaybını etkileyen faktör olduğu saptanmıştır [74]. Öztürk ve ark.'nın yaptığı çalışmada artan yaşın diş kaybı ve kısmi dişsizlikle anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur [75]. Sunulan çalışmada sigara içenlerde 40 yaş ve altı olanların, 40 yaş üzeri olanlara göre, bekarların, evlilere göre, ağız içi durumlarının daha iyi olduğu görüldü. Yaş ile takma diş muayene puanı arasında yapılan korelasyon analizinde yaş arttıkça takma dişlerde daha fazla yıpranma ve kayıp olduğu gözlemlendi. Daha genç ve bekar kişiler estetik kaygılara önem verip, sosyal ilişkilerde olumlu bir görünüm sergilemek için ağız sağlığına daha fazla

önem veriyor olabilirler. Ayrıca bu durum yaş ilerledikçe diş kaybının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Krall ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim durumu açısından sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında fark yoktur [76]. Aguilar-Zinser ve ark.'nın diş kaybı ile ilgili yaptığı çalışmada halen sigara kullanan ve sigara kullanmayanların eğitim durumu açısından fark bulunamamıştır [77]. Gomes ve ark.'nın 2015 yılında yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin ağız diş sağlığını etkilediğini gösterilmiştir [78]. Sunulan çalışmada sigara içen hastalarda eğitim seviyesi yüksek kişilerin, eğitim seviyesi düşük kişilere göre ağız sağlığı seviyelerinin daha iyi olduğu görüldü. Elde edilen bu verilere göre eğitim seviyesinin arttıkça, sağlığa verilen önemin arttığı ve bu kişilerin tütün ürünlerinin zararlı etkilerine karşı daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Jamieson ve ark.'nın yaptığı çalışmada gelir düzeyi düşük kişilerin ağız ve diş sağlığının daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır [79]. Yine yapılan başka bir çalışmada gelir düzeyinin düşüklüğüyle periodontal hastalık arasında ilişki bulunmuştur [80]. Sunulan çalışmada geliri giderinden fazla olan kişilerin, geliri giderine eşit ve daha az olanlara göre ağız sağlığının daha iyi olduğu ve diş etlerinin daha sağlıklı olduğu gözlenmiştir. Sigara içenlerde sonuçlar benzer bulunmuştur. Ekonomik durumun iyileşmesiyle diş tedavilerine erişim konusunda kişilerin daha rahat erişebildiği söylenebilir, ancak ekonomik durumu iyi olmasına rağmen sigara içen bireylerin ağız hijyenini daha az önemseydiği söylenebilir.

Okamoto ve ark.'nın 30-39 yaş grubu hastalarda yaptığı prospektif çalışmada, sigara kullananların kayıp diş sayısı, sigara kullanmayanlara göre fazla bulunmuştur [81]. Albandar ve ark.'nın yaptığı kesitsel çalışmada sigara kullananların, sigara kullanmayanlara göre daha fazla eksik dişi olduğu saptanmıştır [82]. Sunulan çalışmada sigara kullananların, kullanmayanlara göre çürük ve kayıp diş sayısının fazla olduğu ve ağız içi hijyeninin daha kötü olduğu görüldü.

Simila ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara kullanım miktarı (paket yıl) ve sigara kullanım süresi (yıl) arttıkça kayıp diş sayısının da artacağı tespit edilmiştir [83]. Sunulan çalışmada paket/yıl sayısı arttıkça dişlerdeki çürük, yıpranma ve kaybın arttığı, bireylerin dişlerini korumaya yönelik tutumlarının azaldığı görüldü. Morse ve ark.'nın yaptığı çalışmada da günde 15 adet ve daha fazla sigara kullanan hastaların günde 15 adetten daha az sigara kullanan hastalara göre daha fazla sayıda diş kaybı yaşadığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sigara kullanma süresinin artmasıyla daha fazla diş kaybı yaşandığı saptanmıştır [84]. Sunulan

çalışmada 20 paket/yıl ve üzeri sigara içenlerin, 10-20 paket/yıl sigara içenlere göre, ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu ve dişlerdeki çürük, yıpranma ve kaybın arttığı görüldü. Sigaraya olan maruziyet süresi arttıkça diş çürüğünün, ağrısının ve diş kaybının arttığı söylenebilir.

