



PERİODONTAL HASTALIĞIN FARKINDALIĞININ SAPTANMASI

Tunca ALTINOK

**DOKTORA TEZİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2015

Tunca Altınok tarafından hazırlanan "Periodontal Hastalığın Farkındalığının Saptanması" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof.Dr.Kaya EREN

Periodontoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Başkan : Prof.Dr.Yavuz BURGAZ

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye : Prof.Dr.Meral GÜNHAN

Periodontoloji Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye : Prof.Dr.Murat AKKAYA

Periodontoloji Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye :Yrd.Doç.Dr. Adil BAŞMAN

Periodontoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma

Tarihi:/...../.....

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tunca Altınok
20.05.2015

PERİODONTAL HASTALIĞIN FARKINDALIĞININ SAPTANMASI
(Doktora Tezi)

Tunca ALTINOK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2015

ÖZET

Periodontal hastalık dünyada en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Periodontal hastalık nedeniyle kaybedilen dişler bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde çok büyük oranlara ulaşmaktadır. Bu kayıpların rehabilitasyonu için gerek ülke, gerekse de sosyal güvenlik kuruluşları çok büyük maliyetlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Günümüz tıbbında asıl hedef hastalığın önlenmesidir. Örneğin; başta meme kanseri olmak üzere kanser türlerinin erken teşhisinin sağlık örgütlerinin tavsiye ettiği şekilde bireylerin kendi kendilerini kontrol etmeleriyle sağlanabileceği bilinen bir gerçektir. Hastalık ilerlemeden, cerrahi olmayan basit yöntemlerle önüne geçilebilir. Bu durum ancak ülke insanların diş ve dişeti hastalığının farkında olmasıyla mümkündür. Kitlesele diş kayıplarının genellikle hastalar tarafından pek fazla önemsenmeyen dişeti kanamasıyla başlayan hastalığın sonucu olması, bu konuda erken teşhisin ve periodontal hastalıklarla ilgili topluma verilecek mesajın büyük önem taşıdığı düşüncesindeyiz. Bu bağlamda hastaya sorulan sorularda günlük klinik tecrübemiz dahilinde periodontoloji kliniğine yönlendirilen bir hastanın sadece eksik dişinin tedavisini veya dolgusunu yaptırmak istemesi sıklıkla karşılaştığımız bir durumdur. Buna rağmen ülkemizde periodontal hastalığın farkındalığı ile ilgili detaylı bir araştırma bulunmaması nedeniyle bu yönde yapılacak çalışmalara ışık tutmak istiyoruz. Bu bilgilere dayanarak; çalışmamızın amacı objektif klinik bulgular ile hastaların bireysel beyanları arasındaki tutarlılığını belirleyerek, periodontal hastalığın farkındalığını değerlendirmektir. Bu amaçla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların hastalıklarının farkında olmaması son derece yaygın bir durumdur.

Bilim Kodu : 1048

Anahtar Kelimeler : Periodontal hastalık, farkındalık, bireysel beyan

Sayfa Adedi : 87

Danışman : Prof.Dr.Kaya Eren

THE DETERMINATION OF PERIODONTAL DISEASE AWARENESS

(Ph. D. Thesis)

Tunca ALTINOK

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

May 2015

ABSTRACT

Periodontal disease is one of the most prevalent diseases on earth. Tooth loss caused by periodontal illness is reaching very high proportions in developing countries like ours. Both countries and the health insurance organizations are facing with huge costs for the rehabilitation of these losses. The prevention of diseases is the main target in today's medical practice. It is a well known fact that cancer types like breast cancer may be prevented by individual's self examination through the recommendations of health organizations. Simple non-surgical methods can be used before the spread of the disease. It is only possible if the people of the country are aware of the teeth and gum disease. The given message is very important to the society about the importance of early diagnosis of the disease because of the massive tooth losses are the result of the unheeded bleeding gums by the patient. Our clinical experience shows that the patients referred to the periodontology department mainly focus on their decayed teeth or prosthesis needs. However, due to lack of a detailed research about the awareness of periodontal disease in our country, we would like to light the way for the future studies. Based on this information we had, the aim of our study was to evaluate the periodontal disease awareness of patients by comparing their clinical periodontal measurements and self reports. Our results showed that being unaware about their illnesses are highly prevalent among the patients.

