



Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı



**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE DENTAL
ŞİKAYETLE BAŞVURAN HASTALARA
KARŞI AİLE HEKİMLERİNİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BETÜL KARAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Melike YURTTAŞ

KÜTAHYA-2024

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE DENTAL ŞİKAYETLE
BAŞVURAN HASTALARA KARŞI AİLE HEKİMLERİNİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dt. Betül KARAGÖZ

Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Melike YURTTAŞ

KÜTAHYA-2024

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ VE ÇENE RADYOLOJİSİ UZMANLIK EĞİTİM PROGRAMI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE DENTAL ŞİKAYETLE
BAŞVURAN HASTALARA KARŞI AİLE HEKİMLERİNİN
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dt. Betül KARAGÖZ

Tez Savunma Tarihi: 07.06.2024

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Melike YURTTAŞ
(Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KIRANATLI
(Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Özlem YARBAŞI
(Süleyman Demirel Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından 07.06.2024 tarihinde Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Aile Hekimliği	2
2.2. Diş Çürüğü	2
2.2.1. Diş Çürüğü Etiyolojisi	2
2.2.2. Diş Çürüğünün Neden Olduğu Problemler	3
2.3. Ağrı	3
2.3.1. Akut Ağrı	3
2.3.2. Endodontide Ağrı	4
2.4. Pulpa ve Periapikal Hastalıkların Klinik Sınıflandırılması	4
2.4.1. Pulpa Hastalıkları	5
2.4.1.1. Pulpitisler	5
2.4.1.1.1. Reversible (Geri Dönüşümlü) Pulpitis	5
2.4.1.1.2. İrreversible Pulpitis	6
2.4.1.1.2.1. Semptomatik İrreversible Pulpitis	6
2.4.1.1.2.2. Asemptomatik İrreversible Pulpitis	6
2.4.1.1.3. Nekroz	7
2.5. Oral Mukozada Görülen Bazı Lezyonlar	7
2.5.1. İnfeksiyöz Lezyonlar	8
2.5.1.1. Kandidiazis	8
2.5.1.1.1. Psödomembranöz Kandidiazis	9
2.5.1.1.2. Eritematöz (Atrofik) Kandidiazis	9
2.5.1.1.3. Kronik Hiperplastik Kandidiazis	9
2.5.1.1.4. Anguler Şelitis	10
2.5.1.1.5. Santral Papiller Atrofi (Medyan Rhomboid Glossit)	10

2.5.1.2. Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları	11
2.5.1.2.1. Rekürrens HSV Enfeksiyonları.....	11
2.5.2. Non-infeksiyöz Lezyonlar	14
2.5.2.1. Rekürrens Aftöz Stomatit.....	14
2.5.2.2. Liken Planus	15
2.5.2.3. Pemfigus	17
2.5.2.4. Mukoz Membran Pemfigoidi	18
2.6. Diş Hekimliğinde Kullanılan İlaçlar	19
2.6.1. Antibiyotik Kullanımı	19
2.6.2. Antienflamatuarlar	19
2.6.3. Ağız Gargaraları	22
2.7. Ağız ve Diş Sağlığına Koruyucu Yaklaşım	23
2.7.1. Diş Fırçalama	23
2.7.2. Arayüz Fırçaları.....	24
2.7.3. Diş ipi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
4. BULGULAR	28
4.1. Hekimlerin Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları	28
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKÇA	53
EKLER	60

TEŞEKKÜR

Eğitim ve tez sürecimde bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyip bana aktaran, her zaman konu ne olursa olsun bana yol gösteren, merhametli ve anaç yaklaşımını benden esirgemeyen, sevgili danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Melike YURTTAŞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyip yardımcı olan çok sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Halil AYYILDIZ'a,

Çocukları olmaktan her zaman gurur duyduğum, kendimi şanslı hissettiğim, her zaman yanımda olup beni destekleyen canım annem Döndü KARAGÖZ'e ve canım babam Rıfat KARAGÖZ'e,

Hayatımın her anında olduğu gibi tez sürecim boyunca da bana yardım eden, tezimin aile hekimlerine ulaştırılmasında büyük emeği geçen, her zaman yanımda olan, benim için bir abiden daha fazlası olan, canım abim Yunus KARAGÖZ'e ve ailemize katılan çok sevdiğim canım ablam Hatice KARAGÖZ'e

Asistanlığın iyi ve zor günlerinde birbirimize destek olduğumuz Dt. Arif TÜRKOĞLU'na, Dt. Selinay SARI'ya ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkür ederim.

Aile Sağlığı Merkezlerine Dental Şikayetle Başvuran Hastalara Karşı Aile Hekimlerinin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

ÖZET

Amaç: Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi ve tutumlarının, hastaların dental Őikayetlerinin daha da kötüleşmemesi, koruyucu hekimliğin uygulanabilmesi ve iş yükü ve ekonomik maliyetin azaltılması açısından önem taşımaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı dental Şikayetle aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalara aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada aile hekimlerine online doldurulan 25 soruluk anket uygulandı. Ankette demografik veriler, dental Şikayetle gelen hastalara hekimlerin reçete ettiği ilaçlar ve reçete etme durumları, hekimlerin kendi ağız-diş sağlığı ile ilgili tutumları ilgili sorular bulunmaktaydı. İstatiksel analizde sayı, yüzde dağılımı, ortalama kullanımı için ki-kare analizi uygulandı.

Bulgular: Ankete katılan aile hekimlerinin %43,8'si (n=170) 31-40 yaş aralığındayken, %50,8'i (n=197) erkekti. Hekimlerin %43,6'sının (n=169) 10 yıl ve üstü mesleki tecrübeye sahip olduğu, %52,1'inin (n=202) pratisyen aile hekimi olduğu saptandı. Hastalar aile hekimlerine en çok ağrı, şişlik ve ağız yarası Şikayetleriyle başvurmaktaydı. (%95,4, %74,7, %50) Aile hekimlerinin hastalara en fazla dental ağrı Şikayetinde antibiyotik reçete ettikleri ve en çok reçete edilen antibiyotik grubunun penisilin olduğu belirlendi. Hekimler ağız içi lezyon ile başvuran hastaları şüphenilen durumlarda en fazla diş hekimliğine (%56,2) yönlendirmekteydi. Ağız içi lezyona neden olabilecek durumların sorgulandığı soruda, hekimlerin çoğunluğu sigara (%92,8), diyabet gibi sistemik hastalıklar (%94,1), yanak ısırma (%91) ve ağız içi protezlerin (%93,3) ağız içi lezyonlara neden olabileceğini belirtti. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%96,2) hastalara ağız hijyenlerini sağlamaları için önerilerde bulunduklarını belirttiler.

Sonuç: Aile hekimlerinin dental Şikayetle başvuran hastalara karşı tutum ve davranışlarının ve kendi oral hijyen seviyelerinin yeterli düzeyde olduğu tespit edildi. Buna rağmen çalışmaya katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğu ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim almalarının farkındalıklarını artıracadıını belirttiler. Tıp fakóltesi müfredatlarında ve aile hekimliği uzmanlık programlarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili konuların üzerinde durulması hekimlerin ağız ve diş sağlığı bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, diş hekimliği, ağız ve diş sağlığı, ağrı, diş ürüğü

Evaluation of Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Behaviors Towards Patients Presenting with Dental Complaints to Family Health Centers

ABSTRACT

Aim: The knowledge and attitudes of family physicians regarding oral and dental health are crucial for preventing the worsening of patients' dental complaints, implementing preventive care, and reducing workload and economic costs. Therefore, this study aims to evaluate family physicians' knowledge, attitudes, and behaviors regarding oral and dental health when patients present to family health centers with dental complaints.

Materials and Methods: A 25-item online questionnaire was administered to family physicians. The survey included questions about demographic data, the medications prescribed for patients with dental complaints, prescription patterns, and physicians' own attitudes toward their oral and dental health. Chi-square analysis was used for statistical evaluation of frequencies, percentage distribution, and mean values.

Results: Among the participating family physicians, 43.8% (n=170) were between the ages of 31-40, and 50.8% (n=197) were male. It was found that 43.6% (n=169) had more than 10 years of professional experience, and 52.1% (n=202) were general practitioners. Patients most frequently presented to family physicians with complaints of pain, swelling, and oral ulcers (95.4%, 74.7%, and 50%, respectively). Family physicians primarily prescribed antibiotics for dental pain complaints, with penicillin being the most commonly prescribed antibiotic group. Physicians referred patients presenting with intraoral lesions to dental specialists in suspected cases (56.2%). In the question regarding conditions that may cause intraoral lesions, the majority of physicians indicated smoking (92.8%), systemic diseases such as diabetes (94.1%), cheek biting (91%), and oral prostheses (93.3%) as potential causes. The vast majority of physicians (96.2%) reported providing recommendations to patients to maintain oral hygiene.

Conclusion: The attitudes and behaviors of family physicians towards patients presenting with dental complaints, as well as their own levels of oral hygiene, were found to be satisfactory. Nevertheless, the majority of family physicians in the study indicated that receiving training on oral and dental health would increase their awareness. Emphasizing oral and dental health topics in medical school curricula and family medicine residency programs may improve physicians' knowledge and awareness in this area.

Keywords: Family medicine, dentistry, oral and dental health, pain, dental caries

SİMGELER VE KISALTMALAR

AA	: Araşidonik Asit
ASM	: Aile Sağlığı Merkezleri
COX	: Siklooksijenaz
COXIB	: Siklooksijenaz-2 non-steroidal antienflamatuar ilaçlar
DİF	: Direkt İmmunofloresan
DİP	: İlaça Bağlı Pemfigus
Dsg	: Desmoglein
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri
ELİSA	: Enzime Bağlı İmmunosorbent Analizleri
HİV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HLA	: İnsan Lökosit Antijenleri
HSV	: Herpes Simleks Virüs
İASP	: Uluslararası Ağrı Çalıştayı Birliği
İİF	: İndirekt İmmunofloresan
İgAP	: İmmünoglobulin-A Pemfigus
LP	: Liken Planus
MMP	: Mukoz Membran Pemfigoidi
NSAİ	: Non-steroidal antienflamatuar ilaçlar
OLP	: Oral liken planus
PF	: Pemfigus foliaceus
PG-G2	: Prostaglandin G2
PG-H2	: Prostaglandin H2
PNP	: Paraneoplastik Pemfigus
PV	: Pemfigus Vulgaris
RAS	: Rekkürrens aftöz stomatit
RHL	: Rekürrens Herpes Labialis
SB	: Sağlık Bakanlığı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Aile hekimlerinin ‘ağız içi lezyon şikâyeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı koyarım’ sorusuna verdiği yanıtlar.....	41
Şekil 2. Aile hekimlerinin dental şikayetle gelen hastalarda ağız içi muayene yaparım sorusuna verdiği yanıtlar	41
Şekil 3. Aile hekimlerinin unvanlara göre düzenli diş hekimi kontrollerine giderim sorusuna yanıtları	42



TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Etiyolojilerine göre oral mukoza lezyonları	8
Tablo 2. Orofaringeal kandida türleri	9
Tablo 3. Herpes simpleks virüsü (HSV) enfeksiyonları için yardımcı tanı teknikleri	11
Tablo 4. Oral HSV enfeksiyonlarının tedavisinde topikal tedaviler	13
Tablo 5. Oral HSV enfeksiyonlarının tedavisi için sistemik tedaviler	13
Tablo 6. Rekürrens aftöz stomatit ile sıklıkla ilişkili etiyolojik faktörler	14
Tablo 7. Rekürrens aftöz stomatitin (RAS) klinik sınıflandırması	15
Tablo 8. Kimyasal yapılarına göre NSAID'ler	22
Tablo 9. Aile hekimlerinin sosyo-demografik verileri	28
Tablo 10. Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlara verdiği cevaplar	30
Tablo 11. Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları	32
Tablo 12. Cinsiyete göre aile hekimlerinin bir günde diş fırçalama sayıları	33
Tablo 13. Aile hekimlerinin cinsiyete ve çocuk sahibi olma durumuna göre diş hekimi kontrollerine gitme durumu	33
Tablo 14. ‘Ağız içi durumlardan hangisinde ağrı kesici reçete edersiniz?’ sorusuna aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre verdiği cevaplar	34
Tablo 15. ‘Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğe yönlendirmeyi tercih edersiniz?’ sorusuna aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre verdiği cevaplar	35
Tablo 16. Aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre ağız ve diş sağlığına yönelik tutumları	36
Tablo 17. Ağız içi durumların hangisinde antibiyotik reçete etmeyi tercih edersiniz? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar	37
Tablo 18. Aşağıdaki durumlardan hangisi ağız içi lezyonlara sebep olabilir? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar	39

Tablo 19. Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğe yönlendirmeyi tercih edersiniz? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar	40
Tablo 20. Ekstraoral şişlikte antibiyotik reçete eden hekimlerin çalışma yıllarına ve unvanlarına göre sıklıkla reçete ettikleri antibiyotik grupları.....	43



1. GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı problemleri dünya genelinde sık karşılaşılan sağlık sorunları arasındadır.¹ Diş çürüğü, dişin sert dokusunda yıkıma neden olan, ilk aşamada bulgu vermeyen, geri dönüşümü olmayan bir hastalık olması ile birlikte, diğer sistemleri de etkilemesi, gerekli korunma önlemleri alınmadığında iş gücü ve maddi kayıplara yol açması nedeniyle halk sağlığı açısından önemli bir sorun arz etmektedir.² Diş çürüğü, konak duyarlılığına bağlı olarak bulaşıcılık göstermektedir.³

Birinci basamak sağlık kurumlarının amacı en hızlı ve etkili şekilde tedaviyi ulaştırmaktır. Ağız ve diş sağlığının korunmasında aile hekimliği etkili olmaktadır.⁴ Aile hekimliği ülkemizde birinci basamak hizmet sunduğu için hastaların ilk başvurduğu kurum olmaktadır. Diş ağrısı, yüz bölgesinde şişlik, dişeti kanaması gibi dental şikayetleri olan hastaların da ülkemizde sıklıkla aile hekimine başvurduğu bilinmektedir. Bu nedenlerden dolayı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkında genel bilgi seviyelerinin, koruyucu uygulama önerileri verebilecek ve gerekli durumlarda diş hekimine yönlendirebilecek seviyede olması önem arz etmektedir. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin iyileştirilmesinde diş hekimlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunan diğer hekimlere de önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları hastalarına yol gösterebilmek açısından büyük önem taşımaktadır.⁵

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

Ülkemizde sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi adına Sağlıkta Dönüşüm Programı süreci başlatılmıştır. Bu programın ilk basamağı Aile Hekimliği'dir. Ülkemizde "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile Aile hekimliği pilot uygulaması 2006 yılında Düzce ilinde başlatılmış ve 2011 yılında ülke çapında aile hekimliği sistemine geçiş yapılmıştır.⁶ Aile hekimliği yıllardır farklı ülkelerde ve farklı şekillerde uygulanan bir sistem olarak göze çarpmaktadır. Sağlık politikaları ve sağlık sistemleri o ülkenin Aile Hekimliği uygulamasını etkilemektedir. Ükelere göre aile hekimlerinin görev tanımları da farklılık göstermektedir.^{7, 8} Ülkemizde Türkiye modeli adı altında geliştirilmiştir.⁶ Gelişmiş ülkelerde aile hekimliği için mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi şartı gerekmektedir.⁹ Ülkemizde bu şart tam olarak uygulanamamaktadır. Bu şart yerine ülkemizde uzmanlık eğitimi almayan hekimlere "geçiş dönemi eğitimi" planlanmıştır.

"Aile Hekimliği" birinci basamak yönelimli uzmanlık dalıdır. 1983 yılında uzmanlık tüzüğüne alınmış ve ayrı bir disiplin olarak tanımlanmıştır. Bu sayede aile hekimliği uzmanlığının altyapısı oluşturulmuştur. Uzmanlık eğitimleri 1985 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde, 1995 yılından itibaren de üniversitelerde verilmeye başlanmıştır. Ancak saha eğitimi bölümü, üçüncü basamak hastanelerde veya buralara bağlı semt polikliniklerinde, aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yürütülmeye çalışılmaktadır.¹⁰

Ülkemizde çıkarılan yönetmeliklere göre aile hekimi, birinci basamak hizmet veren hekim olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimleri bireylerin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlerdir.⁶

2.2. Diş Çürüğü

Diş çürüğü, diş yapısı, diş yüzeyinde oluşan mikrobiyal ve şekerler ile tükürük ve genetik etkiler arasındaki etkileşimler sonucu oluşmaktadır.¹¹ Ağızdaki bakterilerin karbonhidratları parçalaması sonucu, diş dokusuna zarar veren birçok asit üretilir. Bu organik asitler ortam pH'sini düşürerek diş dokularında demineralizasyona yol açmaktadır. Kalsiyum fosfat ve florid demineralizasyonu ilk

safhalarda remineralizasyonla geri dönebilmektedir. Asidik pH'ye uzun süre maruz kalınması diş yüzeyinde geri dönüşümsüz mineral kaybı ve kavitasyon oluşturabilmektedir. Çürük süreci, iç içe geçmiş demineralizasyon ve remineralizasyon periyotlarından oluşmaktadır. Kısa süre içinde demineralizasyon gerçekleştiği takdirde dişlerde çürük lezyonları görülür.¹²

Çürük lezyonlarının meydana gelmesinde ağız hijyeni, beslenme, yaş, tükürük, cinsiyet, dişin morfolojisi, diş fırçalama alışkanlığı, bireylerin sosyokültürel seviyesi gibi birçok faktörün ikincil olarak etkisi vardır.¹³ Diş çürüğü önlenabilir bir hastalıktır.¹⁴Toplunun genelinde görülen bu sağlık sorunun yayılmasını önlemek için korunma bilincini yaygınlaştırmak ve en uygun tedaviyi uygulamak gerekmektedir.¹⁵

2.2.1. Diş Çürüğü Etiyolojisi

Diş çürüğü karyojenik bakteri, bakterilerin yaşaması ve çürüğe neden olmasını sağlayan substrat (besin şekerleri) ile konakçı faktörler (diş, tükürük) arasındaki etkileşim sonucu oluşan multifaktöriyel bir hastalıktır.¹⁶ Diş çürüğünün oluşması için bu faktörlerin bir arada belli bir süre (en az 30 dakika) bulunması gerekmektedir.³ Diş çürüğü bu faktörlerden herhangi birinin yokluğunda oluşmamaktadır.¹⁶

2.2.2. Diş Çürüğünün Neden Olduğu Problemler

Diş çürüğü sadece dişleri değil aynı zamanda tüm sağlığı da etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.¹⁷ Eğer diş çürüğü durdurulmazsa, pulpaya kadar ilerleyerek ağrı, enfeksiyon ve diş kaybı ile sonuçlanmaktadır.¹⁸ Tedavi edilmemiş diş çürükleri kötü beslenme alışkanlıklarına, konuşma problemlerine, malokluzyona, şekil bozukluğuna, gastrointestinal sistem bozukluklarına, okulda konsantrasyon eksikliğine ve devamsızlığa, kendine güvensizliğe ve hayatı tehdit eden enfeksiyonlara da neden olmaktadır.¹⁹

2.3. Ağrı

Ağrı için geçmişten günümüze bir sürü tanımlamalar yapılmıştır. 1994 tarihinde, Uluslararası Ağrı Çalıştay Birliği (IASP), geçmiş tanımlardan yararlanarak bu tanımı güncellemiştir. Günümüzde de kabul gören bu tanım : “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşla gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyim”²⁰ şeklindedir.