Ford ve Rich' in 2021 yılında yaptığı çalışmada, tütün kullanımının oral duruma etkileri değerlendirilmiş olup, sigara kullanımının ağız kanserleri, periodontitis, periimplantitis, çürük, alveolar osteitis ve ağız kokusu riskini arttırdığı gösterilmiştir [85]. Khan ve ark.' nın yaptığı çalışmada sigara içenlerin periodontal hastalık prevalansının arttığı gözlenmiştir [86]. Yapılan başka bir çalışmada çeşitli formlardaki periodontal hastalıkların prevalansı ve şiddeti sigara içenlerde, içmeyenlere göre daha yüksek olduğu, sigara içenlerin ağız kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu, tütün kullanımının bırakılmasının periodontal hastalıkların ilerlemesinin durması ve periodontal tedavinin sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur [87]. Sunulan çalışmada sigara içenlerin diş etlerinin daha sağlıklı olduğu ve ağız temizliğinin daha zayıf olduğu gözlenmiştir. Sigara etkisiyle diş etlerinin daha hassas, ağrılı ve kanamalı olduğu söylenebilir. Aynı zamanda sigara ağız içerisinde plak ve tartar oluşumunu hızlandırarak halitozise neden olduğu söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada tütün kullanımını dil kanseri riskini arttırdığını, dilin yapısında bozulmalara sebep olduğu görülmüştür [88]. Sunulan çalışmada sigara içenlerin dillerinde yarık, paslanma ve lekenin içmeyenlere göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Sigara içen bireylerin dillerinde yarık, leke ve ülser oluşumu, kanser oluşumuna zemin hazırlayabilir.

Taybos'un yaptığı çalışmada tütün kullanımının oral dokuların epitelini etkileyerek yüzeylerinde bozulmalara sebep olduğunu, bu değişikliklerin pigmentasyon artışından epitelin kalınlaşmasına kadar değişebileceğini söylemiştir. Tütün kullanımı aynı zamanda sert damakta bulunan küçük tükürük bezlerini de tahriş edebilir ve kişinin periodontal hastalık ve ağız kanseri riskini doğrudan arttırabildiğini söylemiştir [89]. Sunulan çalışmada sigara içenlerin tükürüğünün içmeyenlere göre daha az, koyu, yapışkan olduğu ve ağız içerisinde kuru olduğu gözlenmiştir. Sigaranın tükürük miktarını azaltarak ağız içerisinde periodontitis gibi çeşitli hastalıklara zemin hazırladığı söylenebilir.

Sigara içen bireylerin dudak yapısı daha kuru, çatlak olmakla birlikte içmeyen grupla aralarında fark görülmedi.

Yapılan bu çalışmada bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Tütün kullanımı ile ilgili sorulara verilen yanıtlarda kişiler çekingen tavır göstererek eksik bilgi vermiş olabilirler. Anket çalışması gönüllülük prensibine dayandığı için yoğun tütün kullanıcıları ve eğitim seviyesi düşük kişiler çalışmaya katılmaktan kaçınmış olabilir. Ülkemizde ve dünyada sigara kullanımı ve ağız sağlığı tutumu ile ilgili çalışma bulunmaması, verilerimizi tartışmakta kısıtlılığa sebep olmuştur.

Çalışmada sigara içen hastaların yanında kontrol grubunun da alınmış olması ve literatürde ağız ve diş sağlığı tutumları ile ağız içi muayenelerinin karşılaştırıldığı ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yönleridir.