Science Code : 1048

Key Words : Periodontal disease, awareness, self report

Page Number : 87

Advisor : Prof.Dr. Kaya Eren

TEŞEKKÜR

Doktora öğrenimim boyunca benden bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, hayata dair de pek çok şey öğrendiğim ve ömrüm boyunca sonsuz saygı duyacağım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Kaya EREN'e,

Her zamanki nezaketi ve güler yüzlülüğü ile yanımızda olduğunu hissettiren değerli hocam Sayın Prof.Dr. Gönen ÖZCAN'a,

Doktora sürem son dönemlerinde tanıma fırsatı bulduğum, değerli ağabeyim Sayın Yrd.Doç.Dr. Adil BAŞMAN'a

Bir arkadaştan çok kardeş kadar yakın hissettiğim, pek çok konuda kader birliğimiz bulunan ve benden yardımını esirgemeyen değerli kardeşim Dt.Caner KARAEREN'e

Desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bu günlere gelmemde sonsuz emekleri bulunan ve haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili Anne ve Babam'a

Teşekkürü bir borç bilirim...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gingivitis	5
2.2. Periodontitis	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
4. BULGULAR	23
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	79
EK-1.....	80
EK-2.....	82
EK-3.....	86
ÖZGEÇMİŞ	87

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı	23
Çizelge 4.2. Hastaların Farkındalık Durumlarının Dağılım Tablosu	24
Çizelge 4.3. Hastaların klinik ya da radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım tablosu	25
Çizelge 4.4. Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarının dağılım tablosu	25
Çizelge 4.5. Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları	26
Çizelge 4.6. Hastaları dişeti tedavisine gitmelerinde yönlendiren etkenlerin dağılım tablosu.....	27
Çizelge 4.7. Diyabet durumuna göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhisleri arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları	28
Çizelge 4.8. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarının dağılım tablosu	29
Çizelge 4.9. Hastaların diş ipi veya ara yüz fırçası kullanma durumlarının dağılım tablosu	30
Çizelge 4.10. Hastaların düzenli olarak diş hekimine gitme durumlarının ve diş hekimine gitme sıklıklarının dağılım tablosu	31
Çizelge 4.11. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları.....	32
Çizelge 4.12. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları	33
Çizelge 4.13. Hastaların eğitim durumlarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları.....	34
Çizelge 4.14. Hastaların eğitim durumlarına göre kliniğe başvurma nedenleri arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları	35
Çizelge 4.15. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları.....	36
Çizelge 4.16. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları.....	37

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.17. Hastaların plak indeksi ortalamaları açısından diş fırçalama alışkanlıkları arasındaki farklılığa dair mann whitney u testi sonuçları	38
Çizelge 4.18. Hastaların cinsiyetlerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları.....	39
Çizelge 4.19. Hastaların plak indeks ortalamaları açısından cinsiyetleri arasındaki farklılığa ilişkin mann whitney u testi sonuçları.....	40
Çizelge 4.20. Hastaların bir dişin kaç yüzeyi olduğunu bilme durumlarının dağılım tablosu	41
Çizelge 4.21. Hastaların bir dişin kaç düzeyi olduğunu bilme durumlarına göre eğitim durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları	42
Çizelge 4.22. Hastaların kliniğe başvurma nedenlerin dağılım tablosu	43
Çizelge 4.23. Hastaların kliniğe başvuru nedenlerine göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım tablosu	44
Çizelge 4.24. Hastaların sondlamada kanama yüzdeleri açısından dişetlerinin sağlık durumunu derecelendirme durumları arasındaki farklılığa ilişkin kruskal wallis h testi sonuçları.....	45

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Periodontal hastalığın farkındalık durumu grafiği.....	24
Şekil 4.2. Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği	26
Şekil 4.3. Diyabet durumuna göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım grafiği.....	28
Şekil 4.4. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarının dağılım grafiği	29
Şekil 4.5. Hastaların diş ipi veya ara yüz fırçası kullanma durumlarının dağılım grafiği.....	30
Şekil 4.6. Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarının dağılım grafiği	31
Şekil 4.7. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	32
Şekil 4.8. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	33
Şekil 4.9. Hastaların eğitim durumlarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	34
Şekil 4.10. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	36
Şekil 4.11. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	37
Şekil 4.12. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarına göre plak indeksi ortalamalarının dağılım grafiği	38
Şekil 4.13. Hastaların cinsiyetlerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği.....	39
Şekil 4.14. Hastaların cinsiyetlerine göre plak indeksi ortalamalarının dağılım grafiği.	40
Şekil 4.15. Hastaların bir dişin kaç yüzeyi olduğunu bilme durumlarının dağılım grafiği	41
Şekil 4.16. Hastaların bir dişin kaç düzeyi olduğunu bilme durumlarına göre eğitim durumlarının dağılım grafiği.....	42
Şekil 4.17. Hastaların diş eti sağlık durumlarını derecelendirmelerine göre sondlamada kanama yüzdelerinin dağılım grafiği	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