2.3.1. Akut Ağrı

Akut ağrı, yakın geçmişte başlayan kısa süredir devam eden ağrı olarak tanımlanır. Genellikle, hastalık veya yaralanma kaynaklı meydana gelen geçici bir ağrıdır.²¹ Akut ağrı, hem çevresel sinir sistemi hem de merkezi sinir sisteminin uyarılması ile kompleks bir hale gelmesi olarak da tanımlanabilir. Akut ağrıdaki fizyolojik süreç, adrenalin/nöradrenalin ve diğer hormon sistemleri ve inflamatuvar süreçlerden meydana gelmektedir. Akut ağrının şiddeti, ilgili doku cevabına ve dokunun iyileşme sürecine bağlı olarak değişebilmektedir.²¹

Doğal yaşamda, akut ağrı, dokudaki yaralanmayı canlıya bildirip canlının kendini korumasına yardımcı olmaya yaramaktadır. Sensitizasyon ise, bu amaçla normal davranışları sınırlayarak, dokunun iyileşmesi için uygun ortam yaratmaktır. Rahatsız edici olan bu ağrı hissi, yaşamsal bir önem arz eder.^{21, 22} Ancak ağrı kaynaklı oluşan bu cevabın şiddeti ve süresi hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir. Ağrı, ameliyat ya da girişimsel işlemlerde, operasyon esnasında, yaşamsal bir amaç taşımaz hatta sağlık için zararlı hale gelebilir.²³ Zararlı uyaran tarafından yönetilen akut ağrı yüksek uyaran eşikli somatik sistem ile düzenlenir.²⁴

2.3.2. Endodontide Ağrı

Hastaların çoğu odontojenik ağrı kaynaklı diş hekimine başvurmaktadır.²⁵ Ağrı endodontik tedavi aşamalarının tümünde önemlidir. Anamnez esnasında alınan ağrı bilgisi, doğru teşhisi oluşturmak için oldukça önemlidir.^{26, 27}

2.4. Pulpa ve Periapikal Hastalıkların Klinik Sınıflandırılması

Pulpal ve periapikal hastalık sınıflandırmalarını geliştirmek için yıllar boyunca birçok girişimde bulunulmuştur. Bununla birlikte, araştırmalar belirli bir klinik durumun klinik belirtileri ve semptomları ile histopatolojisi arasında bir ilişki kurmanın zor olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, tedavi planı seçeneklerini formüle etmek için klinik sınıflandırmalar geliştirilmiştir. En genel terimlerle, objektif ve subjektif bulgular kullanılarak yalnızca sağlıklı veya hastalıklı dokunun varlığını gösteren belirtiler ile şüpheli patolojiyi sınıflandırmak için kullanılır. Yapılan terminoloji ve sınıflandırmalar 2016 yılında Amerikan Endodontistler Birliği tarafından yapılan önerilenler üzerine temel alınmıştır.²⁶

2.4.1. Pulpa Hastalıkları

Normal Pulpa

Pulpanın semptomsuz olduğu ve pulpa testine normal yanıt verdiği bir klinik teşhis kategorisidir. Normal pulpal dişler genellikle herhangi bir semptom göstermez. Pulpa testlerinde gözlenen semptomlar hafiftir, hastayı rahatsız etmez ve saniyeler içinde düzelen geçici bir hisle sonuçlanır. Radyografik olarak değişen derecelerde pulpal kalsifikasyon olabilir ancak rezorpsiyon, çürük veya mekanik pulpa maruziyetine dair bir kanıt yoktur. Bu dişler için endodontik tedavi endike değildir.²⁶

2.4.1.1. Pulpitisler

Klinik olarak reversible veya irreversible; histolojik olarak da akut, kronik veya hiperplastik olarak tanımlanan pulpanın iltihabını gösteren klinik ve histolojik bir tablodur.²⁶

2.4.1.1.1. Reversible (Geri Dönüşümlü) Pulpitis

İnflamasyon ortadan kaldırıldığında pulpanın normale dönmesi gerektiğini gösteren subjektif ve objektif bulgulara dayanan klinik bir tanıdır. Pulpa uyarıldığında, etken hasta için rahatsız edici olur ancak etken ortadan kaldırıldığında hızla tersine dönerse, reversible pulpitis olarak sınıflandırılır. Neden olan faktörler arasında çürük, ekspozite dentin, güncel dental tedaviler ve defektif restorasyonlar bulunur. Etkenin ortadan kaldırılması ile semptomlar giderilecektir. Pulpa patolojisi olmaksızın ekspozite dentinde; termal, buharlaşma, dokusal, mekanik, ozmotik veya kimyasal uyaranlara maruz kaldığında bazen keskin, hızlı bir şekilde ağrı meydana gelebilir ve pulpitis ile karışabilir. Bu durum dentin hassasiyeti (veya aşırı hassasiyet) olarak bilinir. Dentin duyarlılığı tanısı konan vakaların çoğu dişin servikal bölgesindeki dentin ortaya çıkmıştır. Dentin tübülleri içindeki sıvı hareketi, odontoblastları ve pulpadaki hızlı ileti ile ilişkili A-delta sinir liflerini uyarır ve bu da keskin, hızla geri döndürülebilir diş ağrısına neden olur. Bu tübüller ne kadar açıksa (örneğin, yeni açılmış bir preparasyon, dentin dekalsifikasyonu, periodontal plak, diş beyazlatma malzemeleri veya koronal diş kırıkları nedeniyle), tübül sıvısı o kadar fazla hareket edecek ve ardından diş uyarıldığında daha fazla hassasiyet gösterecektir. Teşhis edilirken, dentin hassasiyetini; çürük, travma, yeni veya kusurlu restorasyonlara sekonder olabilecek

reversible pulpitisten ayırt etmek önemlidir. Son diş tedavisi hakkında ayrıntılı sorgulama ve kapsamlı bir klinik ve radyografik muayene, dentin hassasiyetini diğer pulpa patolojilerinden ayırmaya yardımcı olacaktır ve her biri için tedavi yöntemleri tamamen farklıdır.²⁶

2.4.1.1.2. İrreversible Pulpitis

Pulpanın hastalık durumu ilerledikçe pulpanın iltihabi durumu irreversible pulpitis'e dönüşebilir. Bu aşamada, hastalıklı pulpayı uzaklaştırmak için tedavi gerekli olacaktır. Semptomatik ve asemptomatik irreversible pulpitis olarak alt kategorilere ayrılır.²⁶

2.4.1.1.2.1. Semptomatik İrreversible Pulpitis

Enfekte vital pulpanın iyileşme yeteneğine sahip olmadığını gösteren subjektif ve objektif bulgulara dayanan klinik bir tanıdır. Semptomatik irreversible pulpitis olarak sınıflandırılan dişler aralıklı veya spontan ağrı gösterir. Hızlı ani sıcaklık değişikliklerine (özellikle soğuk uyaranlara) maruz kalındığında termal uyaran ortadan kaldırıldıktan sonra bile artan ve uzun süren ağrı ataklarına neden olacaktır. Bu vakalarda keskin veya donuk; lokalize, yaygın veya yansıyan ağrılar vardır. Periradiküler kemiğin radyografik görünümünde tipik olarak çok az değişiklik olur veya hiç değişiklik olmaz. İlerlemiş irreversible pulpitis'te, periodontal ligamentin kalınlaşması ile radyografide belirgin hale gelebilir ve geniş pulpa odası veya kök kanal boşluğunun kalsifikasyonu nedeniyle pulpa irritasyonuna dair bazı kanıtlar olabilir. Yakın zamanda veya geçmişte yapılan derin restorasyonlar, çürükler, pulpa maruziyeti, pulpaya doğrudan veya dolaylı başka herhangi bir hasar mevcut olabilir. Radyografik ve klinik olarak görülebilir veya tam bir dental öyküden anlaşılabilir. Belirgin bir etiyolojik faktör olmayan semptomatik ön dişleri olan hastalar geçmiş genel anestezi veya endotrakeal entübasyon prosedürleri açısından sorgulanmalıdır. Ayrıca hastalarda ortodontik tedavi geçmişi de sorgulanmalıdır. Tipik olarak, semptomatik irreversible pulpitis tedavi edilmediğinde, pulpa nekrotik hale gelecektir.²⁶

2.4.1.1.2.2. Asemptomatik İrreversible Pulpitis

Enfekte vital pulpanın iyileşme yeteneğine sahip olmadığını gösteren subjektif ve objektif bulgulara dayanan klinik bir tanıdır. Ancak hasta herhangi bir semptomdan şikayet etmez. Bazen derin çürükler klinik ve radyografik olarak

pulpayı içerse de herhangi bir semptom oluşmaz. Tedavi edilmediğinde diş semptomatik hale gelebilir veya pulpa nekrotik hale gelebilir. Asemptomatik irreversible pulpitis vakalarında hastada şiddetli ağrı ve sıkıntıya neden olmaması açısından semptomatik irreversible pulpitis veya nekroz gelişmemesi için mümkün olan en kısa sürede endodontik tedavi yapılmalıdır.²⁶

2.4.1.1.3. Nekroz

Nekroz, diş pulpasının canlılığını kaybettiğini gösteren klinik bir tanıdır. Pulpa genellikle pulpa testlerine yanıt vermez. Pulpal nekroz pulpanın damarlanmasının kesilmesi ve pulpal sinirlerin iletimi bozulması sonucu oluşur. Bu pulpadaki histolojik durumu (veya yokluğunu) direkt olarak tanımlamayan tek klinik sınıflandırmadır. Bu durum semptomatik veya asemptomatik irreversible pulpiti takip eder. Pulpa tamamen nekrotik hale geldikten sonra, hastalık periradiküler dokulara yayılana kadar diş tipik olarak asemptomatik olacaktır. Pulpa nekrozu ile diş genellikle elektrikli pulpa testlerine veya soğuk stimülasyona yanıt vermez. Ancak uzun süre ısı uygulanırsa diş bu uyarana tepki verebilir. Bu yanıt muhtemelen pulpa kanalı boşluğunda genişleyen ve periapikal dokulara uzanan sıvı veya gaz kalıntılarıyla ilişkili olabilir. Pulpal nekroz total veya kısmi olabilir; çok köklü dişlerin tüm kanallarında görülmeyebilir. Bu nedenle dişte yanıltıcı semptomlar görülebilir. Bir kök üzerinde yapılan pulpa testi yanıt vermeyebilirken başka bir kök üzerinde pozitif yanıt verebilir. Diş ayrıca semptomatik irreversible pulpitis semptomları da gösterebilir. Pulpa nekrozu; restorasyon, çürük veya lüksasyon yaralanmalarının yokluğunda muhtemelen okluzal yüzeyden pulpaya uzanan uzunlamasına bir kıraktan kaynaklanır. Pulpa nekrotik hale geldikten sonra kanal içinde mikrobiyal büyüme devam edebilir. Enfeksiyon (veya mikrobiyal yan ürünleri) periodontal ligament aralığına yayıldığında, diş perküsyona karşı semptomatik hale gelebilir veya spontan ağrı gösterebilir. Periodontal ligament aralığının kalınlaşmasından periapikal radyolusent lezyon görünümüne kadar değişen radyografik değişiklikler meydana gelebilir. Diş, ısıya hatta ağız boşluğunun sıcaklığına bile aşırı duyarlı hale gelebilir ve genellikle soğuk uygulamalar ile rahatlar. Daha önce tartışıldığı gibi soğuk uygulaması yansıyan ağrı olduğunda veya ağrı iyi lokalize edilemediğinde nekrotik bir diş lokalize etmeye çalışırken (yani her seferinde bir diş soğuk uygulayarak) yardımcı olabilir.²⁶

2.5. Oral Mukozada Görülen Bazı Lezyonlar

Oral mukoza hastalıkları, genel popülasyonu etkileyen çeşitli yaygın durumları temsil eder. Bu bozuklukların bazıları, hastalık için patognomonik olan belirti ve semptomlarla ortaya çıkarken, bazıları yalnızca klinik muayeneye dayalı olarak teşhis konulmasını zorlaştıracak benzer özelliklerle ortaya çıkar. Bu bozukluklar, akut ve kronik durumlar, tekli veya çoklu lezyonlar, birincil ve tekrarlayan ve/veya lokal ve yaygın hastalık gibi farklı klinik parametrelere göre kategorize edilebilir²⁸:

Tablo 1. Etiyolojilerine göre oral mukoza lezyonları ²⁹

İnfeksiyöz	Non-infeksiyöz
-Kandidiazis	-Aftoz stomatit
-Herpes Simpleks Virüs	-Liken Planus
	-Pemfigus vulgaris
	-Mukoz Membran Pemfigoid

Ağız içi lezyon oluşumuna sebep olan faktörler arasında; sigara, sistemik ilaçlar (non-steroidal antienflamatuar ilaçlar (NSAI), antihipertansif ilaçlar), dental materyaller, (amalgam, kompozit rezin, nikel, kobalt ve altın içeren restoratif materyaller) enfeksiyöz ajanlar, stres sayılabilir.³⁰ Sigaranın oral mukoza dokusunu irrite ederek hiperkeratoza neden olduğu düşünülmektedir.³¹

2.5.1. İnfeksiyöz Lezyonlar

2.5.1.1. Kandidiazis

En yaygın orofaringeal mantar hastalığına Candida türleri neden olur. Orofaringeal enfeksiyona neden olan en yaygın Candida alt tipi Candida albicans'tır.³² Candida, insanın sindirim ve genital sisteminde bulunan ve bağışıklık sistemi yeterli olan bireylerin %60'ına kadar olan zorunlu bir organizmadır. Bu organizma orofarinkste bulunabilir.^{32, 33} Candida hem maya hem de hif formunda (dimorfizm) var olabilir ve çok taraflı tomurcuklanma yoluyla çoğalır. Candida'nın doğrudan dokuyu istila ettiği veya toksin üreterek hastalığa neden olduğu düşünülmektedir.³² Tükürük kalitesindeki değişiklikler ve/veya miktarı, diş protezleri, ilaçlar, beslenme yetersizlikleri ve bağışıklık sistemini baskılayan

hastalıklar orofaringeal ortamı değiştirerek kişiyi Candida enfeksiyonuna karşı daha duyarlı hale getirebilir.³²⁻³⁴ Klinik orofaringeal Candidanın en yaygın türleri Tablo 2'de listelenmiştir.³² Yaygın yardımcı tanı teknikleri, potasyum hidroksit ile eksfoliyatif sitolojiyi, gram boyamayı veya hif ve mayayı gösteren periyodik asit-schiff boyasını ve/veya tomurcuklanan maya hücrelerini, psödohifi ve hif yapılarını gösteren mukozal biyopsiyi içerebilir.³²⁻³⁵

Tablo 2. Orofaringeal kandida türleri³²

Oral Kavite Yerleşimli Olanlar	Kandida ile İlişkili Lezyonlar
-Pseudomembranöz Kandidiazis	-Anguler şelitis
-Eritematöz (Atrofik) Kandidiazis	-Santral papiller atrofi (medyan rhomboid glossit)
-Kronik Hiperplastik Kandidiazis	

2.5.1.1.1. Psödomembranöz Kandidiazis

Genellikle “pamukçuk” olarak bilinir.^{32, 33} İnflamatuvar, kolayca çıkarılabilen beyaz veya sarı yüzeysel plaklar şeklinde görülür. Herhangi bir mukozal yüzeyde bulunabilir. Asemptomatik olabilir veya yanma, batma, kaşıntı ve/veya tat değişikliği semptomlarını verebilir. Plaklar, mayanın aşırı büyümesini, epitelyal hücre dökülmesini, keratin, bakteri ve nekrotik dokunun birikimini temsil eder. Genellikle bebeklerde, yaşlılarda ve bağışıklık sistemi baskılanmış (hastalık veya ilaca bağlı) hastalarda görülür.^{32, 33}

2.5.1.1.2. Eritematöz (Atrofik) Kandidiazis

Genellikle kırmızı lekeler halinde görünür. En sık damağı ve dilin posteriorunu etkiler, ancak herhangi bir mukozal yüzeyde de görülebilir. Asemptomatik olabilir veya yanma, batma, kaşıntı ve/veya tat değişikliği ile ilişkili olabilir. Çoğu zaman kortikosteroidlerin ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımıyla ilişkilidir. Protezle ilişkili stomatit eritematöz kandidiazisin bir çeşididir ve protez bulunan mukozal yüzeyleri etkiler. Protezle ilişkili stomatit, protezlerin çıkarılmadan uzun süre kullanılmasıyla ve/veya protez hijyeninin kötü olmasıyla ilişkili olarak protezlerin mantar-bakteriyel kontaminasyonundan kaynaklanır.^{32, 34, 36}

2.5.1.1.3. Kronik Hiperplastik Kandidiazis

Genellikle silinemeyen beyaz bir plak olarak görülür. Sırasıyla yanak mukozası, bukkal komissura, damak ve dili etkiler. Asemptomatik olabilir veya

yanma, batma, kaşıntı ve/veya tat değişikliği ile ilişkili olabilir. Malignite (%15'e kadar) riski vardır ve lezyonlar uzun süreli izleme gerektirir. Tanıyı doğrulamak ve maligniteyi dışlamak için biyopsi önerilir.^{32, 34, 36}

2.5.1.1.4. Anguler Şelitis

Genellikle dudak yarıklarında eritemle birlikte pullu, çatlaklı ve/veya kabuklu lezyonlar şeklinde görülür. Asemptomatik olabilir veya yanma, batma, kaşıntı ile ilişkili olabilir. Genellikle mantar-bakteri enfeksiyonundan kaynaklanır. Tipik olarak kronik, nemli bir ortamda gelişir ve sıklıkla cildin kırışması ve/veya katlanması, alışkanlıklar ve/veya olası vitamin eksikliği ile ilişkilidir.^{32, 37}

2.5.1.1.5. Santral Papiller Atrofi (Medyan Rhomboid Glossit)

Dilin posterior dorsal yüzeyinde eşkenar dörtgen şekli ile karakterize atrofik, eritematoz bir lezyon olarak ortaya çıkar. Candida ile enfekte olmuş dilde gelişimsel bir anormalliği temsil eder. Genellikle asemptomatiktir ancak yanma ve/veya tahrişle ilişkili olabilir.^{32, 33, 38}

Tedavi Önerileri: Ağız boşluğunda lokalize olan kandida enfeksiyonlarına yönelik yaygın antifungal tedaviler aşağıdakileri içerir.^{32, 33}

Kandidiazis Tedavi Önerileri

Klotrimazol 10 mg; 14 gün boyunca günde 5 kez dil üzerinde eritilmiş 1 tablet.