Sigara kullanımının ağız diş sağlığını olumsuz yönde etkilediği görüldü. Sigara içenlerde ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız içi muayenelerinin içmeyenlere göre daha kötü olduğu görüldü. Sigara kullanan, erkek, evli, eğitim seviyesi düşük bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara kullanan, ileri yaş ve ilaç kullanan bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara içilen paket/yıl sayısı arttıkça ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu görüldü. Erkeklerin ağız sağlığına yönelik tutumlarının ve farkındalıklarının kadınlara göre daha düşük seviyede olduğu görüldü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma Konya Şehir Hastanesi'nde 1 Şubat 2024 - 1 Nisan 2024 tarihleri arasında çalışma için onamı alınmış 18 yaşında ve büyük, sigara bırakma polikliniğine başvuran sigara içen 113 hasta ve aile hekimiği polikliniğine rutin izlemler için başvuran benzer sosyodemografik özelliklere sahip 113 sağlıklı birey ile yüz yüze görüşülerek yapıldı. Toplam 226 katılımcı ile tamamlandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, AST-Ö, ASDA incelenerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Sigara içenlerin (n=113) yaşı $38,8 \pm 1,2$ yıl, sigara içmeyenlerin (n=113) yaşı $41,1 \pm 1,1$ yıl bulundu ($p > 0,05$).
2. Katılımcıların sigara içenlerin sigaraya başlama yaşı ortalaması 16 yıl, günlük içtikleri sigara adedi 20 olarak bulundu. Bireyler ortalama 20 yıldır sigara içiyor ve ortalama 24 paket/yıla tekabül ettiği tespit edildi.
3. Erkeklerin, kadınlara oranla AST-Ö puanlarının daha düşük ($p=0,003$), ASDA puanının daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,002$).
4. Sigara içen bireylerde 40 yaş üstünde ($p=0,008$), erkeklerde ($p=0,021$), evlilerde ($p=0,001$), ve ilaç kullananlarda ($p=0,039$), ASDA puanının yüksek olduğu görüldü.
5. Sigara içen bireylerde ASDA puanının; kronik hastalık, çalışma durumu, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklerde benzer olduğu görüldü ($p > 0,05$).
6. Sigara içen gruptaki bireylerin eğitim seviyesi oranları birbirine yakın bulunurken, sigara içmeyen kontrol grubunun eğitim seviyesi %51,3 ile üniversite ve üzeri olarak bulunmuştur. Katılımcıların üniversite ve üzerindeki AST-Ö puanı, lise ve altındakilere göre yüksek bulundu ($p=0,014$).
7. Sigara içen bireylerde üniversite ve üzeri olanların ASDA puanı, lise ve altındakilere göre düşük bulundu ($p=0,023$).
8. Sigara içen bireylerde geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az ve eşit olanlar ile ASDA puanı benzer bulundu ($p > 0,05$). Toplam katılımcılardan geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az ve eşit olanlara göre ASDA puanları düşük bulundu ($p=0,047$).

9. Katılımcıların AST-Ö ve alt boyutlarının puanları ile ASDA puanları arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde fark olduğu görüldü ($p<0,001$). Ağız sağlığına yönelik tutum ve farkındalıkları arttıkça ağız sağlığı seviyelerinin arttığı görüldü

10. Sigara içenlerin 20 paket/yıl ve üzeri olanların ağız ve diş sağlığı tutumları, 10-20 paket/yıl içenlerle benzer bulunurken ($p>0,05$), ASDA puanının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

11. Yaş ve paket/yıl ile ASDA puanı arasında yapılan korelasyon analizinde negatif yönde fark olduğu görüldü ($p<0,001$). Paket/yıl ile AST-Ö puanı arasında yapılan korelasyon analizinde paket/yıl sayısı arttıkça AST-Ö puanının düştüğü görüldü ($p=0,033$).

12. Sigara içenlerin dil, diş etleri ve dokular, tükürük, ağız temizliği açısından, sigara içmeyenlere göre ASDA puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$).

13. Sigara içenlerin doğal diş ($p<0,001$), takma diş ($p=0,001$) ve diş ağrısı ($p=0,004$) açısından, sigara içmeyenlere göre ASDA puanlarının yüksek olduğu görüldü.

14. Sigara içenlerle, içmeyenlerin arasında dudak muayenesi açısından anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda sigara kullanımının ağız diş sağlığını olumsuz yönde etkilediği görüldü. Erkeklerin, kadınlara oranla ağız temizliğine daha az önem verdiği ve ağız hijyenine yönelik tutum ve farkındalıklarının daha düşük olduğu gözlemlendi. Sigara içenlerde ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız içi muayenelerinin içmeyenlere göre kötü olduğu görüldü. Sigara kullanan, erkek, evli, eğitim seviyesi düşük bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara kullanan, ileri yaş ve ilaç kullanan bireylerin ağız içi muayenelerinin daha kötü olduğu saptandı. Sigara içilen paket/yıl sayısı arttıkça ağız diş sağlığı tutumlarının ve ağız içi durumlarının daha kötü olduğu görüldü.

Aile hekimleri, ağız ve diş sağlığını koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sunarak hastaların genel sağlık durumunu iyileştirebilir. Aile hekimleri sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve sigara bırakmanın önemini vurgularken, ağız diş sağlığı konusunda sağlıklı beslenme, şekerli asitli gıdalardan kaçınma, diş fırçalama, diş ipi kullanma, düzenli diş hekimi kontrolleri konusunda danışmalık hizmeti vermelidir. Hastalar gerektiğinde uygun uzmanlık alanlarına yönlendirilmelidir. Ağız ve diş sağlığı sorunlarının erken teşhisi komplikasyonların önüne geçebilir. Böylece toplumun genel sağlık bilinci ve ağız hijyeni konusunda farkındalığı artırılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Organization W H , WHO report on the global tobacco epidemic protect people from tobacco smoke, 2023. Erişim tarihi: [22.04.2024] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
2. Rigotti NA and Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *European Heart Journal*, 2013; 34(42):3259-3267.
3. González-Valero L, Montiel-Company J M, Bellot-Arcís, Almerich-Torres, Iranzo-Cortés J E, et al. Association between passive tobacco exposure and caries in children and adolescents. A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 2018; 13(8): 0202497.
4. Khan G J, Mehmood R, Marwat FM, Salah D, Rehman J, et al. Secretion of calcium in the saliva of long-term tobacco users. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 2005; 17(4): 60-62.
5. Tan AŞ, Memiş AA, Aldemir M, Yılmaz İ, Kartal H, et al. Türkiye endüstri bitkileri genetik kaynakları. *Anadolu Ege Tarımsal Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 2016; 26(1): 28-45.
6. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2016; 4(1): 27-31.
7. Şahin G and Taşlıgil N, Türkiye’de tütün (nicotiana tabacum l.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turque. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 2014; 18(30): 71-102.
8. Mu, Gerçekten Şeytan Otu, Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri. 2016; 4(1): 22-26.
9. Elbek O, Kılınç O, Salepci B, Bostan P, Çetinkaya PD, et al. Tobacco control in Turkey in the light of the global adult tobacco survey. *Turkish Thoracic Journal*, 2021; 22(1): 90.
10. Hall MG, Ribisl KM and Brewer NT. Smokers’ and nonsmokers’ beliefs about harmful tobacco constituents: implications for FDA communication efforts. *Nicotine Tobacco Research*, 2014; 16(3): 343-350.
11. Pesen SF, Karadoğan S and Akbulut A. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontrol Politikalarına Genel Bir Bakış. *Turkey Health Literacy Journal*, 2021; 2(3): 191-196.
12. Dursun R, Durmuş H, Balcı E, Deniz Y, Köylüce N, et al. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun 1985–2019 Yılları Arasındaki Değişimi. *KSU Medical Journal*, 2023; 18(1), 85-92.
13. Behr J and Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. *World*, 2002; 58(44): 1-20.
14. Örsel O. Tütün içeriği, farmakokinetiği ve tütün ürünleri. *Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları*. İstanbul: Aves Yayıncılık, 2010; 10: 137.
15. Dede C and Çınar N. Çevresel sigara dumanı ve çocuk sağlığı. *Duzce Medical Journal*, 2016; 18(2): 69-72.
16. Organization, W H World Health Statistics Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals, 2021. Erişim tarihi [18.03.2024] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
17. Creamer MR, Wang TW, Babb S, Cullen KA, Day H, et al. Tobacco product use and cessation indicators among adults—United States, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2019; 68(45): 1013.
18. Doğanay S, Sözmén K, Kalaça S and Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor?. *Turkish Journal of Public Health*, 2012; 10(2): 93-115.
19. Bireylerin tütün mamulü kullanma durumu, 2010-2022. Erişim tarihi [27.03.2024] Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.
20. Organization W H, WHO report on the global tobacco epidemic, the MPOWER package. *World Health Organization* 2008. Erişim tarihi [18.03.2024] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596282>
21. Cigan SS, Murphy SE, Stram DO, Hecht SS, Marchand LL, et al. Association of urinary biomarkers of smoking-related toxicants with lung cancer incidence in smokers: The Multiethnic Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers Prevention*, 2023; 32(3), 306-314.
22. Okutan O and Çalışkan T. Sigara ile ilişkili interstisyel akciğer hastalıkları. *Solunum Dergisi*, 2011; 13(3): 131-139.