Nistatin oral süspansiyonu 100.000 ünite/mL; 10 mL çalkalama günde 4 kere, 14 gün.

Flukonazol 100 mg; 1. günde 2 tablet, ardından 7 ile 14 gün boyunca günde 100-200 mg.

Nistatin-triamsinolon merhem etkilenen bölgelere 14 gün boyunca günde 2 kez uygulama

Hastaya protezleri çıkarması ve protezlerini temiz tutması konusunda bilgi verilmeli (genellikle uyurken takılmaz). Genellikle enfeksiyon 2 hafta içinde çözülmezse daha ileri değerlendirme için hasta uygun sağlık uzmanına yönlendirilmeli.

2.5.1.2. Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları

Herpes simpleks virüsleri (HSV)-1 ve -2, oral ve perioral enfeksiyonların en yaygın iki viral etiolojisidir ve klinik olarak ayırt edilemezler. HSV-1 enfeksiyonları tipik olarak 6 aylıktan sonra ortaya çıkar ve en fazla 2-3 yaşlarında görülür. HSV-2 enfeksiyonları tipik olarak cinsel aktivitenin başlangıcından sonra ortaya çıkar.^{39, 40} HSV enfeksiyonlarının çoğu subklinik ve birincil enfeksiyonun iyileşmesini takiben HSV, latent kalabileceği veya klinik enfeksiyona neden olmak üzere yeniden aktifleşebileceği trigeminal sinir ganglionuna yerleşir. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda HSV enfeksiyonları atipik bir görünüme sahip olabilir ve potansiyel olarak yaşamı tehdit edebilen yaygın enfeksiyona yol açabilir. Çoğu HSV enfeksiyonuna klinik özelliklerle tanı konur, bazıları atipik olabilir ve teşhis etmek için yardımcı tanı testleri gerekebilir. Bu testler Tablo 3'de kısaca açıklanmaktadır.^{39, 41}

Tablo 3. Herpes simpleks virüsü (HSV) enfeksiyonları için yardımcı tanı teknikleri³⁹

Virolojik testler

HSV ile enfekte olmuş hücrelerde çok çekirdekli dev hücreler, sinsityum ve çekirdeklerde balonlaşan dejenerasyon görülecektir.

Sitoloji yaymaları

En sık kullanılan boya Giemsa'dır.

HSV ile enfekte olmuş hücrelerde çok çekirdekli dev hücreler, sinsityum ve çekirdeklerde balonlaşan dejenerasyon görülecektir.

Doğrudan Floresan Testi

Hücresel örnek, floresan izotiyosiyanat etiketli HSV tipine özgü monoklonal antikorla inkübe edilir. HSV ile enfekte olmuş hücreler, floresan mikroskopu altında incelendiğinde floresan yeşil renktedir.

Polimeraz Zincir Reaksiyonu Testi

HSV DNA'sının tespiti şu anda HSV için en hassas test yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Serolojik Testler

Primer HSV enfeksiyonu tanısı için iyileşme serumunda dört kat veya daha fazla antikor artışı gerekir.

Öncelikle geriye dönük bilgi sağlar.

Tedavi

Birincil HSV enfeksiyonlarının çoğu kendi kendini sınırlar ve yalnızca palyatif tedavi gerektirir. Hasta lezyonun başlangıcından sonraki 24 ile 48 saat içinde başvurursa antiviral ilaç faydalı olabilir.^{33, 39, 42}

2.5.1.2.1. Rekürrens HSV Enfeksiyonları

HSV'nin yeniden aktivasyonu soğuğa maruz kalma, güneş ışığına maruz kalma, stres, travma veya immunsupresyondan kaynaklanabilir.

Rekürrens herpes labialis (RHL), tekrarlayan HSV enfeksiyonunun en yaygın şeklidir, tipik olarak dudağın mukokutanöz bileşkesinde görülür ve genellikle "uçuk" veya "ateş kabarcığı" olarak söylenir.^{42,43}

Tedavisi

Sağlıklı hastalarda tekrarlayan herpes enfeksiyonları, topikal ve/veya sistemik antiviral ilaçlarla semptomatik olarak tedavi edilebilir (Tablo 4 ve 5).



Tablo 4. Oral HSV enfeksiyonlarının tedavisinde topikal tedaviler^{39, 42, 43}

Kategori	Ajanlar	Endikasyonlar	Öneriler
Palyatif	-Buz -Dudak balsamları -Topikal anesteziler (örneğin benzokain içeren) -Topikal lidokain preparatları (viskoz lidokain %2, lidokain jel %2) -Viskoz lidokain %2: 10 mL -Lidokain jeli %2:	Birincil HSV enfeksiyonları Rekürrens Herpes Simpleks Labialis enfeksiyonları	Viskoz lidokain %2: 10 mL ağrının giderilmesi için gerektiği kadar çalkalama ve tükürme yapılması Lidokain jeli %2: Ağrıyı gidermek için etkilenen bölgeye gerektiği kadar uygulama
Koruyucu	Güneş kremi (SPF 15 veya daha yüksek)	Rekürrens HSL enfeksiyonları	Üretici talimatlarına göre
Antiviral	Asiklovir %5 krem	Rekürrens Herpes Simpleks Labialis enfeksiyonları	Prodrom zamanından lezyonlar iyileşene kadar her 2 saatte bir uygulama
	Pensiklovir %1 krem	Rekürrens Herpes Simpleks Labialis enfeksiyonları	Prodrom zamanından lezyonlar iyileşene kadar her 2 saatte bir uygulama
	Docosanol %10 krem	Rekürrens Herpes Simpleks Labialis enfeksiyonları	Prodrom zamanından lezyonlar iyileşene kadar her 2 saatte bir uygulama
	Topikal foskarnet, sidofovir ve/veya İmikimod	İnatçı HSV enfeksiyonları	Bu ajanlar için sağlık hizmeti birimlerine ulaştırılmalı.

Tablo 5. Oral HSV enfeksiyonlarının tedavisi için sistemik tedaviler

Endikasyon	Tedavi
Bağıışıklık sistemi yeterli konakçıda rekürrens herpes labialis tedavisi	• Oral asiklovir 400 mg, günde 3 kez, 5-7 gün süreyle • Oral valasiklovir 500 mg-2000 mg, günde iki kez, 1 gün süreyle • Oral famsiklovir 500 mg, günde 2-3 kez, 3 gün süreyle
Bağıışıklık sistemi yeterli konakçıda rekürrens herpes labialis profilaksisi	• Oral asiklovir 400 mg günde 2-3 kez • Oral valasiklovir 500 mg-2000 mg günde iki kez
Bağıışıklık sistemi baskılanmış konakçıda rekürrens HSV enfeksiyonlarının tedavisi	• Oral asiklovir 400 mg, günde 3 kez, 10 gün veya gerektiği kadar uzun süre • Oral valasiklovir 500-1000 mg, günde iki kez, 10 gün veya gerektiği kadar uzun süre • Oral famsiklovir 1 yıla kadar günde iki kez 500 mg
Bağıışıklık sistemi baskılanmış konakçıda rekürrens HSV enfeksiyonlarının profilaksisi	• Oral asiklovir 400-800 mg günde 3 kez • Oral valasiklovir günde iki kez 500-1000 mg • Oral famsiklovir günde iki kez 500-1000 mg

Tekrarlayan intraoral herpes, herhangi bir intraoral mukozal yüzeyde ortaya çıkabilir ve immün sistemi baskılanmış hastalarda daha sık görülür. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda tekrarlayan HSV lezyonları, yayılma ve genel enfeksiyona neden olma potansiyeli olan, giderek büyüyen ülserler olarak görünebilir; bu nedenle sistemik antiviral tedavi tipik olarak endikedir (bkz. Tablo 5).

2.5.2. Non-infeksiyöz Lezyonlar

2.5.2.1. Rekürrens Aftöz Stomatit

Rekürrens aftöz stomatit (RAS), genel popülasyonun yaklaşık %20'sinde ağız mukozasını etkileyen yaygın bir ülseratif durumdur.⁴⁴ RAS'ın başlangıcı ergenlik ve gençlik yıllarında maksimum seviyededir ve ilerleyen yaşla birlikte daha az sıklıkta görülür. Bu durumun başlangıcına genetik yatkınlık, lokal travma, beslenme yetersizlikleri ve altta yatan sistemik hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli faktörler rol oynamaktadır. (Tablo 6)⁴⁴⁻⁴⁷

Tablo 6. Rekürrens aftöz stomatit ile sıklıkla ilişkili etiyolojik faktörler

Kalıtsal/Genetik Faktörler
• Genetik yatkınlık (özellikle her iki ebeveyn de RAS pozitifse) • İnsan Lökosit Antijenleri (HLA'lar): -A, -B, -DR, -DQ serisi
Lokal Faktörler
• Travma • Tükürük bileşimindeki değişiklikler
Beslenme eksiklikleri
• Demir • Folat • Çinko • B vitaminleri: -1, -2, -6, -12
Sistemik hastalıklar
• Behçet hastalığı • İnflamatuar bağırsak hastalığı (Crohn, ülseratif kolit) • Çölyak hastalığı • İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) • Nötropeni • MAGIC sendromu • PFAPA (periyodik ateş, aft, farenjit, adenit (servikal)) sendromu • Stres

RAS lezyonlarından önce genellikle lezyonun başlangıcından sonraki 48 saat içinde prodromal semptomlar (yanma, karıncalanma) görülür. RAS lezyonları klinik olarak, tipik olarak non-keratinize oral mukozada görülen, eritematöz bir halo ile çevrelenmiş beyaz/gri/sarı psödomembranöz membranla kaplı, simetrik,

iyi sınırlı bir ülser olarak görünür. RAS, spesifik klinik özelliklere göre minör, majör ve herpetiform olarak 3'e ayrılır. (Tablo 7)⁴⁴⁻⁴⁷

Tablo 7. Rekürrens aftöz stomatitin (RAS) klinik sınıflandırması

Minör RAS (vakaların >%85'i)
<1 cm çapında
2 hafta içinde iyileşir
Yara izi bırakmadan iyileşir (tipik olarak)
Major RAS
>1 cm çapında
2 haftadan uzun sürede iyileşir
Yara iziyle iyileşir (tipik olarak)
Asimetrik görülebilir
Herpetiform RAS (nadir)
Oral mukoza boyunca çok sayıda ülser kümeleri
Klinik görünümü nedeniyle HSV enfeksiyonu ile karıştırılabilir

RAS tanısı genellikle hastanın geçmişine ve klinik muayene bulgularına dayanır. Biyopsi gibi ileri tanısal testler genellikle tipik RAS vakalarında endike değildir ancak hastalığın atipik durumlarında yardımcı olabilir. Özellikle 25 yaşından sonra hastalığı yeni başlayan veya kötüleşen kişiler için, RAS'ın altta yatan bir sistemik hastalığa bağlı gelişip gelişmediğini belirlemek için, sistemik sorularının uygun şekilde gözden geçirilmesine olumlu ve olumsuz yanıtların alınması önemlidir. Eğer altta yatan bir hastalıktan şüpheleniliyorsa, hasta uygun bir tıbbi incelemeden geçirilmeli ve/veya ileri değerlendirme için uygun bir uzmana sevk edilmelidir.

RAS tedavisi ülserlerin sıklığı/yeri/süresi ve ilgili semptomlara dayanmaktadır.⁴⁷ Topikal tedaviler semptomları hafifletmeye ve RAS ülserlerinin hızlı iyileşmesini teşvik etmeye yönelikken, sistemik tedaviler RAS ataklarının tekrarını önlemeyi amaçlamaktadır.⁴⁴⁻⁴⁷ Advers reaksiyonlar sıklıkla RAS için sistemik tedavilerle ilişkilidir ve bu tür tedaviye başlamadan önce hastayla bu ajanları kullanmanın risk/yararına ilişkin tartışmanın yanı sıra uygun tıbbi izlemede yapılmalıdır.⁴⁴⁻⁴⁷

2.5.2.2. Liken Planus

Liken planus (LP), sıklıkla ağız boşluğunu etkileyen mukokutanöz bir hastalıktır. Vakaların %40'ında hastalık hem cildi hem de mukozal dokuyu etkiler. Oral LP (OLP), popülasyonun %0,5-%2,2'sini etkiler ve en sık olarak üçüncü ve yedinci dekatlar arası hastaları etkiler. Ortalama tanı yaşı 55'tir ve kadınlarda daha fazla görülür.^{48, 49} OLP oluşumuna sebep olan faktörler arasında; sigara, sistemik

ilaçlar (non-steroidal antienflamatuar ilaçlar (NSAI), antihipertansif ilaçlar), dental materyaller (amalgam, kompozit rezin, nikel, kobalt ve altın içeren restoratif materyaller) enfeksiyöz ajanlar, stres sayılabilir.³⁰

OLP lezyonları hafif enflame ve eşlik eden strialardan ağız boşluğunun birçok alanını etkileyen şiddetli erozyona uğramış, ülserleşmiş ve ağrılı yaralara kadar değişebilir. Ciddi oral mukoza tutulumu yeme ve konuşmayı bozabilir ve yaşam kalitesini etkileyebilir.⁵⁰ OLP'de remisyon vakaların %5'inden daha azında görülür. Likenoid reaksiyonlar klinik ve histopatolojik olarak LP'ye benzer ancak rahatsız edici ajan uzaklaştırıldığında, ortadan kalkan bir etkenle ilişki olduğunda LP'den ayrılır.^{51, 52} LP, harici bir kaynaktan gelen antijenik bir tehditten veya keratinosit otoantijen ekspresyonundan kaynaklanır; ancak çoğu durumda başlatıcı neden belirsizdir. Bozukluk, kontakt alerji reaksiyonuna benzer şekilde, Langerhans hücreleri tarafından epitelyal antijenik işleminden sonra başlatılan, T hücresi aracılı bir süreçtir. Lokal olarak sitokinlerin ve adezyon moleküllerinin ekspresyonunda artış vardır.⁵³⁻⁵⁵ OLP, Japon, Akdeniz ve ABD popülasyonlarında hepatit C ile daha yakından ilişkilidir.⁵⁶ Liken planusun oral skuamöz hücreli karsinoma malign dönüşüm oranları, gözlemsel metodolojiye dayalı olarak oldukça değişkendir. Skuamöz hücreli karsinoma malign dönüşümün tahmin edilen oranı yaklaşık %1'dir.^{51, 56} LP'nin, mukoz membran pemfigoidi, pemfigus, paraneoplastik pemfigus ve oral lupus eritematozus lezyonundan klinik olarak ayrılması gerekir çünkü bu lezyonlar benzer belirti ve semptomlarla ortaya çıkar. LP tanısı klinik görünüm ve rutin histopatolojiye dayanırken, doğrudan immünofloresan (DIF), OLP'yi pemfigoid veya pemfigus gibi diğer kronik ağız hastalıklarından ayırt edebilir. Liken planus için tanı testinde, rutin histopatolojide dikenli tabakanın kalınlaşmasıyla (akantoz) ve testere dişi ağ çıkıntılarıyla birlikte hiperkeratoz, bazal hücre tabakasının nekrozu, kronik inflamatuvar hücrelerin yoğun subepitelyal bandı, genellikle T lenfositleri, Civatt cisimcikleri (nekrotik keratinositler) sıklıkla görülür. Doğrudan immünofloresan bazal membran bölgesinde fibrinojen birikimini ortaya çıkarır.^{51, 57}

Klinik Bulgular

OLP tüm mukozal yüzeyleri etkileyebilir ve beyaz, dantelli lezyonlar olarak ortaya çıkabilir: retiküler (Wickham striaları), atrofik eritematöz lezyonlar, büllöz

lezyonlar, ülserasyonlar veya plak benzeri beyaz lekeler. Aynı hastada ve aynı lezyonda sıklıkla farklı belirtiler ortaya çıkar. Sıklıkla iki taraflı olarak ortaya çıkar.