23. Grippi MA, Elias JA, Fishman JA, Pack AI, Senior RM, et al. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*, 2-Volume Set. McGraw Hill Professional, 2015.
24. Onor ICO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, et al. Clinical effects of cigarette smoking: epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017; 14(10): 1147.
25. Benowitz, Neal L and Brunetta PG. Smoking hazards and cessation. *Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine*. WB Saunders, 2016; 807-821.
26. Köktürk N, Öztürk C and Kırıçoğlu CE, *Sigara ve Akciğer Kanseri*, 2003; 5(3): 139-145.
27. Harris KK, Zopey M, and Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nature Reviews Endocrinology*, 2016; 12(5): 299-308.
28. Kumar H, Behura SS, Ramachandra S, Nishat R, Dash KC, et al. Oral health knowledge, attitude, and practices among dental and medical students in Eastern India—A comparative study. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 2017; 7(1), 58-63.
29. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British Dental Journal*, 2016; 221(12): 792-793.
30. Petersen PE. Tobacco and oral health--the role of the world health organization. *Oral Health Preventive Dentistry*, 2003; 1(4): 309-315.
31. Hajifattahi F, Azarshab M, Haghgoo R and Lesan S. Evaluation of the relationship between passive smoking and oral pigmentation in children. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran)*, 2010; 7(3): 119.
32. Sridharan S, Ganiger K, Satyanarayana A, Rahul A, Shetty S. Effect of environmental tobacco smoke from smoker parents on gingival pigmentation in children and young adults: a cross-sectional study. *Journal of Periodontology*, 2011; 82(7), 956-962.
33. Mavropoulos A, Aars H, and Brodin P. Hyperaemic response to cigarette smoking in healthy gingiva. *Journal of Clinical Periodontology*, 2003; 30(3): 214-221.
34. Alkan EA, Dikilitaş A, Alkan Ö, Parlar A. Sigara ve periodontal hastalık ilişkisi. *Acta Odontologica Turcica*, 2013; 30(1), 49-53.
35. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *International Journal of Health Sciences*, 2017; 11(2): 72.
36. Shchipkova AY, Nagaraja HN, Kumar PS. Subgingival microbial profiles of smokers with periodontitis. *Journal of Dental Research*, 2010; 89(11), 1247-1253.
37. Moravej-Salehi E, Moravej-Salehi E and Hajifattahi F. Passive smoking: Oral and dental effects. *Iranian Journal of Public Health*, 2015; 44(4): 600.
38. Islam B, Khan SN and Khan AU. Dental caries: from infection to prevention. *Medical Science Monitor*, 2007; 13(11): ra196.
39. Kaewkamnerdpong I and Krisdapong S. The associations of school oral health-related environments with oral health behaviours and dental caries in children. *Caries Research*, 2018; 52(1-2): 166-175.
40. Jiang X, Jiang X, Wang Y and Huang R. Correlation between tobacco smoking and dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Induced Diseases*, 2019; 17: 34.
41. Ren W, Xun Z, Wang Z, Zhang Q and Liu X, et al. Tongue coating and the salivary microbial communities vary in children with halitosis. *Scientific Reports*, 2016; 6(1): 24481.
42. Lee DS, Kim M, Nam SH, Kang MS and Lee SA et al. Effects of oral probiotics on subjective halitosis, oral health, and psychosocial health of college students: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(3): 1143.
43. Boysen T, Friborg J, Andersen A, Nilsson Poulsen G, Wohlfahrt J, et al. The Inuit cancer pattern the influence of migration. *International Journal of Cancer*, 2008; 122(11): 2568-2572.
44. Rad M, Kakoie S, Brojeni FN and Pourdamanhet N et al. Effect of long-term smoking on whole-mouth salivary flow rate and oral health. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 2010; 4(4): 110.
45. Gurvitsand GE and Tan A. Black hairy tongue syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2014; 20(31): 10845.
46. Dos Santos and RB and Katz J, Nicotinic stomatitis: Positive correlation with heat in maté tea drinks and smoking. *Quintessence International*, 2009; 40(7): 537-540.

47. Sood S, O'Hara J, and Quraishi MS. The significance of oral leukoplakia. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 2002; 10(2): 80-84.
48. Öztürk B, Coşkun U, Yaman E, Kaya AO, Yıldız R, et al. Oral kavite kanserlerinde risk faktörleri, premalign lezyonlar ve kemoprevensiyon. *Uhod*, 2009; 19(2), 118.
49. Gajendra S, McIntosh S and Ghosh S. Effects of tobacco product use on oral health and the role of oral healthcare providers in cessation: A narrative review. *Tobacco Induced Diseases*, 2023; 21: 12.
50. Deveci H and Çankal DAU. Ağız kanserleri ve diş hekimlerinin rolü. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 2019; 11(1): 78-84.
51. Madani AH, Jahromi AS, Madhurima Dikshit MD and Debanshu DB Bhaduri. Risk assessment of tobacco types and oral cancer. *American Journal of Pharmacology and Toxicology*, 2010; 5(1): 9-13.
52. Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. *Head Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 2007; 29(8): 779-792.
53. Warnakulasuriya K, Johnson NW, Linklater KM and Bellet J, et al. Cancer of mouth, pharynx and nasopharynx in Asian and Chinese immigrants resident in Thames regions. *Oral Oncology*, 1999; 35(5): 471-475.
54. Scully C, Field J and Tanzawa H. Genetic aberrations in oral or head and neck squamous cell carcinoma (SCCHN): 1. Carcinogen metabolism, DNA repair and cell cycle control. *Oral Oncology*, 2000; 36(3): 256-263.
55. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC and Carter KD. The oral health assessment tool validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 2005; 50(3): 191-199.
56. Turgut T, Deveci F, Altuntaş E and Muz MH. Elazığ'da lise ve dengi okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. 2001; 3(4): 295-299.
57. Lynch WJ, Roth ME and Carroll ME. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 2002; 164: 121-137.
58. Davis DM, Fiske J, Scott B and Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *British Dental Journal*, 2000; 188(9): 503-506.
59. Saintrain MVL and De Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*, 2012; 29(2): e632-e636.
60. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, et al. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *Journal of Oral Science*, 2006; 48(1): 1-7.
61. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M and Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students 1. *European Journal of Dental Education*, 2007; 11(1): 42-47.
62. Ağadayı E, Aydın S, Karaca SN, Küçükceran H and Teker B. Kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve davranışları. *Türk Aile Hekimleri Derg.* 2018; 22 (4): 193-201.
63. Macgregor I. Toothbrushing efficiency in smokers and non-smokers. *Journal of Clinical Periodontology*, 1984; 11(5): 313-320.
64. Tanner T, Kämppi A, Päckilä J, Järvelin MR, Patinen P, et al. Association of smoking and snuffing with dental caries occurrence in a young male population in Finland: a cross-sectional study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2014; 72(8): 1017-1024.
65. Ashwath B, Vijayalakshmi R, and Malini S. Self-perceived halitosis and oral hygiene habits among undergraduate dental students. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 2014; 18(3): 357-360.
66. Markowitz K and Pashley DH. Discovering new treatments for sensitive teeth: the long path from biology to therapy. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2008; 35(4): 300-315.
67. Bloom B, Simile CM, Adams PF and Cohen RA. Oral health status and access to oral health care for US adults aged 18-64: National Health Interview Survey. *Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey*, 2012; (253): 1-22.
68. Halder S, Kaul R, Angrish P, Saha S, Bhattacharya B et al. Association between obesity and oral health status in schoolchildren: a survey in five districts of West Bengal, India. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2018; 11(3): 233.
69. Londero AB, Reiniger APP, Tavares RCR, Ferreira CM, Wikesjö UME et al. Efficacy of dental floss in the management of gingival health: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Oral Investigations*, 2022; 26(8): 5273-5280.