Atrofik ve ülseratif lezyonlar sıklıkla ağrılıdır ve retiküler ve plak benzeri lezyonlar sıklıkla asemptomatiktir. Deskuamatif gingivitis olarak ortaya çıkabilir. Kutanöz LP lezyonları genellikle kaşıntılı, poligonal, düzlemsel, mor papüller ve plak benzeri olarak tanımlanır.^{49, 51, 58}

Tedavi

OLP tedavisi, mukozanın iyileşmesine yardımcı olmak için hem topikal hem de sistemik immünomodülatör ilaçları ve inflamasyonu/atrofiyi/ülseri kontrol etmeye yönelik palyatif stratejileri içerir.^{51, 58} Displazi ve/veya malign transformasyon riski nedeniyle OLP'nin rutin izlenmesi gereklidir.⁵⁹

2.5.2.3. Pemfigus

Pemfigus, bül ve ülser oluşumuyla karakterize otoimmün mukokutanöz bir hastalıktır. Oral mukoza sıklıkla deri lezyonları ortaya çıkmadan önce tutulur. Geniş oral mukoza tutulumu alanları yeme, yutma ve konuşmayı bozar. Çoklu, kronik (yani >6 ay) ülseri olan hastalarda cilt lezyonlarının varlığına bakılmaksızın pemfigus düşünülmelidir. Pemfigus vulgaris (PV), pemfigus foliaceus (PF), paraneoplastik pemfigus (PNP), ilaca bağlı pemfigus (DIP) ve immünoglobulin A pemfigus (IgAP) dahil olmak üzere beş ana pemfigus kategorisi mevcuttur. Pemfigusun çeşitli formları olmasına rağmen, ağız boşluğunu etkileyen en yaygın tipler PV ve PNP'dir.⁶⁰ Pemfigusun kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır.⁶¹

Pemfigusun etiyolojisi ve patogenezi, keratinositlerin hücreden hücreye yapışmasına karşı aktif olan ve ayrılma veya akantolizle sonuçlanan otoantikorları içerir.⁶⁰⁻⁶² Otoantikor oluşumu ve aktivitesinin tetikleyicisi bilinmemektedir. PV'de IgG, desmogleinler olarak bilinen bu hücrel yapışma moleküllerine karşı yönlendirilir. Desmogleinin (Dsg) iki formu, Dsg-1 ve Dsg-3, desmozomun ana hücre adezyon molekülleridir. Oral mukoza, Dsg-153 ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir Dsg-3 konsantrasyonuna sahiptir; bu nedenle, yalnızca mukozal hastalığı olan hastalarda Dsg-3'e karşı otoantikorlar bulunur.⁶³ PNP'de immünoglobulinler, Dsg-1 ve Dsg-3'e ve desmoplakin 1, 2, plektin ve diğerlerini içeren diğer proteinlere odaklanır.⁶³

Pemfigusun OLP, müköz membran pemfigoidi ve oral lupus eritematozus lezyonları gibi diğer kronik mukokutanöz hastalıklardan klinik olarak benzer görünmeleri nedeniyle ayırt edilmesi gerekir. Ayrıca PV'yi PNP'den ayırmak gerekir. Pemfigus tanısı, hastanın dokusu ve serumunun immünolojik testiyle birlikte lezyonlu dokudan rutin biyopsi alınmasıyla konur.^{60, 62} DIF, indirekt immünfloresan (IIF) ve enzime bağlı immünosorbent analizleri (ELISA) ile birlikte rutin histopatoloji (Bilinen hastalık üreten antikorlar için) genellikle doğru bir teşhis için değerlendirilir ve tedavi sırasında izleme için kullanılır.^{64, 65}

Klinik Bulgular

Oral mukozanın sıklıkla posterior orofarinkse kadar uzanan ağrılı yüzeysel ülserasyonları, bunlara büller ve ciltte yüzeysel ülserasyonlar eşlik edebilir.^{60, 62, 66, 67} Özefagus tutulumu olabilir. Genellikle diş eti dokusunda kronik kanamaya neden olan, deskuamatif (soyulan) gingivitisle ilişkilidir. Nikolsky bulgusu pozitiftir. Sıvı dolu dokuya basınç uygulandığında küçük indüklenabilir travma ile kabarcık oluşması veya mevcut kabarcıkların genişlemesi görülür.^{60, 62, 66, 67}

Tedavi

Pemfigus tedavisi, topikal ve sistemik immünomodülatör ve mukozal iyileşmeye yardımcı olmak için palyatif stratejileri içerir.^{33, 60, 62}

2.5.2.4. Mukoz Membran Pemfigoidi

Mukoz membran pemfigoidi (MMP), kronik, enflamatuar, subepitelial veziküllo-büllöz otoimmün bir hastalıktır. Oral mukozada bül oluşumuna neden olur, bu büller yırtılır ve ülserle sonuçlanır. Geniş oral mukoza tutulumu alanları yeme ve konuşmayı bozar. Uygun tedavi olmadan MMP önemli mukozal skar oluşumuna neden olabilir. Okuler mukoza da etkilenebilir ve yara izi nedeniyle körlüğe neden olabilir. Çoklu, kronik (yani >6 ay) oral ülseri olan hastalarda pemfigoid düşünülmelidir çünkü MMP daha sık olarak altıncı ila sekizinci dekatlarda ortaya çıkar. (nadir bir çocukluk çağı formu olmasına rağmen)⁶⁸

Genetik olarak MMP ile HLA Sınıf II arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir.⁶⁹

MMP, genellikle bazal membran bölgesi (BMZ) olarak adlandırılan epitelyal-bağ dokusu birleşimindeki proteinlere karşı oluşumu ile karakterize edilir.⁶⁸

MMP tanısı klinik bulgular, lezyonlu dokudan alınan rutin histopatoloji ve perilezyonel dokudan alınan DIF ile konulur. Bazen, DIF ve rutin histopatoloji şüpheli olduğunda MMP tanısına yardımcı olmak için IIF ve ELISA titreleri gerçekleştirilir. Kronik oral lezyonlarda klinik tablonun benzer olması nedeniyle ayırıcı tanıda OLP, pemfigus ve oral lupus eritematozus lezyonları gibi diğer kronik mukokutanöz hastalıkların da göz önünde bulundurulması gerekir.⁷⁰

Klinik Bulgular

MMP en sık oral mukozayı (%85) etkiler, ardından okuler mukozayı (%65) etkiler, ancak nazal mukozayı, genital mukozayı, özefagus mukozasını ve laringeal mukozayı da etkileyebilir. Zaman zaman cilt tutulumu da görülebilir.⁷⁰ Okuler, özefagus, nazofaringeal, laringeal ve genital mukozayı etkileyen lezyonlar, skar nedeniyle yüksek riskli kabul edilir.

Lezyonlar skar bırakarak iyileşebilir okuler skar oluşumundan dolayı körlüğe neden olabilir. Oral lezyonlar sıklıkla deskuamatif gingivitis içerir. MMP, skarlı ve skarsız hafiften çok şiddetli mukozal lezyonlara kadar değişkenlik gösterir.⁷⁰

Tedavi

MMP tedavisi, hem topikal hem de sistemik immünomodülatör ilaçları ve kabarcık/ülser/skar oluşumunu kontrol etmeye ve mukozanın iyileşmesine yardımcı olmaya yönelik palyatif tedavileri içerir.⁶⁸ Okuler, genital, özefageal ve laringeal lezyonlar, daha yüksek skarlaşma potansiyeli ile ilişkilidir ve bu nedenle, tedavi, erken müdahale ve sistemik tedavi ile skar oluşumunun önlenmesine odaklanmalıdır.⁶⁸

2.6. Diş Hekimliğinde Kullanılan İlaçlar

2.6.1. Antibiyotik Kullanımı

İntraoral alanda bulunan en az 400 bakteri grubu veya türü vardır. Ağız ortamındaki florada bulunan bu karışıklık intraoral enfeksiyonların etyolojisinin saptanmasını zorlaştırmaktadır. Gram-pozitif, Gram-negatif ve anaerobik bakterinin

birlikte bulunmasıyla polimikrobiyal enfeksiyonlar oluşmaktadır. Genellikle, endojen flora bakterileri enfeksiyonlara neden olmaktadır. Anaerob bakterilerin normal oral florada bulunması ve aerob bakterilere göre baskın olmasından dolayı dental enfeksiyonlarda anaerob bakterilerin fazla olması olağan bir durumdur.⁷¹

Oral florada bulunan çoğu bakteri patojenite göstermez ve konak dokuda çoğaldığı saptanmamıştır. Dental pulpadaki bakteri miktarı artınca, lokal olarak akut enflamatuvar cevap oluşur. Lenfositler, plazma hücreleri ve makrofajların varlığında spesifik ve nonspesifik immunolojik reaksiyonlar görülür. Sonuç olarak, polimorfonükleer lökositler kemotaksis ile hasarlı dokuya ulaşarak apse formasyonu meydana getirir. Absenin rezorbsiyonu ve enfeksiyonun ortadan kaldırılması mümkün olmadığı için; kök-kanal tedavisi, diş ekstraksiyonu veya diğer cerrahi işlemler ile etkeni uzaklaştırmak gerekmektedir. Yapılan son çalışmalarda, lokalize absenin bir enflamatuvar/immünolojik fenomen olduğu ve bazı vakalarda periapikal lokalize klinik semptomların non-bakteriyel sebeplerle oluşabileceğini göstermiştir.⁷² Odontojenik enfeksiyonun ilk ve tek tedavisi olarak, nekroz pulpa dokusunda ve apse formasyonunda kan dolaşımı olmadığı için, oral antibiyotiğin etkinliği tartışılmaktadır. Bu durum; odontojenik kaynaklı bir enfeksiyonun ilk tedavisinin cerrahi olduğu ve ek tedavi olarak antibiyotik kullanılması görüşünü desteklemektedir. Ancak klinisyenler buna rağmen odontojenik enfeksiyonları primer olarak antibiyotiklerle tedavi etmektedir. Pratik yaklaşımda, yoğun antibiyotik kullanımı dirençli bakterilere neden olabileceğinden dolayı kabul edilmemektedir. Bu nedenle, antibiyotikler asla uygun dental tedavilerinin yerine konmamalıdır. Gerekli durumlarda ise akılcı yaklaşımla antibiyotik reçete edilmelidir.⁷³

Enfeksiyon kaynağı belirlenince dental tedaviler hızla gerçekleştirilmeli ve etken mikroorganizmalar ortadan kaldırılmalıdır. Primer tedavi olarak antibiyotik tedavisi kullanılmamalıdır. Eğer sistemik yayılım belirtileri varsa antibiyotikler verilmelidir. Enfeksiyonun yayıldığını; ateş, halsizlik, yorgunluk, lenfadenopati ve trismus varlığı gösterir. Diğer antibiyotik kullanım endikasyonları arasında hızla yayılan bir enfeksiyon veya iyileşmeyen enfeksiyonlar yer almaktadır. Reçete edilecek olan antibiyotik, enfeksiyonda baskın olan bakteri grubuna etkili etmelidir.⁷²

Odontojenik enfeksiyonların tedavisinde ilk seçenek olan penisilin, gram pozitif aeroblara, intraoral anaeroblara, alveolar ve periodontal apseler ve nekrotik

pulpadaki bakterilere karşı etkilidir.⁷³ Penisilinler, dental enfeksiyonların tedavisinde hala altın standarttır. Aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar penisiline duyarlıdır. Penisilinleri inaktive eden β -laktamaz enzimleri ile bakteriler direnç geliştirebilirler. Penisilin tek başına yeterli olmadığı durumlarda amoksisilin-klavulanik asit kombinasyonlar, β -laktamaz inhibitörlü penisilin veya klindamisin gibi bir antibiyotik kullanılarak tedavi planlanmalıdır. Birinci kuşak sefalosporinler, özellikle gram pozitif enfeksiyonlarda etki spektrumunun genişlemesini sağlarlar. Enfeksiyon semptom ve belirtileri antibiyotik tedavisine rağmen devam ediyorsa ek bir antibiyotik gerekebilir. Penisilin tedavisine başlandıktan 48 saat sonrasına kadar yanıt alınamazsa tedaviye zorunlu anaerob bakterilere etkili olan metronidazol eklenebilir. Bu duruma diğer bir alternatif ilaç da klindamisindir. Ayrıca şiddetli enfeksiyon varlığında ve kemikte yayılımdan şüpheleniliyorsa, klindamisin ilk seçenek olarak da kullanılabilir. Antibiyotik kullanımının gerekli olduğuna karar verilmiş ise; çok özel durumlar olmadığı takdirde, güvenilir, yan etkileri az ve maliyeti düşük birkaç antibiyotik ile dental enfeksiyonların büyük bir kısmının tedavisi yapılabilmektedir.⁷²

2.6.2. Antiinflatuarlar

Steroid olmayan antiinflatuar ilaçlar (NSAID'ler), seçici olmayan steroidal antiinflatuar ilaçlar (nsNSAID'ler) ve seçici siklo-oksijenaz 2 NSAID'ler (COXIB'ler), dünyada en yaygın olarak reçete edilen ilaçlardan bazılarıdır. Siklo-oksijenaz COX aktivitesinin bir sonucu olarak prostaglandin G2 (PGG2) ve H2'ye (PGH2) dönüşen araşidonik asit (AA) türevleri olan prostanooidlerin inhibisyonu nedeniyle hem yararlı hem de olumsuz etkilere sahiptirler.⁷⁴

1980'lerin sonlarında COX'un her biri farklı bir gen tarafından üretilen iki izoformu olduğu keşfedilmiştir(COX-1,COX-2). COX-1 enzimi, gastrointestinal sitoproteksiyon ve trombosit fonksiyonundan sorumlu prostaglandinleri üretirken, COX-2 enzimi, ağrı algısı ve inflamasyondan sorumlu olanları üretmektedir.⁷⁵

COX-2'nin keşfi sırasında mevcut olan tüm NSAID'ler, farklı seçicilik dereceleriyle de olsa, her iki enzimi de değişken şekilde inhibe etmiştir ve bu, COX-1 ve COX-2'yi farmakolojik olarak bölerek COX-2'yi spesifik olarak inhibe eden ajanların araştırılmasını teşvik etmektedir. Seçici COX-2 inhibitörlerinin

(COXIB'ler) geliştirilmesinin ana nedeni, COX-1'in homeostatik fonksiyonlarını değiştirmeden anti-inflamatuar ve analjezik etkileri sürdürmektir.

NSAID'ler kimyasal ve farmakolojik özelliklerine ve COX seçiciliğine göre sınıflandırılabilir.

Tablo 8. Kimyasal yapılarına göre NSAID'ler⁷⁶

✓	Salisilik asit türevleri	-asetilsalisilik asit (aspirin), -sülfosalazin
✓	Para-aminofenol türevleri	-asetaminofen* (parasetamol)
✓	İndol ve inden asetik asitler	- İndometasin - etodolak - Sulindac
✓	Hetero-aril asetik asitler	- Diklofenak - Ketorolak - Tolmetin
✓	Aril-propiyonik asitler	- İbuprofen - Naproksen - Fenoprofen - Oksaprozin - Aseklofenak - Fenklofenak
✓	Antranilik asitler (fenamatlar):	- mefenamik asit - meklofenanik asit
✓	Enolik asitler (oksikam)	- Piroksikam - Tenoksikam - Meloksikam
✓	Alkanonlar	- Nabumeton
✓	Pirazolidinedionlar	- Fenilbutazon - Oksifenilbutazon
✓	Diarylheterosikller (seçici COX-2 inhibitörleri)	- Selekoksib - Rofekoksib - Valdekoksib - Lumirakoksib - Parekoksib - Eterokoksib

* Asetaminofen genellikle NSAID olarak sınıflandırılır, ancak hayvan çalışmalarında veya klinik uygulamada çok az anti-inflamatuar aktiviteye sahiptir.

2.6.3. Ağız Gargaraları

Ağız gargaraları, oral hijyen için kullanılmalarının yanı sıra, plak ve çürük oluşumunu engellemek ve periodontal problemlerin önlenmek ve tedavi etmek gibi birçok durumda kullanılmaktadır.⁷⁷ Ağız gargaraları hoş kokulu, ferahlatıcı etkiye sahip, steril olmayan solüsyonlardır. Kozmetik amaçla, tedavi edici olarak ya da her

ikisinin kombinasyonu şeklinde kullanılmaktadır. Kozmetik amaçla kullanılan ağız gargaraları antimikrobiyal değildir, ancak ağızda hoş bir tat bırakırlar ve diş fırçalama sonrası ağız kokusunu azaltmaya yardımcı olurlar. Tedavi edici gargaralar ise bunların yanı sıra florid veya klorheksidin gibi aktif maddeler içererek ağız sağlığına yardımcı olur.⁷⁸ Klorheksidin dental plağı azaltmaktadır. Çinko içerikli ağız gargaralarının tek başına veya düşük konsantrasyonlarda klorheksidin ile kombine kullanımı ağız kokusuna karşı etkilidir. Nadiren de olsa ağız gargaralarında bulunan bileşenlere karşı alerjik reaksiyonlar geliştiği bildirilmiştir.⁷⁹

2.7. Ağız ve Diş Sağlığına Koruyucu Yaklaşım

Dişler ve ağız, temel insan işlevlerini destekleyen ve mümkün kılan vücudun ayrılmaz bir parçasıdır. Ağız sağlığı, fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal alanları içeren genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanır. Ağız sağlığı subjektif ve dinamiktir; rahatsızlık, acı veya utanç olmadan yemek yemeyi, konuşmayı, gülümsemeyi ve sosyalleşmeyi mümkün kılar. Ağız hastalıkları küresel bir halk sağlığı sorunudur ve özellikle birçok düşük ve orta gelirli ülkede artan prevalansı nedeniyle endişe duyulmaktadır. Ağız hastalıkları bireyler, topluluklar ve toplum üzerinde önemli olumsuz etkilere sahip olmasına rağmen önlenabilir problemlerdendir. Ağız hastalıkları, bireyin yaşam boyu fizyolojik değişikliklere uyum sağlama ve kendi oral hijyenlerini sağlama yoluyla önlenabilir. Bu oral hijyen prosedürlerinden bazıları diş fırçalama, arayüz bakımı içi olan diş ipi, arayüz fırçası kullanma ve ağız gargarası yapmaktır.⁸⁰

2.7.1. Diş Fırçalama

Dişlerin lingual ve palatinal yüzeyleri ağız açıkken, vestibüler yüzeyler ise ağız kapalıyken fırçalanmaktadır. Ağız kapalı pozisyonda yanak ve dudak kasları gevşeyeceğinden fırça kolaylıkla posterior alanlara ulaşabilir. Diş fırçalamanın amacı dental plağı ortadan kaldırmaktır. Diş fırçaları boyut, dizayn, fırça kıllarının dizilişi, uzunluğu ve sertliğine göre değişiklik göstermektedir. Fırça kıllarının tasarımında hijyen koşulları en önemli değişkendir. Ayrıca yeterli fonksiyon için fırça kıllarının esnekliği, sertliği, çapı, dayanıklılığı ve sapının ağırlığı önemlidir.⁸¹

2.7.2. Arayüz Fırçaları

Bazı durumlarda diş ipine ilave olarak arayüz fırçası kullanımı yararlıdır. Bu durumlar; diastema varlığı, açığa çıkmış furkasyon bölgeleri, braketler, köprüler ve implantlardır. Arayüz fırçaları çok küçük fırça başına ve ince kıl yapılarına sahiptir. Fırça sapı ve değiştirilebilir uçlara sahip olanlar kılarda eskime görüldüğü zaman uç kısmı değiştirilir. Tek kullanımlık tipleri de mevcuttur. Kullanılacak alana göre uygun çapta olan seçilmelidir. Ayrıca interproksimal bölgeleri temizleyip gingival dokuya masaj yaptığı belirtilen tahta ve lastik konik uçlar da bulunmaktadır. Fırçalamaya yardımcı olarak, arayüz fırçası, interproksimal alanları temizlemek için mevcut olan primer yöntemi temsil etmektedir.⁸²

2.7.3. Diş ipi

Periodontal hastalıkların çoğu interproksimal olarak meydana gelir. Diş ipi, interdental bölgedeki enflamasyonu azaltmada etkilidir. Mumlu ve mumsuz diş ipi için plak kaldırmada önemli bir fark bulunamamıştır, fakat püsküllü diş ipi, köprü uzantılarının altındaki plağı uzaklaştırmada daha faydalıdır. Yanlış diş ipi kullanmak gingivitise, travmaya ve ülserasyonlara neden olabilir. Diş ipi kullanmak diş fırçalamaktan daha fazla el becersisi ve motivasyon gerektirir ve zaman alıcıdır. Çocuklarda diş ipi kullanımı süt dişleri proksimal kontakt oluşturur oluşturmaz başlanmalıdır. Bu zamanda proksimal çürük ve diş eti enflamasyonlarının insidansı artmaktadır.⁸³

Çalışmanın Amacı

Bireylerin çoğu, ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlere kıyasla genel sağlık problemlerine ve tedaviye öncelik verdikleri için, tıp hekimleri diş hekimlerine göre hastaları daha fazla görür, bu nedenle tıp hekimleri hastaların erken ağız ve diş sağlığı problemlerini teşhis etme açısından daha avantajlı bir konuma sahiptir.⁸⁴

Birinci basamak sağlık kurumlarının amacı en hızlı ve etkili şekilde tedaviyi ulaştırmaktır. Ağız ve diş sağlığının korunmasında aile hekimliği etkili olmaktadır.⁴ Aile hekimliği ülkemizde birinci basamak hizmet sunduğu için hastaların ilk başvurduğu kurum olmaktadır. Diş ağrısı, yüz bölgesinde şişlik, dişeti kanaması gibi dental şikayetleri olan hastaların da ülkemizde sıklıkla aile hekimine başvurduğu bilinmektedir. Bu nedenlerden dolayı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi ve davranışlarının, koruyucu uygulama önerileri verebilecek

ve gerekli durumlarda diş hekimine yönlendirebilecek seviyede olması önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı dental şikayetle aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalara karşı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Türkiye’deki aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine ve aile hekimliği asistanlarına dental şikayetle başvuran hastalara karşı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili eksik ya da yanlış bilinen konuları saptamak ve yapılabilecek iyileştirmelerle ilgili önerilerde bulunmak hedeflenmiştir. Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı. (2023/14-29, 19.12.2023) (Ek-1)

Çalışmada hekimlere online olarak doldurulan 25 soruluk bir anket uygulandı. Anket soruları çalışmanın araştırma ekibi tarafından oluşturuldu. Anketin 6 sorusu demografik bilgilerden, 15 sorusu ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorulardan ve 4 sorusu da hekimlerin kendi oral hijyenleri ile ilgili özbakım sorularından oluşmaktaydı. Araştırmaya katılan 388 aile hekimine kartopu metodu ile ulaşıldı ve anket google forms üzerinden hekimlere gönderildi. Çalışma Aralık 2023- Mart 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Anketin İçeriği

Anket 6 soru demografik bilgileri, 15 soru ağız ve diş sağlığı ile ilgili soruları ve 4 soru hekimlerin kendi oral hijyenleri ile ilgili özbakım soruları olmak üzere toplam 25 soru içermektedir. Anket soruları çalışmanın araştırma ekibi tarafından oluşturulmuştur. Anket formu Ek-2’de yer almaktadır.

Anketin demografik bilgileri içeren kısmında yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, hekimlerinin meslekte çalışma yılı ve uzmanlık durumları sorgulanmıştır.

Anketin ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranış sorularında, aile hekimlerinin hangi ağız içi durumlarda antibiyotik, ağrı kesici ve antiseptik reçete ettikleri, hangi grup antibiyotik reçete ettikleri, ağız içi lezyon ile başvuran hastalarda gerekli durumlarda hangi kliniğe yönlendirdikleri, ağız hijyenini sağlamak için hastaya hangi önerilerde bulundukları, dental şikayetle gelen hastalarda; ağız içi muayene yapması, diş hekimine yönlendirmesi, ağız içi lezyon ile gelen hastalardan şüpheli durumlarda kan tetkiki istemeleri, ağız içi lezyon ile başvuran hastalara ayırıcı tanı koyabilmeleri sorgulanmıştır.

Anketin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi sorularında, hastaların hangi dental şikayetle geldiği, hangi durumların ağız içi lezyona neden olabileceği, ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilemesi ve beslenme üzerine etkisi sorgulanmıştır.

Anketin oral hijyenleri ile ilgili özbakım sorularında, aile hekimlerinin kendi ağız hijyenlerini sağlamak için neleri kullandığı, dişlerini günde kaç kez fırçaladığı ve diş hekimine düzenli kontrollere gitme durumu sorgulanmıştır.

Anketin Uygulanması

Hekimlere kartopu metodu ile ulaşılarak, anketler google forms üzerinden gönderildi. Araştırmada ulaşabilecek en yüksek sayıda aile hekimine ulaşma planlandı. Cevaplama süresi yaklaşık 10 dakika olarak düşünüldü.

İstatiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamına Microsoft Excel 2010 programı ile aktarıldı. İstatistiksel analizler SPSS 27.0 paket programında yapıldı, verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımı, ortalama kullanımı için ki-kare analizi uygulandı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değerler anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 388 aile hekimi katıldı. Araştırmada hekimlerin ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin yaş, cinsiyet, medeni durumu, mesleki tecrübe ve unvanlarıyla ilişkisi incelendi.

Ankete katılan aile hekimlerinin %43,8'si (n=170) 31-40 yaş aralığındayken, %50,8'inin (n=197) erkek olduğu ve büyük çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olduğu öğrenildi. (sırasıyla %79,6 (n=309) ve %64,2 (n=249)) Hekimlerin % 43,6'sının (n=169) 10 yıl ve üstü mesleki tecrübeye sahip olduğu, %52,1'inin (n=202) pratisyen aile hekimi olduğu saptandı. (Tablo 9)

Tablo 9. Aile hekimlerinin sosyo-demografik verileri

		n (%)
Yaş	25-30	72 (18,6)
	31-40	170 (43,8)
	41-59	136 (35,1)
	60 yaş ve üzeri	10 (2,5)
Cinsiyet	Kadın	191 (49,2)
	Erkek	197 (50,8)
Medeni durum	Evli	79 (20,4)
	Bekar	309 (79,6)
Çocuk Sahibi Olma	Evet	249 (64,2)
	Hayır	139 (35,8)
Unvan	Aile hekimliği uzmanı	120 (30,9)
	Aile hekimi asistanı	202 (52,1)
	Pratisyen aile hekimi	66 (17,0)
Aile Hekimliğinde Çalışma Yılı	10 yıl altı	219 (56,4)
	10 yıl üstü	169 (43,6)

4.1. Hekimlerin Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları

Aile hekimlerine hastalar sırasıyla en çok ağrı(%95,4), şişlik(%74,7) ve ağız yarası(%50) şikayetleriyle başvurmaktaydı. Hekimlerin dental şikayetle başvuran hastalara en fazla ağrı, ekstraoral şişlik ve ateş şikayetlerinde antibiyotik reçete etmekte olduğu ve en çok penisilin grubu antibiyotik reçete ettikleri öğrenildi. Ağız içi lezyona neden olabilecek durumların sorgulandığı soruda, hekimlerin çoğunluğu sigara (%92,8), diyabet gibi sistemik hastalıklar (%94,1), yanak ısırma (%91) ve ağız içi protezlerin (%93,3) ağız içi lezyonlara neden olabileceğini belirtti. (Tablo 10)

Aile hekimlerinin hastalara ağız hijyenlerini sağlaması amacıyla en çok önerdikleri iki yöntem sırasıyla diş fırçalama (n=376, %96,9), düzenli diş hekimi kontrolüydü (n=274, %70,6). Aile hekimlerinin kendi ağız hijyenlerini sağlamak

için en çok kullandığı iki yöntem diş fırçalama ve diş ipi olarak belirlendi (sırasıyla %100, %54,6). Hekimlerin ağız içi lezyonla başvuran hastaları en fazla diş hekimi (%56,2) ve kulak burun boğaza (%30,9) yönlendirdiği belirlendi (Tablo 10).



Tablo 10. Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlara verdiği cevaplar

Hastalar size en çok hangi dental şikayetlerle başvurur ?	Ağrı (n %)	Şişlik (n %)	Ağız Yarası (n %)	Hassasiyet (n %)	Travma (n %)	Ağız kokusu-ağızda yanma (n %)
Evet (n %)	370 (95,4)	290 (74,7)	194 (50,0)	99 (25,5)	18 (4,6)	64 (16,5)
Hayır (n %)	18 (4,6)	98 (25,3)	194 (50,0)	289 (74,5)	370 (95,4)	324 (83,5)
Ağız içi durumların hangisinde antibiyotik reçete etmeyi tercih edersiniz ?	Ağrı (n %)	Ekstraoral Şişlik (n %)	Ağız İçi Yaralar (n %)	Ateş (n %)	Hassasiyet (n %)	Reçete etmeme (n %)
Evet (n %)	174 (44,8)	286 (73,7)	48 (12,4)	188 (48,5)	65 (16,8)	52 (13,4)
Hayır (n %)	214 (55,2)	102 (26,3)	340 (87,6)	200 (51,5)	323 (83,2)	336 (86,6)
Aşağıdaki durumlardan hangisi ağız içi lezyonlara sebep olabilir?	Dental Amalgam (n %)	Sigara (n %)	Dişabet gibi sistemik hastalıklar (n %)	Yanak Isırma (n %)	Ağız içi protezler (n %)	Dental protetik materyaller (n %)
Evet (n %)	152 (39,2)	360 (92,8)	365 (94,1)	353 (91,0)	362 (93,3)	219 (56,4)
Hayır (n %)	236 (60,8)	28 (7,2)	23 (5,9)	35 (9,0)	26 (6,7)	169 (43,6)
Ağız hijyeninizi sağlamak için aşağıdaki önlemlerden hangisini kullanırsınız ?	Diş fırçalama (n %)	Diş ipi (n %)	Kürdan (n %)	Ağız gargarası (n %)	Ara yüz fırçası (n %)	Misvak (n %)
Evet (n %)	388 (100,0)	212 (54,6)	63 (16,2)	207 (53,4)	76 (19,6)	33 (8,5)
Hayır (n %)	0 (0,0)	176 (45,4)	181 (46,6)	181 (46,6)	312 (80,4)	355 (91,5)
Ağız hijyeninin sağlanması için hastalara hangi önerilerde bulursunuz ?	Diş fırçalama (n %)	Diş ipi kullanımı (n %)	Ağız gargaraları (n %)	Düzenli diş hekimi kontrolü (n %)		
Evet (n %)	376 (96,9)	201 (51,8)	271 (69,8)	274 (70,6)		
Hayır (n %)	12 (3,1)	187 (48,2)	117 (30,2)	114 (29,4)		
Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğine yönlendirmeyi tercih edersiniz?	Diş Hekimi (n %)	Kulak Burun Boğaz (n %)	Dahiliye (n %)	Dermatoloji (n %)	Diğer (n %)	
(n %)	218 (56,2)	120 (30,9)	28 (7,2)	19 (4,9)	3 (0,8)	

Beşli likert ölçeği kullanılarak hazırlanan sorularda, hekimlerin büyük çoğunluğunun dental şikayetle gelen hastalara ağız içi muayene yaptığı (n= %82,5), dental şikayetle gelen hastayı diş hekimine yönlendirdiği (n= %95,6), ağız içi lezyon şikayeti ile başvuran hastalara ayırıcı tanı koyabildiği (n= %72,2), ağız içi lezyon şikayetiyle gelen hastalardan şüpheli durumlarda kan tetkiki istediği belirlendi (n= %78,3). Aile hekimlerinin hastalara ağız hijyenlerini sağlamaları için önerilerde bulundukları (n= %96,2), ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediği (n= %99,8), beslenmenin ağız sağlığı üzerinde etkisi olduğu (n= %99), düzenli diş hekimi kontrollerine gitmiş oldukları(n= %58,3), ağız ve diş sağlığı hakkında eğitime katılmalarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili farkındalıklarını artıracakları tespit edildi (n= %89,2). (Tablo 11)

Tablo 11. Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

	Kesinlikle katılıyorum (n %)	Katılıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kesinlikle katılmıyorum n (%)
Dental şikayetle gelen hastalarda ağız içi muayene yaparım.	164 (42,3)	156 (40,2)	29 (7,5)	15 (3,9)	24 (6,1)
Dental şikayetle gelen hastayı diş hekimine gönderirim.	251 (64,7)	120 (30,9)	11 (2,8)	1 (0,3)	5 (1,3)
Ağız içi lezyon şikayeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı koyarım.	88 (22,7)	192 (49,5)	74 (19,1)	7 (1,7)	27 (7,0)
Ağız içi lezyon şikayeti ile gelen hastalarda şüphelenilen durumlarda (malignite, dilde atrofi, mukoza solukluğu gibi) kan tetkiki isterim.	139(35,8)	165(42,5)	41(10,6)	8 (2,1)	35 (9,0)
Hastalara ağız hijyeninin sağlanması için önerilerde bulunurum.	230 (59,3)	143 (36,9)	10 (2,5)	1 (0,3)	4 (1,0)
Ağız ve diş sağlığı genel sağlığı etkiler.	313 (80,7)	74 (19,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(0,2)
Beslenmenin ağız sağlığı üzerine etkisi vardır.	310 (79,9)	74 (19,1)	3 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,2)
Diş hekimine düzenli kontrollere giderim.	109 (28,1)	117 (30,2)	84 (21,6)	14 (3,6)	64 (16,5)
Ağız ve diş sağlığı hakkında eğitime (seminer, panel gibi) katılmanın ağız ve diş sağlığı ile ilgili farkındalığımı artıracağını düşünürüm	235 (60,6)	111 (28,6)	28 (7,2)	5 (1,3)	9 (2,3)

Aile hekimlerinin cinsiyeti ile bir günde diş fırçalama sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0,001$) (Tablo 12) Hekimlerin düzenli diş hekimine gitme durumları ile cinsiyetleri ve çocuk sahibi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; cinsiyetle düzenli diş hekimi kontrolü anlamlı bulunmazken ($p=0,225$), çocuk sahibi olma durumuyla düzenli diş hekimi kontrolü gitme anlamlıydı. ($p < 0,001$) (Tablo 13)

Tablo 12. Cinsiyete göre aile hekimlerinin bir günde diş fırçalama sayıları

	Bir Günde Diş Fırçalama Sayıları				P
	1 (n%)	2 (n%)	3 (n%)	3+ (n%)	
Kadın (n%)	2 (1,0)	32 (16,8)	138 (72,3)	19 (9,9)	< 0,001*
Erkek (n%)	1 (0,5)	71 (36,0)	113 (57,4)	12 (6,1)	

Pearson ki-kare testi * $p < 0,05$

Tablo 13. Aile hekimlerinin cinsiyete ve çocuk sahibi olma durumuna göre diş hekimi kontrollerine gitme durumu

Diş hekimine düzenli kontrollere giderim.		Kesinlikle katılıyorum (n%)	Katılıyorum (n%)	Kararsızım (n%)	Katılmıyorum (n%)	Kesinlikle katılmıyorum (n%)	p değeri
Cinsiyet	Kadın	57 (29,8)	56 (29,3)	37 (19,4)	4 (2,1)	37 (19,4)	0,225
	Erkek	52 (26,4)	61 (31,0)	47 (23,9)	10 (5,1)	27 (13,7)	
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	66 (25,5)	90 (36,1)	40 (16,1)	13 (5,2)	40 (16,1)	<0,001*
	Hayır	43 (30,9)	27 (19,4)	44 (31,7)	1 (0,7)	24 (17,3)	

Pearson ki-kare testi * $p < 0,05$

Aile hekimliğinde çalışma yılı ile hekimlerin şişlik şikayetinde ağrı kesici reçete etme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,030$) 10 yıl altı çalışma yılına sahip hekimlerin 10 yıl ve üstü çalışma yılına sahip hekimlere göre şişlik şikayetinde daha fazla ağrı kesici reçete ettikleri tespit edildi. (Tablo 14)

Tablo 14. ‘Ağız içi durumlardan hangisinde ağrı kesici reçete edersiniz?’ sorusuna aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre verdiği cevaplar

		Ağrı (n %)		Şişlik (n %)		Hassasiyet (n %)		Ağız içi lezyon (n %)		Ateş (n %)		Ağrı kesici reçete etmeme (n %)	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aile hekimliğinde çalışma yılı	10 yıl altı (n %)	215(98,2)	4 (1,8)	117(53,4)	102 (46,6)	118(53,9)	101(46,1)	59 (26,9)	160 (73,1)	80 (36,5)	139(63,5)	3 (1,4)	216 (98,6)
	10 yıl ve üstü (n %)	163(96,4)	6 (3,6)	109(64,5)	60 (35,5)	99 (58,6)	70 (41,4)	45 (26,6)	124 (73,4)	79 (46,7)	90 (53,3)	5 (3,0)	164 (97,0)
p değeri		0,342		0,030*		0,409		1,000		0,048*		0,303	

fischer's exact testi *p<0,05

Aile hekimliğinde çalışma yılı ile hekimlerin ağız içi lezyon şüpheli durumlarda yönlendirdikleri klinik arasındaki ilişki anlamlı bulundu. ($p=0,02$) 10 yıldan daha az mesleki tecrübeye sahip hekimler, 10 yıl üstü çalışma süresine sahip hekimlere göre ağız içi lezyon şikayetiyle başvuran hastaları daha fazla diş hekimine yönlendirmekteydi. (Tablo 15)