70. Terézhalmy GT, Bartizek RD and Biesbrock AR. Plaque-removal efficacy of four types of dental floss. *Journal of Periodontology*, 2008; 79(2): 245-251.
71. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A and Ünlüer S. Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg*, 2007; 31(4), 11-18.
72. PE Petersen. The global burden of oral diseases and risk to oral health. *Bull WHO* 83, 2005; 641-720.
73. Sreedevi M, Ramesh A and Dwarakanath C. Periodontal status in smokers and nonsmokers: a clinical, microbiological, and histopathological study. *International Journal of Dentistry*, 2012; (1), 571590.
74. Hugo FN, Hilgert JB, Sousa MLR, Da Silva DD and Pucca GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(3):224-32.
75. Oyar P, ozturk C, Can G, Altinci P and Erse D. Yetişkin bireylerde yaş ve cinsiyet ile ilişkili diş kaybı ve parsiyel dişsizlik. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2019; 10(2), 156-162.
76. Elizabeth AK, Thomas D, Martha EN and Raul IG, Risk of Tooth Loss After Cigarette Smoking Cessation. *Centers for Disease Control and Prevention*, 2006; 3(4), 1-8.
77. Aguilar-Zinser V, Irigoyen ME, Rivera G, Maupomé G, Sánchez-Pérez L, et al. Cigarette smoking and dental caries among professional truck drivers in Mexico. *Caries Research*, 2008; 42(4): 255-262.
78. Gomes APM, Silva da EG, Gonçalves SHF, Huhtala MFRL, Martinho FC et al. Relationship between patient's education level and knowledge on oral health preventive measures. *International Dental & Medical Journal of Advanced Research*, 2015; 1(1): 1-7.
79. Jamieson LM, Mejía GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF Risk factors for impaired oral health among 18-to 34-year-old Australians. *Journal of Public Health Dentistry*, 2010; 70(2): 115-123.
80. Shin BM, Ryu JI, Sheiham A, Do LG and Jung SH. Which life course model better explains the association between socioeconomic position and periodontal health? *Journal of Clinical Periodontology*, 2015; 42(3), 213-220.
81. Okamoto Y, Tsuboi S, Suzuki S, Nakagaki H, Ogura Y et al. Effects of smoking and drinking habits on the incidence of periodontal disease and tooth loss among Japanese males: a 4-yr longitudinal study. *Journal of Periodontal Research*, 2006; 41(6): 560-566.
82. Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR and Winn DM. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *Journal of Periodontology*, 2000; 71(12): 1874-1881.
83. Similä T and Virtanen JI. Association between smoking intensity and duration and tooth loss among Finnish middle-aged adults: The Northern Finland Birth Cohort 1966 Project. *BMC Public Health*, 2015; 15: 1-8.
84. Morse DE, Avlund K, Christensen LB, Fiehn NE, Molbo D et al. Smoking and drinking as risk indicators for tooth loss in middle-aged Danes. *Journal of Aging and Health*, 2014; 26(1): 54-71.
85. Ford PJ and Rich AM, Tobacco use and oral health. *Addiction*, 2021; 116(12): 3531-3540.
86. Khan S, Khalid T, and Awan KH. Chronic periodontitis and smoking Prevalence and dose-response relationship. *Saudi Medical Journal*, 2016; 37(8): 889.
87. Sham ASK, Cheung LK, Jin LJ and Corbet EF. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Medical Journal*, 2003; 9(4): 271-277.
88. Rao D and Desai P. Risk assessment of tobacco, alcohol and diet in cancers of base tongue and oral tongue--a case control study. *Indian Journal of Cancer*, 1998; 35(2): 65-72.
89. Taybos G. Oral changes associated with tobacco use. *The American Journal of the Medical Sciences*, 2003; 326(4): 179-182.