Tablo 15. ‘Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğe yönlendirmeyi tercih edersiniz?’ sorusuna aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre verdiği cevaplar

		Diş Hekimi (n %)	Kulak Burun Boğaz (n %)	Dahiliye (n %)	Dermatoloji (n %)	Diğer (n %)	p değeri
Aile hekimliğinde çalışma yılı	10 yıl altı (n %)	132 (60,3)	51 (23,3)	20 (9,1)	13 (5,9)	3 (1,4)	0,02*
	10 yıl ve üstü (n %)	86 (50,9)	69 (40,8)	8 (4,7)	6 (3,6)	0 (0,0)	

Pearson ki-kare testi * $p<0,05$

Çalışma yılı 10 ve üstü olan hekimlerin %3,6’sı dental şikayetle gelen hastaları diş hekimine yönlendiririm önermesine katılmadığını belirtti. 10 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip hekimlerin %11,9’u ağız içi lezyon şikâyeti ile başvuran hastalara ayırıcı tanı koyamayacağını belirtti. Aile hekimliğinde çalışma yılı ile dental şikayetle gelen hastayı diş hekimine yönlendirme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p=0,079$), çalışma yılı ile ağız içi lezyon ile başvuran hastalara ayırıcı tanı koyma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,012$) (Tablo 16)

Tablo 16. Aile hekimlerinin çalışma yıllarına göre ağız ve diş sağlığına yönelik tutumları

Dental şikayetle gelen hastayı diş hekimine yönlendirim	Kesinlikle katılıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	Kararsızım (n %)	Katılmıyorum (n %)	Kesinlikle katılmıyorum (n %)	p değeri
10 yıl altı (n %)	147 (67,1)	66 (30,1)	6 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,079
10 yıl ve üstü (n %)	104 (61,5)	54 (32,0)	5 (3,0)	1 (0,6)	5 (3,0)	
Ağız içi lezyon şikayeti ile gelen hastalarda ayırıcı tanı koyarım	Kesinlikle katılıyorum (n %)	Katılıyorum (n %)	Kararsızım (n %)	Katılmıyorum (n %)	Kesinlikle katılmıyorum (n %)	p değeri
10 yıl altı (n %)	39 (17,8)	119 (54,3)	47 (21,5)	2 (0,9)	12 (5,5)	0,012*
10 yıl ve üstü (n %)	49 (29,0)	73 (43,2)	27 (16,0)	5 (3,0)	15 (8,9)	

Pearson ki-kare testi *p<0,05

Ekstraoral şişlik ve ağrı durumunda en çok antibiyotik reçete eden hekim grubu pratisyenlerken (sırasıyla n=153 %75,7, n=93 %46) ateş durumunda aile hekimliği asistanlarıydı (n=37 %56,1). Ağız içi durumlara göre antibiyotik reçete etme ile hekimlerin unvan durumuna göre arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi.(Tablo 17)

Tablo 17. Ağız içi durumların hangisinde antibiyotik reçete etmeyi tercih edersiniz? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar

Unvan	Ağrı (n %)		Ekstraoral şişlik (n %)		Ağız içi yaralar (n %)		Ateş (n %)		Hassasiyet (n %)		Reçete etmeme (n %)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aile hekimliği uzmanı (n %)	51 (42,5)	69 (57,5)	85 (70,8)	35 (29,2)	12 (10,0)	108 (90,0)	62 (51,7)	58 (48,3)	15 (12,5)	105 (87,5)	18 (15,0)	102 (85,0)
Aile Hekimi (Pratisyen) (n %)	93 (46,0)	109 (54,0)	153(75,7)	49 (24,3)	24 (11,9)	178 (88,1)	89 (44,1)	113(55,9)	38 (18,8)	164 (81,2)	27 (13,4)	175 (86,6)
Aile hekimliği asistanı (n %)	30 (45,5)	36 (54,5)	48 (72,7)	18 (27,3)	12 (18,2)	54 (81,8)	37 (56,1)	29 (43,9)	12 (18,2)	54 (81,8)	7 (10,6)	59 (89,4)
p değeri	0,821		0,614		0,256		0,166		0,322		0,702	

Pearson ki-kare testi p<0,05

Aile hekimlerinin unvanları ile ağız içi lezyona neden olabilecek durumlar arasındaki ilişki de incelendi. Aile hekimi uzmanlarının yaklaşık yarısı ($n = \%46,7$) dental amalgamın ağız içi lezyona sebep olabileceğini belirtirken, hekimlerin büyük çoğunluğu sistemik hastalıkların ($n = \%97,5$) ve ağız içi protezlerin ($n = \%93,3$) ağız içi lezyona sebep olabileceğini bildirdi. Aile hekimlerinin unvanları ile sigara, ağız içi protetik materyallerin ağız içi lezyonlara neden olma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulundu. (sırasıyla $p=0,040$, $p=0,043$) (Tablo 18)

Ağız içi lezyon bulunan hastaları hekimlerin unvana göre en çok hangi kliniğe yönlendirdiği de değerlendirildi. Bu hastaları diş hekimine en çok yönlendiren hekim grubu aile hekimi uzmanlarıyken ($n=74$ $\%61,7$) Kulak Burun Boğaz doktoruna en çok yönlendiren pratisyen aile hekimleriydi. ($n=75$ $\%37,1$) Aile hekimi unvanları ile şüphelenilen ağız içi lezyon durumunda kliniğe yönlendirme durumu ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. ($< 0,001$) (Tablo 19)

Tablo 18. Aşağıdaki durumlardan hangisi ağız içi lezyonlara sebep olabilir? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar

Unvan	Dental amalgam (n %)		Sigara (n %)		Diabet gibi sistemik hastalıklar (n %)		Yanak ısırma (n %)		Ağız içi protezler (n %)		Dental protetik materyaller (n %)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aile Hekimliği uzmanı (n %)	56 (46,7)	64 (53,3)	116 (96,7)	4 (3,3)	117 (97,5)	3 (2,5)	113 (94,2)	7 (5,8)	112 (93,3)	8 (6,7)	74 (61,7)	46 (38,3)
Aile Hekimi (Pratisyen) (n %)	73(36,1)	129 (63,9)	181 (89,6)	21 (10,4)	185 (91,6)	17 (8,4)	181 (89,6)	21 (10,4)	192 (95,0)	10 (5,0)	102 (50,5)	100 (49,5)
Aile hekimliği asistanı (n %)	23(34,8)	43 (65,2)	63 (95,5)	3 (4,5)	63 (95,5)	3 (4,5)	59 (89,4)	7 (10,6)	58 (87,9)	8 (12,1)	43 (65,2)	23 (34,8)
P	0,127		0,040*		0,082		0,341		0,129		0,043*	

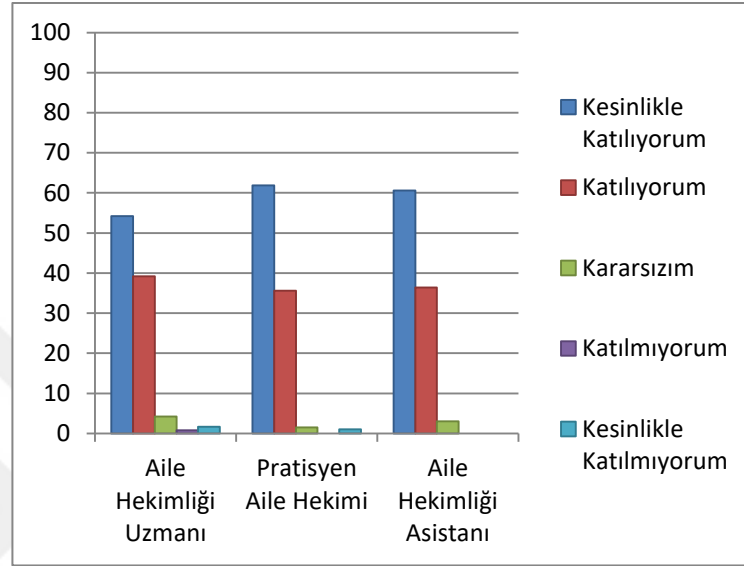
Pearson ki-kare testi *p<0,05

Tablo 19. Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğe yönlendirmeyi tercih edersiniz? sorusuna aile hekimlerinin unvanlara göre verdiği cevaplar

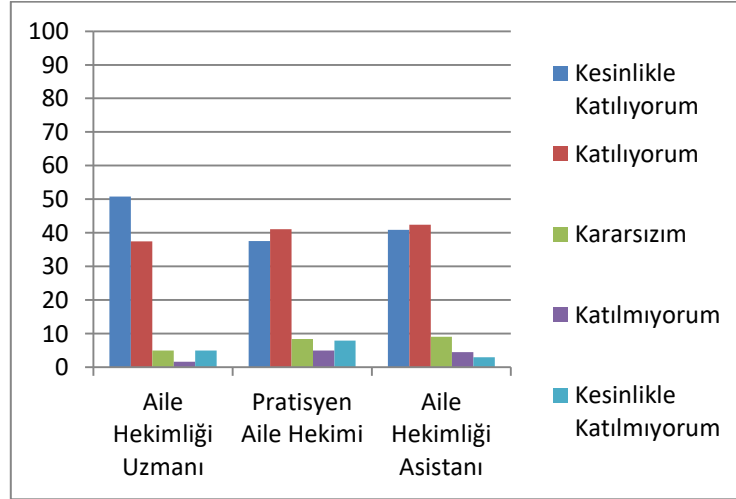
		Diş Hekimi (n %)	Kulak Burun Boğaz (n %)	Dahiliye (n %)	Dermatoloji (n %)	Diğer (n %)	p değeri
Unvan	Aile Hekimliği uzmanı (n %)	74 (61,7)	32 (26,7)	7 (5,8)	6 (5,0)	1 (0,8)	< 0,001*
	Aile Hekimi (Pratisyen) (n %)	110 (54,5)	75 (37,1)	8 (4,0)	7 (3,5)	2 (1,0)	
	Aile Hekimliği asistanı (n %)	34 (51,5)	13 (19,7)	13 (19,7)	6 (9,1)	0 (0,0)	

Pearson ki-kare testi * p<0,05

Hekimlerin unvanları fark etmeksizin ağız içi lezyon şikayetiyle başvuran hastalarda ayırıcı tanı koyma oranları benzerdi. (sırasıyla n=88 %73,3, n=148 %73,3, n=44 %66,7) (Şekil 1) Dental şikâyeti olan hastalara ağız içi muayene yapan hekimlerin oranı en yüksek aile hekimi uzmanlığındayken (%88) bunu aile hekimi asistanları (%83) izledi. (Şekil 2)

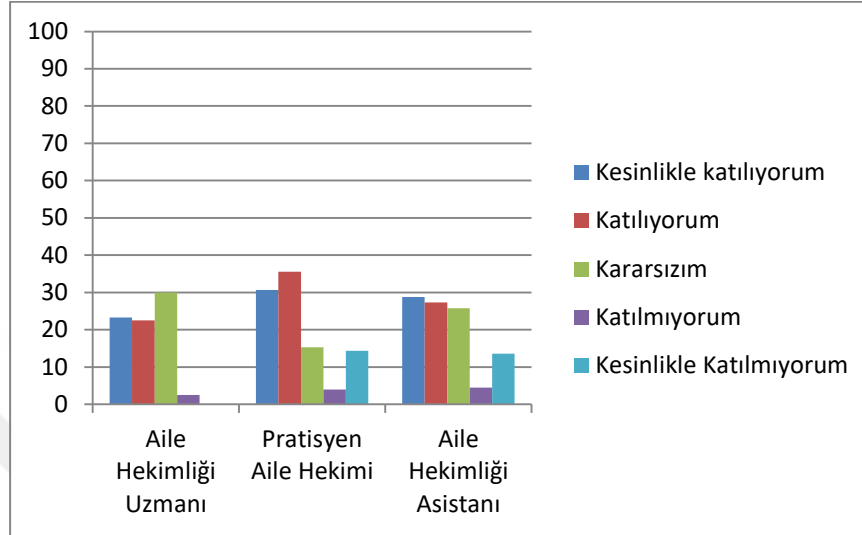


Şekil 1. Aile hekimlerinin ‘ağız içi lezyon şikâyeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı koyarım’ sorusuna verdiği yanıtlar



Şekil 2. Aile hekimlerinin dental şikâyetle gelen hastalarda ağız içi muayene yaparım sorusuna verdiği yanıtlar

Aile hekimi unvanları ile düzenli diş hekimi kontrollerine gitme durumu ilişkin değerlendirilmesi sonucunda unvan ile düzenli diş hekimine gitme durumu arasındaki fark anlamlı bulundu. ($p=0,025$) Diş hekimi kontrollerine Pratisyenler, uzman ve asistanlara göre daha düzenli gittiklerini belirttiler.



Şekil 3. Aile hekimlerinin unvanlara göre düzenli diş hekimi kontrollerine giderim sorusuna yanıtları

Hekimlerin çalışma yılları ve unvanları ile ekstraoral şişlikte en fazla reçete edilen antibiyotik grubu araştırıldı. Hekimlerin unvanları ve çalışma yılları fark etmeksizin ekstraoral şişlikte en fazla reçete ettiği antibiyotik grubu penisilindi. (Tablo 20) Unvan ve çalışma yıllarına göre antibiyotik grubu reçete etme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (sırasıyla $p=0,209$, $p= 0,184$)

Tablo 20. Ekstraoral şişlikte antibiyotik reçete eden hekimlerin çalışma yıllarına ve unvanlarına göre sıklıkla reçete ettikleri antibiyotik grupları

		Penisilin (n %)	Sefalosporin (n %)	Makrolid (n %)	Aminoglikozid (n %)	Reçete etmemeye (n %)	p değeri
Aile Hekimliğinde kaçıncı yıl	10 yıl altı (n %)	150 (92,0)	5 (3,1)	2 (1,2)	6 (3,7)	0 (0,0)	0,209
	10 yıl ve üstü (n %)	108 (89,3)	4 (3,3)	0 (0,0)	6 (5,0)	3 (2,5)	
	Aile Hekimliği Uzmanı (n %)	78 (91,8)	1 (1,2)	2 (2,4)	3 (3,5)	1 (1,2)	
Unvan	Aile Hekimi (pratisyen) (n %)	136 (88,9)	8 (5,2)	0 (0,0)	8 (5,2)	1 (0,7)	0,184
	Aile Hekimliği asistanı (n %)	46 (95,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (2,1)	

Pearson ki-kare testi p<0,05

5. TARTIŞMA

Ağız ve diş sağlığı problemleri dünya genelinde sık karşılaşılan sağlık sorunları arasındadır.¹ Diş çürüğü, dişin sert dokusunda yıkıma neden olan, ilk aşamada bulgu vermeyen, geri dönüşümü olmayan bir hastalık olması ile birlikte, diğer sistemleri de etkilemesi, gerekli korunma önlemleri alınmadığında iş gücü ve maddi kayıplara yol açması nedeniyle halk sağlığı açısından önemli bir sorun arz etmektedir.² Diş çürüğü, konak duyarlılığına bağlı olarak bulaşıcılık göstermektedir.³ Ağız ve diş sağlığı problemlerinin iyileştirilmesinde diş hekimlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunan diğer hekimlere de önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimler ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmalı ve hastalarına yol gösterebilmelidir. Doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini artırmalarının, hastalarına da yararlı olabilmeleri açısından önemlidir.⁵

Birinci basamak sağlık kurumlarının amacı en hızlı ve etkili şekilde tedaviyi ulaştırmaktır. Ağız ve diş sağlığının korunmasında aile hekimliği etkili olmaktadır.⁴ Bu nedenlerle aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi seviyelerinin, koruyucu önerileri verebilecek ve gerekli görüldüğü zamanlarda diş hekimine yönlendirilebilecek seviyede olması önemlidir. Son araştırmalar aile hekimliği sistemine ağız ve diş sağlığının entegrasyonunu tavsiye etmektedir.^{85, 86}

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin topluma yönelik şekilde multidisipliner olması hedeflenmektedir.⁸⁷

Ülkemizde toplumsal ağız ve diş sağlığı hizmetleri genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılandığı merkezlerde verilmekte olup diş hekimi dışındaki sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin rolleri oldukça önemlidir.⁸⁷ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2001 yılında yayınlanan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sorumluluklar Yönergesi”nde birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından sunulacak ağız ve diş sağlığı hizmetleri (madde 58) şöyle tanımlanmıştır:

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesi ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanması,
- Diş hekimliği fakülteleri eğitim programı içinde koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin artırılması,

- Sağlık personeli yetiştiren okulların eğitim programlarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili programların yer almasıdır.⁸⁸

Bu maddelerde de belirtildiği gibi bütün sağlık personellerine ağız ve diş sağlığı ile ilgili önemli sorumluluklar düşmektedir.

Bu çalışma Türkiye'deki aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine ve aile hekimliği asistanlarına dental şikayetle başvuran hastalara karşı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, eksik ya da yanlış bilinen konuları saptamak ve yapılabilecek iyileştirmelerle ilgili önerilerde bulunmak amacıyla google forms üzerinden hazırlanıp online doldurulan 25 soru içeren bir anket çalışmasıdır. Anket soruları çalışmanın araştırma ekibi tarafından oluşturulmuş olup anketler google formlar üzerinden hekimlere ulaştırılmıştır. Anket 6 soru demografik bilgileri, 15 soru ağız ve diş sağlığı ile ilgili soruları ve 4 soru hekimlerin kendi oral hijyenleri ile ilgili özbakım soruları içermektedir. Çalışmaya 388 aile hekimi katılmıştır.

Diş fırçalamanın, çürük riskini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Dişlerini günde iki kez fırçalayanların ve fırçalama alışkanlığını erken yaşta kazananların daha az çürüğe sahip olduğu bildirilmiştir.⁸⁹ Ayan ve arkadaşlarının 112'si 1.sınıf, 96'sı 6.sınıf olmak üzere 208 tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, bir günde diş fırçalama sıklığı sorgulanmıştır.⁹⁰ Çalışmanın sonucuna göre 1. ve 6. sınıf tıp öğrencilerinin büyük çoğunluğu günde iki kere diş fırçaladığını bildirmiştir. (sırasıyla %71,4 ve %76,1). Naseem ve arkadaşları (Pakistan) yaptıkları çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %55,9'unun günde iki kez, %36,7'sinin ise günde yalnızca bir kez diş fırçaladıklarını bildirmişlerdir.⁹¹ Kumar ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı çalışmada günde 2 veya daha fazla kez diş fırçalama oranı %53,33 olarak tespit edilmiştir.⁹² Ülkemizde yürütülen diğer bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin günde en az iki kez düzenli diş fırçalama oranı %54,10, düzenli diş ipi kullanımı oranı %4 olarak bildirilmiştir.⁹³ Ülkemizde toplum genelinde günde iki veya daha fazla kez diş fırçalama sıklığı %26 olarak bildirilmiştir.⁹⁴ Bizim çalışmamızda % hekimlerin %64,7'si günde üç, %26,5'u günde iki kez diş fırçaladıklarını belirtti. Çalışmamızda aile hekimlerinin diş fırçalama sayısının Türkiye ortalamasından daha yüksek olduğu görüldü. Kişisel hijyen anlayışının nispeten daha düşük olduğu ülkelerden olan Hindistan'da görev yapan hekimlerle karşılaştırıldığında da araştırmamızdaki hekimlerin diş fırçalama sıklığının

daha fazla olduğu görüldü. Diş fırçalama alışkanlıklarının yaşanılan coğrafyaya, sosyoekonomik duruma ve eğitim seviyesine göre değişmesinin bu farklılığın nedenlerinden biri olarak gösterilebilir.

Erbul'un çalışmasında hekimlerin cinsiyete göre diş fırçalama sıklığı değerlendirilmiş olup, çalışmaya katılan kadın hekimlerin diş fırçalama sıklığının erkek hekimlere oranla daha fazla (%78.1-%37.7) olduğu istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.001$) bulunmuştur.⁸⁹ Bu bulgular Kuveyt Üniversitesi'nde tıp, eczacılık ve diş hekimliği fakültesi öğrencileri arasında oral sağlık bilgi, yaklaşım ve davranışlarını değerlendiren çalışmayla uyumludur.⁹⁵ Öğrencilerin %94,7'sinin günde en az bir kez dişlerini fırçaladığı belirlenmiştir. Günde iki kez diş fırçalama kadın öğrenciler arasında erkek öğrencilere göre daha yaygın bulunmuştur. (%79,7'ye karşılık %46,6, $p < 0,001$)⁹⁵ Bu çalışmanın sonucuna göre de erkeklerin diş fırçalama sıklığının kadınlardan daha az olduğu saptanmıştır.

Ayan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci sınıf tıp fakültesi ile altıncı sınıf öğrencilerinin diş hekimine düzenli kontrollere gitme oranları oldukça düşük bulunmuş (sırasıyla %9,8, %12) ve bu iki sınıf arasında kontrollere gitme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. ($p=0,011$)⁹⁰ Yıldırım'ın yaptığı çalışmada asistan hekimlerinin çoğu (% 58,8) şikayetleri oldukça diş hekimine gittiklerini belirtmişlerdir.⁹⁶ Erbul'un yaptığı çalışmada ise hekimlerin yarısından fazlası (%62,4) ağrısı olduğunda diş hekimine gittiğini bildirmiştir.⁸⁹ Al Hussaini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Kuveyt Üniversitesi'nde tıp, eczacılık ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin yarısına yakını (%43,7) ihtiyaç duyduğunda diş hekimine gittiğini belirtmiştir.⁹⁵ Bizim çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının % 45,8'i, pratisyen aile hekimlerinin % 66,3'ü, aile hekimliği asistanlarının %100'ü diş hekimine düzenli kontrollere gittiklerini belirtmiştir. Erbul'un çalışmasında hekimlerin cinsiyetleri ile diş hekimine gitme sıklığı ilişkisi arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuş, kadın hekimlerin diş hekimi kontrollerine daha çok gittiği saptanmıştır.⁸⁹ Bu çalışmada ise cinsiyet ile diş hekimine düzenli kontrole gitme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hekimlerin çoğunun (% 58,3) düzenli kontrollere gittikleri tespit edildi.

Tam bir ağız hijyeni için diş fırçalamaya ek olarak günde bir kez ağız gargarası, diş ipi veya ara yüz fırçası kullanımı önerilmektedir. Birinci sınıf tıp

fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenciler en çok kullandığı iki ağız hijyen prosedürü, şekersiz sakız ve ağız gargarasıyken (sırasıyla %25,9, %24,1) % 26,8'i hiçbir şey kullanmadıklarını belirtmişlerdir.⁹⁰ Ülkemizde hekimler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hekimlere diş fırçalamak dışındaki ağız hijyeni alışkanlıkları sorulduğunda %43,8'i herhangi bir bakım ürünü kullanmadığını belirtmiştir.⁹⁶ Bir ürün kullandığını belirten katılımcıların en çok kullandığı ürün ise %49,6 oranıyla ağız gargarası olarak bildirilmiştir. Çin Halk Cumhuriyeti'nde tıp fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmalarında, katılan hekimlerin %64,7'si herhangi bir ağız bakım ürünü kullanmadığını belirtirken, bir ürün kullandığını belirten katılımcılarda en yüksek oran %29 ile diş ipi olarak belirlenmiştir.⁹⁷ Bu çalışmada hekimlerin tümünün diş fırçaladığı, aile hekimliği uzmanları, pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği asistanlarının ek oral hijyen prosedürü olarak en çok diş ipi ve ağız gargarası kullandığı tespit edildi. Çalışmaların sonuçlarının farklı olmasının nedeni, kültürel farklılıklar unvan ve meslekte geçen zaman ve tecrübenin oral hijyen farkındalığının artmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediği bilinmektedir.⁸⁹ Ayan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada "Ağız sağlığının genel vücut sağlığı için önemli olduğunu düşünüyorum." önermesine tüm öğrenciler katılmıştır.⁹⁰ Erbul ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimlerin %98,8'i bu önermeye katılmıştır. Bizim çalışmamıza katılan aile hekimlerinin % 98,8'i ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediğini belirtmiştir. Bu sorunun cevabı düşünüldüğünde elde edilen bulgular literatürle uyumludur.

Ağız ve diş sağlığı problemlerinin iyileştirilmesinde diş hekimlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunan diğer hekimlere de önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimler ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olması hastalarına yol gösterebilmek açısından büyük önem taşımaktadır.⁵ Efeoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin çoğunun ağız ve diş sağlığı konusunda kendini yetersiz hissettiği ve %74,4'ünün ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi sahibi olunmasının gerekliliğini düşündüğü bildirilmiştir.⁹⁸ Erbul'un çalışmasında ağız ve diş sağlığı konusunda hekimlerin %82,4'ünün ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim almak istediği bulunmuştur.⁸⁹ Çalışmamıza katılan hekimlerin de % 89,2'si ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim almanın farkındalıklarını artıracaklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman hekimlerin ağız ve diş sağlığı konusunda

çoğunlukla kendilerini yetersiz hissettiği ve bu konu ile ilgili bir eğitim almak istediği görülmüştür.

Literatür, öğrenmeye yönelik bütünsel bir yaklaşımın, bilginin bağlamsallaştırılmasını ve uygulanmasını kolaylaştırarak klinik akıl yürütmeyi geliştirebileceğini göstermiştir.⁹⁹ Muller ve arkadaşları tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada, görüşülen hekim ve öğrencilerin, kazanılan bilginin daha sonra hatırlanacağı bir bağlamda öğrenildiğinde daha anlamlı ve ilgili olması nedeniyle entegre bir müfredatın öğrenme deneyimini iyileştirdiği görüşünde olduklarını bulmuşlardır.¹⁰⁰ Carter ve Ogden, Dundee Üniversitesi'ndeki tıp fakültesinde Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanları tarafından ağız hastalıkları üzerine eğitim verilmesinin altını çizmiştir.¹⁰¹ Bu sonuçlar ışığında hekimlerin farkındalığını artırmak ve bilgilerini tazelemek amacıyla, lisans eğitimi süresince ve mezuniyet sonrasında ağız ve diş sağlığının korunması ile ilgili eğitim, seminer gibi bilgilendirme yapılmasının gerekli olduğu düşünülmüştür.

Teşhis için invaziv testlerin gerekli olabileceği diğer malignitelerin aksine, ağız kanserleri genellikle başlangıçta ağız boşluğunun gözle muayene edilmesiyle tespit edilebilir. Ağız boşluğunu incelemek için hekimlerin neyin normal, neyin anormal olduğu ve başka bir yere sevk edilmesi gerektiği konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Potansiyel risk faktörlerinin bilgisi, diğerlerine göre daha fazla risk altındaki hastaların hedefli olarak izlenmesine olanak tanıyabilir ve belirti ve semptomlara ilişkin farkındalık, uygulayıcıların olası malign hastalıkları hızlı bir şekilde tanımlamasına olanak tanıyacaktır. Richeal ve Christine'nin İrlanda'da yaptıkları çalışmada hekimlerin %98,7'si sigaranın ağız içi lezyonlara neden olabileceğini söylemişlerdir.¹⁰² Bizim çalışmamızda da bahsi geçen çalışmayla uyumlu bulgular elde edildi (sigaranın ağız lezyonuna sebep olacağını düşünen hekim oranı % 92,8) ve hekimlerin unvanları ile sigaranın ağız içi lezyona neden olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p=0,040)

Richeal ve Christine'nin çalışmasında hekimlerin ağız içi malignite şüphesinde hastaları en sık Kulak Burun Boğaz'a (KBB'ye), ikinci en sık olarak diş hekimine yönlendirdikleri bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre pratisyen hekimlerin % 65,3'ü ile büyük kısmının hastalarında oral mukozaları rutin olarak muayene ettikleri, hekimlerin büyük kısmının maligniteleri yakalamada kendilerine güvenemediklerini bildirmiştir. Mezuniyet öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı eğitimi alınması ile bu konudaki özgüvenin arttığı ve sağlık çalışanlarının

neredeysse tamamının oral hastalıkların önlenmesinde aile hekimliğinin önemli olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir.¹⁰² Bu çalışmada ise aile hekimlerinin oral lezyon şikayeti ile başvuran hastaları en sık diş hekimine, ikinci olarak KBB kliniğine yönlendirdiklerini bulundu. Çalışma yılı ile şüphelenen durumlarda ilgili kliniğe yönlendirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p=0,02$) 10 yıl altı çalışma yılına sahip hekimler aile hekimlerinin ağız içi lezyon şikayetiyle gelen hastaları, şüphelenen durumlarda daha çok diş hekimlerine yönlendirdikleri, 10 yıl ve üstü çalışan hekimlerin ise daha çok KBB kliniğine yönlendirdikleri tespit edildi. Ayrıca bu çalışmaya katılan hekimlerin çoğunluğu ağız içi lezyon teşhis ettiklerinde ayırıcı tanı koyabildiğini, bu durum ile hekimlerin çalışma yılları arasında istatistiksel bir ilişki olduğu bulundu. ($p=0,012$)

Yapılan literatür taramalarında aile hekimlerine en çok hangi dental şikayetlerle başvurulduğu, hangi dental durumlarda antibiyotik, ağrı kesici ve antiseptik reçete ettikleri, hastalara hangi grup antibiyotik reçete ettikleri konusunda bir çalışmaya rastlanmadı. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hastaların aile hekimlerine en sık ağrı, şişlik ve ağız yarası şikayetleriyle başvurdukları tespit edildi. Aile hekimlerinin çoğunun sıklıkla ağrı, şişlik ve ateş durumlarında antibiyotik reçete ettiği saptandı. Dental ağrı durumunda rutinde antibiyotik reçete edilmemektedir. Yaptığımız çalışmada hekimlerin %44,8'i ağrı durumunda antibiyotik reçete ettiklerini belirttiler. Gram-pozitif, Gram-negatif ve anaerobik bakterinin birlikte bulunması polimikrobiyal enfeksiyonları oluşturmaktadır. Bu bakterilerle oluşan enfeksiyonların tedavisinde sınırlı sayıda antibiyotikten yararlanılmaktadır. Bu antibiyotikler arasında penisilinler (penisilin V, ampisilin, amoksisilin, amoksisilin-klavulanik asit), 1. kuşak sefalosporinler, metronidazol ve klindamisin ön planda yer almaktadır.¹⁰³ Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (% 80,7) penisilin grubu antibiyotik reçete etmekteydi. Çocuk sahibi olma ile ateş şikayetinde antibiyotik reçete etme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu çalışma ile literatürde aile hekimlerinin hangi durumlarda antibiyotik, ağrı kesici ve antiseptik reçete ettikleri konusunu içeren çalışmaların eksikliğini gidermeyi amaçladık.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; soruların kapalı uçlu olması, araştırmaya katılımın online anket formu ile gerçekleşmesi nedeniyle katılımcıların sorulara

verdikleri yanıtların güvenilirliği ve son olarak da tüm Türkiye’de ulaşılabilen hekim sayısının az olmasıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’deki aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerine ve aile hekimliği asistanlarına dental şikayetle başvuran hastalara karşı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği mevcut çalışmada ;

1. Diş fırçalamanın, çürük riskini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Dişlerini günde iki kez fırçalayanların ve fırçalama alışkanlığını erken yaşta kazananların daha az çürüğe sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerinin çoğunun (%64,7) günde üç kez diş fırçaladıklarını,

2. Çalışmamızdaki hekimlerin unvanları fark etmeksizin kullandıkları oral hijyen yöntemlerinin diş fırçası, diş ipi ve ağız gargarası olduğunu,

3. Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının % 45,8’i, pratisyen aile hekimlerinin % 66,3’ü, aile hekimliği asistanlarının %100’ü düzenli diş hekimi kontrollere gittiklerini,

4. Çalışmamıza katılan aile hekimlerin % 89,2’si ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim almanın farkındalıklarını artıracaklarını belirttiler.

5. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin çoğunun sıklıkla ağrı, şişlik ve ateş durumlarında antibiyotik reçete ettikleri tespit edildi.

Çalışmanın bulgularına baktığımızda, Tıp fakültesi müfredatlarında ve aile hekimliği uzmanlık programlarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili konuların üzerinde durulması ve aile hekimlerinin temel düzeyde ağız ve diş muayenesi konusunda eğitim almalarının ağız diş sağlığının iyileşmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Seminerler, paneller ve broşürler hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgilerini artırmaya yardımcı olabilir. Aile hekimleri, içinde bulunduğu toplumun tüm sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına, toplumcu olma özelliği ile ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgilerinin güncel olması büyük önem arz etmektedir.

Aile hekimleri, yalnızca bir sisteme yönelik değil vücudun tümüyle ilgilenmektedir. Aile hekimleri hastaya bütüncül yaklaşarak kişi merkezli değerlendirmeleri ve kapsamlı yaklaşım ilkesiyle ağız ve diş sağlığı açısından yüksek risk faktörüne sahip hastaları ayırt edebilmeli, özgün problem çözme

yetilerini kullanarak ayrımlaşmamış erken dönemde kendilerine başka şikayetlerle başvuran hastaları tanıyabilmeli ve gerekli durumlarda hastaları diş hekimlerine yönlendirebilmelidir. Aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki farkındalıklarının artması ile ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi sağlanabilir. Bu sayede bireylerin ağız ve diş sağlığının daha da kötü hale gelmesinin önüne geçilebilir, tedavi için harcanan maliyet ve iş yükü azaltılarak sağlık politikalarına katkıda bulunulabilir.



KAYNAKÇA

- 1.Chung LH, Shain SG, Stephen SM, Weintraub JA. Oral health status of San Francisco public school kindergarteners 2000-2005. *J Public Health Dent.* 2006;66(4):235-241.
- 2.Bertan M GÇ. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 1995. 119-155 p.
- 3.Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51-59.
- 4.Grocock R, Holden B, Robertson C. The missing piece of the body? Oral health knowledge and confidence of doctors. *Br Dent J.* 2019;226(6):427-431.
- 5.Ramirez JH, Arce R, Contreras A. Why must physicians know about oral diseases? *Teach Learn Med.* 2010;22(2):148-155.
6. Bakanlığı. S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. 1. Baskı. Ankara: Mavi Ofset Yayınları; 2004. p.35-40. p.
- 7.DİKİCİ M, Kartal M, Alptekin S, Cubukcu M, Ayanoglu A, Yaris F. Concepts, task in family medicine and history of the discipline: medical education. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi.* 2007;27(3).
- 8.Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
- 9.G. D. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. 1. Baskı.. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası; 2009.
- 10.Uğurlu M, Üstü Y. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Medical Journal.* 2018;18(1):123-128.
- 11.Abass MM. Body mass index and dental caries: University of Baghdad; 2022.
- 12.Caufield PW, Griffen AL. Dental caries: an infectious and transmissible disease. *Pediatric Clinics of North America.* 2000;47(5):1001-1019.
- 13.JMt C. Current concepts on the theories of the mechanism of action of fluoride. *Acta Odontol Scand.* 1999;57(6):325-329.
- 14.McDonald RE. Dental caries in the child and adolescent. *Dentistry for the Child and Adolescent.* 2000:209-246.
- 15.Doğan BG GS. Türkiye’de diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimi *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008. p. 45-47.
- 16.Krol DM. Dental caries, oral health, and pediatricians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2003;33(8):253-270.
- 17.Foster T, Perinpanayagam H, Pfaffenbach A, Certo M. Recurrence of early childhood caries after comprehensive treatment with general anesthesia and follow-up. *J Dent Child (Chic).* 2006;73(1):25-30.
- 18.Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.
- 19.Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics.* 2000;106(6):E84.

20. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl.* 1986;3:S1-226.
21. Macintyre PE, Schug S, Scott D, Visser EJ, Walker SM. Acute pain management: scientific evidence: Australian and New Zealand College of Anaesthetists; 2010.
22. Gibson SJ. IASP global year against pain in older persons: highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. *Expert Rev Neurother.* 2007;7(6):627-635.
23. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Med.* 2010;11(12):1859-1871.
24. Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med.* 2004;140(6):441-451.
25. Law AS, Nixdorf DR, Rabinowitz I, Reams GJ, Smith JA, Jr., Torres AV, Harris DR. Root canal therapy reduces multiple dimensions of pain: a national dental practice-based research network study. *J Endod.* 2014;40(11):1738-1745.
26. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's pathways of the pulp-e-book: Elsevier Health Sciences; 2020.
27. Levin LG, Law AS, Holland GR, Abbott PV, Roda RS. Identify and define all diagnostic terms for pulpal health and disease states. *J Endod.* 2009;35(12):1645-1657.
28. Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular cheilitis, part 2: nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment. *Cutis.* 2011;88(1):27-32.
29. Stoopler ET, Sollecito TP. Oral mucosal diseases: evaluation and management. *Med Clin North Am.* 2014;98(6):1323-1352.
30. YURTTAŞ M, BOZDEMİR E, KARAGÖZ B. ORAL BULGU VEREN OTOİMMÜN HASTALIKLAR. *Dental and Medical Journal-Review.* 2022;4(2):103-115.
31. Alkan EA, Dikilitaş A, Alkan Ö, Parlar A. Sigara ve periodontal hastalık ilişkisi. *Acta Odontologica Turcica.* 2013;30(1):49-53.
32. Muzyka BC, Epifanio RN. Update on oral fungal infections. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):561-581.
33. Farah CS, Lynch N, McCullough MJ. Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Aust Dent J.* 2010;55 Suppl 1:48-54.
34. Giannini PJ, Shetty KV. Diagnosis and management of oral candidiasis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44(1):231-240, vii.
35. Laudenbach JM, Epstein JB. Treatment strategies for oropharyngeal candidiasis. *Expert Opin Pharmacother.* 2009;10(9):1413-1421.
36. Ship JA, Vissink A, Challacombe SJ. Use of prophylactic antifungals in the immunocompromised host. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl:S6.e1-14.

- 37.Sollecito TP, Stoopler ET. Clinical approaches to oral mucosal disorders. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):ix-xi.
- 38.Reamy BV, Derby R, Bunt CW. Common tongue conditions in primary care. *Am Fam Physician.* 2010;81(5):627-634.
- 39.Balasubramaniam R, Kuperstein AS, Stoopler ET. Update on oral herpes virus infections. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):265-280.
- 40.Stoopler ET, Balasubramaniam R. Topical and systemic therapies for oral and perioral herpes simplex virus infections. *J Calif Dent Assoc.* 2013;41(4):259-262.
- 41.Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(5):737-763; quiz 764-736.
- 42.Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex labialis. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32(6):625-630.
- 43.Woo SB, Challacombe SJ. Management of recurrent oral herpes simplex infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl:S12.e11-18.
- 44.Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):281-297.
- 45.Baccaglini L, Lalla RV, Bruce AJ, Sartori-Valinotti JC, Latortue MC, Carrozzo M, Rogers RS, 3rd. Urban legends: recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis.* 2011;17(8):755-770.
- 46.Chattopadhyay A, Shetty KV. Recurrent aphthous stomatitis. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44(1):79-88, v.
- 47.Stoopler ET, Musbah T. Recurrent aphthous stomatitis. *Cmaj.* 2013;185(5):E240.
- 48.Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc.* 2002;68(8):494-499.
- 49.Stoopler ET, Sollecito TP, DeRossi SS. Oral lichen planus. Update for the general practitioner. *N Y State Dent J.* 2003;69(6):26-28.
- 50.Ni Riordain R, Meaney S, McCreary C. Impact of chronic oral mucosal disease on daily life: preliminary observations from a qualitative study. *Oral Dis.* 2011;17(3):265-269.
- 51.De Rossi SS, Ciarrocca K. Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dent Clin North Am.* 2014;58(2):299-313.
- 52.Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatol Ther.* 2010;23(3):251-267.
- 53.Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci.* 2007;49(2):89-106.
- 54.Lavanya N, Jayanthi P, Rao UK, Ranganathan K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;15(2):127-132.

- 55.Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch Oral Biol.* 2013;58(9):1057-1069.
- 56.Lodi G, Pellicano R, Carrozzo M. Hepatitis C virus infection and lichen planus: a systematic review with meta-analysis. *Oral Dis.* 2010;16(7):601-612.
- 57.Villarroel Dorrego M, Correnti M, Delgado R, Tapia FJ. Oral lichen planus: immunohistology of mucosal lesions. *J Oral Pathol Med.* 2002;31(7):410-414.
- 58.Eisen D. The clinical manifestations and treatment of oral lichen planus. *Dermatol Clin.* 2003;21(1):79-89.
- 59.McCreary CE, McCartan BE. Clinical management of oral lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1999;37(5):338-343.
- 60.Santoro FA, Stoopler ET, Werth VP. Pemphigus. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):597-610.
- 61.Gupta VK, Kelbel TE, Nguyen D, Melonakos KC, Murrell DF, Xie Y, Mullard A, Reed PL, Seiffert-Sinha K, Sinha AA. A globally available internet-based patient survey of pemphigus vulgaris: epidemiology and disease characteristics. *Dermatol Clin.* 2011;29(3):393-404, vii-iii.
- 62.Sarig O, Bercovici S, Zoller L, Goldberg I, Indelman M, Nahum S, Israeli S, Sagiv N, Martinez de Morentin H, Katz O, Baum S, Barzilai A, Trau H, Murrell DF, Bergman R, Hertl M, Rosenberg S, Nöthen MM, Skorecki K, Schmidt E, Zillikens D, Darvasi A, Geiger D, Rosset S, Ibrahim SM, Sprecher E. Population-specific association between a polymorphic variant in ST18, encoding a pro-apoptotic molecule, and pemphigus vulgaris. *J Invest Dermatol.* 2012;132(7):1798-1805.
- 63.Ettlin DA. Pemphigus. *Dent Clin North Am.* 2005;49(1):107-125, viii-ix.
- 64.Avgerinou G, Papafragkaki DK, Nasiopoulou A, Markantoni V, Arapaki A, Servitzoglou M, Katsambas A, Stavropoulos PG. Correlation of antibodies against desmogleins 1 and 3 with indirect immunofluorescence and disease status in a Greek population with pemphigus vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(4):430-435.
- 65.Zagorodniuk I, Weltfriend S, Shtruminger L, Sprecher E, Kogan O, Pollack S, Bergman R. A comparison of anti-desmoglein antibodies and indirect immunofluorescence in the serodiagnosis of pemphigus vulgaris. *Int J Dermatol.* 2005;44(7):541-544.
- 66.Czernik A, Camilleri M, Pittelkow MR, Grando SA. Paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: 20 years after. *Int J Dermatol.* 2011;50(8):905-914.
- 67.Edgin WA, Pratt TC, Grimwood RE. Pemphigus vulgaris and paraneoplastic pemphigus. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20(4):577-584.
- 68.Xu HH, Werth VP, Parisi E, Sollecito TP. Mucous membrane pemphigoid. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):611-630.
- 69.Setterfield J, Theron J, Vaughan RW, Welsh KI, Mallon E, Wojnarowska F, Challacombe SJ, Black MM. Mucous membrane pemphigoid: HLA-DQB1*0301 is associated with all clinical sites of involvement and may be linked to antibasement membrane IgG production. *Br J Dermatol.* 2001;145(3):406-414.

- 70.Chan LS. Mucous membrane pemphigoid. *Clin Dermatol*. 2001;19(6):703-711.
- 71.I. B, . Management and Prevention of Dental Infections. 2003 [Available from: www.medscape.com].
- 72.Bayındır Y. Dental infeksiyonlarda doğru antibiyotik kullanımı. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2003;10(4).
- 73.Swift JQ, Gulden WS. Antibiotic therapy--managing odontogenic infections. *Dent Clin North Am*. 2002;46(4):623-633, vii.
- 74.Bacchi S, Palumbo P, Sponta A, Coppolino MF. Clinical pharmacology of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a review. *Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem*. 2012;11(1):52-64.
- 75.Simmons DL, Botting RM, Hla T. Cyclooxygenase isozymes: the biology of prostaglandin synthesis and inhibition. *Pharmacol Rev*. 2004;56(3):387-437.
- 76.Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, Taubert KA. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2007;115(12):1634-1642.
- 77.Moran JM. Home-use oral hygiene products: mouthrinses. *Periodontol 2000*. 2008;48:42-53.
- 78.Gömeç Y, Öncü B, Yaman B. Toplumumuzda Ağız Gargaralarının Kullanım Sıklığı. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*. 2011;44(2):115-124.
- 79.Yalnız AM, Gönder HY. Yetişkin Popülasyonda Ağız Gargaralarının Kullanım Sıklığı. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2021;11(3):546-553.
- 80.Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-260.
- 81.Bilen YZ. Sabit ortodontik tedavi gören hastalarda akıllı diş fırçası kullanımının Periodontal durum ve mine demineralizasyonu üzerine etkileri. 2019.
- 82.Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. *J Clin Periodontol*. 2015;42 Suppl 16:S92-105.
- 83.Özgenç G, Erdoğan Zb, Karasu Yö. Ağız Ve Diş Sağlığının Korunmasında Güncel Dental Hijyen Yaklaşımları. *Ağız Ve Diş Sağlığına Bütüncül Bakış: Sağlığın Korunması*. 2024:31.
- 84.Nagarakanti S, Epari V, Athuluru D. Knowledge, attitude, and practice of medical doctors towards periodontal disease. *J Indian Soc Periodontol*. 2013;17(1):137-139.
- 85.Thema LK, Singh S. Integrated primary oral health services in south africa: The role of the phc nurse in providing oral health examination and education: Open forum. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2013;5(1):1-4.

- 86.Rabiei S, Mohebbi SZ, Yazdani R, Virtanen JI. Primary care nurses' awareness of and willingness to perform children's oral health care. *BMC Oral Health*. 2014;14:26.
- 87.Çalışkan D, Yaşar F, Demirören M, Tunçbilek A. Tıp Fakültesi 5. dönem öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin ağız ve diş sağlığı ile ilgili görev ve sorumlulukları konusunda görüşleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2005;19(19):8-13.
- 88.Müdürlüğü. TCSBTSHG. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 2001:31-77.
- 89.Çoruh Erbul İ. Rize Merkez İlçesindeki acil tıp ve çocuk hastalıkları servisleri ile aile sağlığı merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi/Diş Hekimliği Fakültesi; 2019.
- 90.Gizem A, Misilli T, Buldur M, Örcünlü Oa, Taner H. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ağız-Diş Sağlığına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Dergisi*. 2023;5(2):83-91.
- 91.Naseem S, Fatima SH, Ghazanfar H, Haq S, Khan NA, Mehmood M, Ghazanfar A. Oral Hygiene Practices and Teeth Cleaning Techniques Among Medical Students. *Cureus*. 2017;9(7):e1487.
- 92.Kumar H, Behura SS, Ramachandra S, Nishat R, Dash KC, Mohiddin G. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practices Among Dental and Medical Students in Eastern India - A Comparative Study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(1):58-63.
- 93.Erdoğan A, Bozkurt AI, Ergin A, Topaloğlu S, Aydın A, Arslan A, Avcı A, Kurtcepe B, Er F, Çevik İ. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde ağız-diş sağlığının değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2015;1:1-9.
- 94.KILINÇ G, KILINÇ G, GÜNAY T, GÜNAY T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;24(3):131-137.
- 95.Al-Hussaini R, Al-Kandari M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S, Memon A. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Med Princ Pract*. 2003;12(4):260-265.
- 96.Yıldırım D. Üniversite hastanesindeki asistan hekimlerin ağız diş sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2022.
- 97.Yao K, Yao Y, Shen X, Lu C, Guo Q. Assessment of the oral health behavior, knowledge and status among dental and medical undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):26.
- 98.Aypak C, Akbıyık Dİ, Bayram DE, Güneş NA, Görpelioğlu S. Aile hekimliğinde ağız ve diş sağlığı: Asistan hekimlerin bilgi ve tutumları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(4):213-221.
- 99.Vidic B, Weitlauf HM. Horizontal and vertical integration of academic disciplines in the medical school curriculum. *Clin Anat*. 2002;15(3):233-235.

100. Muller JH, Jain S, Loeser H, Irby DM. Lessons learned about integrating a medical school curriculum: perceptions of students, faculty and curriculum leaders. *Med Educ*. 2008;42(8):778-785.
101. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ*. 2007;7:44.
102. Ni Riordain R, McCreary C. Oral cancer--current knowledge, practices and implications for training among an Irish general medical practitioner cohort. *Oral Oncol*. 2009;45(11):958-962.
103. Chow AW. Infections of the oral cavity, neck, and head. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases: Elsevier; 2015. p. 789-805. e782.



EKLER**EK-1****T.C****KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU**

19.12.2023 tarih ve 2023/14-29 sayılı karar doğrultusunda araştırmanın etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.



EK-2

AİLE HEKİMLERİNE DENTAL ŞİKAYETLE BAŞVURAN HASTALARA KARŞI AİLE HEKİMLERİNİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada, dental şikayetle aile hekimlerine başvuran hastalara karşı aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek , eksik ya da yanlış bilinen konuları saptamak ve yapılabilecek iyileştirmelerle ilgili önerilerde bulunmak istemekteyiz. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırma kapsamında toplanan veriler, birleştirilerek değerlendirilecek, hiç kimse ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Ayrıca araştırmaya katılanların kim olduklarını araştırmanın sahipleri olan bizler dahil kimse tarafından bilinmeyecektir. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşmasının, maddeleri samimi ve tam olarak yanıtlamanıza bağlı olduğunu lütfen unutmayınız.

İşbirliği ve katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Dr. Öğr. Üyesi Melike Yurttaş

Arş. Gör. Betül Karagöz

1.Yaşınız ?*

- ☐ 25-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-59
- ☐ 60 ve üzeri

2.Cinsiyetiniz ?*

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3.Medeni durumunuz nedir? *

- ☐ Bekar
- ☐ Evli

4.Çocuğunuz var mı?*

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

5.Aile Hekimliğinde kaçınıcı yılınızdasınız? *

- ☐ 10 yıl altı
- ☐ 10 yıl ve üstü

6.Unvanınız nedir? *

- ☐ Uzman Aile Hekimi
- ☐ Pratisyen Aile Hekimi
- ☐ Aile hekimi uzmanlık öğrencisi

7.Hastalar size en çok hangi dental şikayetlerle başvurur? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)*

- ☐ Ağrı
- ☐ Şişlik
- ☐ Ağız Yarası
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Travma
- ☐ Ağız kokusu-ağızda yanma

8. Ağız içi durumların hangisinde antibiyotik reçete etmeyi tercih edersiniz?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) *

- ☐ Ağrı
- ☐ Ekstraoral şişlik
- ☐ Ağız içi yaralar
- ☐ Ateş
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Reçete etmem

9. Ağız içi durumlarda sıklıkla hangi grup antibiyotiği reçete etmeyi tercih edersiniz? *

- ☐ Penisilin
- ☐ Sefalosporin
- ☐ Tetrasiklin
- ☐ Florokinon
- ☐ Makrolid
- ☐ Aminoglikozid
- ☐ Reçete etmem

10. Ağız içi durumlardan hangisinde ağrı kesici reçete edersiniz? (Birden fazla seçenek seçebilirsiniz) *

- ☐ Ağrı
- ☐ Şişlik
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Ağız içi lezyon
- ☐ Ateş
- ☐ Reçete etmem

11. Hangi ağız içi durumlarda antiseptik reçete edersiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) *

- ☐ Ağrı
- ☐ Ekstraoral şişlik
- ☐ Ağız içi yaralar
- ☐ Ateş
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Antiseptik reçete etmem.

12. Ağız içi lezyon ile başvuran hastayı gerekli durumlarda hangi kliniğine yönlendirmeyi tercih edersiniz? *

- ☐ Diş Hekimi
- ☐ KBB
- ☐ Dahiliye
- ☐ Dermatoloji
- ☐ Diğer

13. Ağız hijyeninin sağlanması için hastalara hangi önerilerde bulunursunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) *

- ☐ Diş fırçalama
- ☐ Diş ipi kullanımı
- ☐ Ağız gargaraları
- ☐ Düzenli diş hekimi kontrolü

14. Aşağıdaki durumlardan hangisi ağız içi lezyonlara sebep olabilir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.) *

- ☐ Dental amalgam
- ☐ Sigara
- ☐ Diabet gibi sistemik hastalıklar
- ☐ Yanak ısırma
- ☐ Ağız içi protezler
- ☐ Dental protetik materyaller (altın, nikel, kobalt vb.)

15.Ağız hijyeninizi sağlamak için aşağıdaki önlemlerden hangisini kullanırsınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) *

- ☐ Diş fırçalama
- ☐ Diş ipi
- ☐ Kürdan
- ☐ Ağız gargarası
- ☐ Ara yüz fırçası
- ☐ Misvak

16.Dişlerinizi günde kaç kere fırçalarsınız? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 3ten fazla

17.Dental şikayetle gelen hastalarda ağız içi muayenesi yaparım.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

18.Dental şikayetle gelen hastayı diş hekimine yönlendiririm. *

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

19. Ağız içi lezyon şikâyeti ile başvuran hastada ayırıcı tanı koyarım.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

20. Ağız içi lezyon şikâyeti ile gelen hastalarda şüphelenilen durumlarda (malignite, dilde atrofi, mukoza solukluğu gibi) kan tetkiki isterim. *

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

21. Hastalara ağız hijyenini sağlanması için önerilerde bulunurum. *

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

22. Ağız ve diş sağlığı genel sağlığı etkiler. *

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

23. Beslenmenin ağız sağlığı üzerine etkisi vardır.*

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

24. Diş hekimine düzenli kontrollere giderim*

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

25. Ağız ve diş sağlığı hakkında eğitime (seminer, panel gibi) katılmanın ağız ve diş sağlığı ile ilgili farkındalığımı artıracağını düşünürüm.*

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum

Katılımlarınız için teşekkür ederiz....