mm

Açıklamalar

milimetre

Kısaltmalar

Sondlamada Kanama

Dişeti Kanama İndeksi

Temporomandibular Eklem

Dünya Sağlık Örgütü

SK

DKİ

TME

WHO

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Periodontal hastalık dünyada en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Periodontal hastalık nedeniyle kaybedilen dişler bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde çok büyük oranlara ulaşmaktadır. Bu kayıpların rehabilitasyonu için gerek ülke, gerekse de sosyal güvenlik kuruluşları çok büyük maliyetlerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Oysa özellikle kronik adult periodontitisin başlangıç döneminden son aşama olan diş lüksasyonları ve dişlerin kaybedilmesi dönemi ortalama on yıla yakın bir süre almaktadır. Rutin klinik pratiklerinden de çok iyi bilindiği gibi hastalığın ilk 2-3 yılında tedaviye başlanması çoğu zaman ileri periodontal cerrahi tedavilere başvurmadan daha az süre ve maliyetle gerçekleştirilebilen çok başarılı yanıt alınan tedavilerle sağlanabilmektedir.

Tek bir dişin kaybı sonucunda bile kaybedilen dişin yerine konması ister konvansiyonel protetik yöntemler isterse de implant tedavileriyle yerine getirildiğinde ortaya çıkan maliyet ve zaman kaybı orta ölçekli bir periodontal tedavi maliyet ve zamanının 3-4 katına ulaşmaktadır.

Tabiidir ki hastalığın son safhasından ne kadar önce tedaviye başlanırsa , maliyet o ölçüde az olacak bunun yanı sıra tedavi başarısı da o ölçüde yüz güldürücü olacaktır.

Günümüz tıbbında asıl hedef hastalığın önlenmesidir. Örneğin; başta meme kanseri olmak üzere kanser türlerinin erken teşhisinin sağlık örgütlerinin tavsiye ettiği şekilde bireylerin kendi kendilerini kontrol etmeleriyle sağlanabileceği bilinen bir gerçektir. [1,2].

Avrupadaki özel sağlık sigortalarının geçerli olması için altı ayda bir diş hekimi kontrollerine gitmeleri şartı aranmaktadır. Hastalık ilerlemeden, cerrahi olmayan basit yöntemlerle önüne geçilebilir. Bu durum ancak ülke insanların diş ve dişeti hastalığının farkında olmasıyla mümkündür.

Nitekim bir çok ülke bu konuyla ilgili araştırmalar gerçekleştirerek toplumlarının periodontal hastalık ve sağlıkları ile ilgili farkındalıklarını tespit etmeye ve bu yolla da bireylerinin farkındalığını geliştirmeye çalışmışlardır.

Bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların bir kısmında da bazı periodontal hastalık bulgularının oldukça farkında olan bireylerin büyük çoğunluğunun bakteri plağını yanlış tanımladığı, dolayısıyla periodontal hastalık etiyolojisi hakkında bilgileri olmadığı belirlenmiştir. [3].

Sonuçta da koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitiminin ağız sağlığını geliştirmek için gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Ağız sağlığı konusundaki farkındalığın oldukça iyi olduğu bazı toplumlarda da spesifik kişisel beyana dayalı ağız sağlığı verilerinin çoklu değişkenli modellemeleri şiddetli periodontitisin toplumdaki prevalansını tahmin etmede umut verici bir kaynak olduğu ve bu sonucun da daha önceden yapılmış olan ulusal taramalardaki değerlendirmelerle paralellik gösterdiği belirtilmiştir. [4].

George W. ve arkadaşları da kişisel beyana dayalı yöntemin periodontal hastalığın Amerikan toplumundaki durum ve eğilimlerini saptamada maliyetli klinik periodontal muayenelere bir alternatif olabileceğini vurgulayarak bu yolla klinik tedavi süreçlerine katkı sağlayabileceğini belirtmişlerdir. [5].

T. Dietrich, U. Stosch, D. Dietrich, W. Kaiser, J.P. Bernimoulin ve K. Joshipura'nın konu ile ilgili makalesinde konunun önemini vurgulamışlar ve bu araştırmacılar son zamanlarda yayınlanan bir çalışmaya atıfta bulunarak tek bir kişisel beyan lt ile periodontal hastalık hikayesinin doğru ve tutarlı bir şekilde değerlendirilmesinin mümkün olmayabileceğini belirtmişlerdir. [6,7].

Günümüzde periodontal sağlığın en yüksek değerlere ulaştığı, belki de en st sırada olan ülkelerden Finlandiya'da Helsinki Üniversitesi Toplum Halk Sağlığı Bölümü Başkanı Murtomaa H. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 1972 ve 1990 yıllarında anket usulü ile Erişkin Finlilerin kendi periodontal durumlarının farkında olup olmadıkları analiz edilmiştir. Çalışma rnekleri Fin toplumunu temsil

eden 1972 yılında 965 ve 1990 yılında 1006 olmak üzere, 15 yaş ve üzeri bireylerden oluşturulmuştur. Dişsiz bireyler çıkarıldıktan sonra 1972'de toplam 732 ve 1990'da 853 birey görüşmeye dahil edilmiştir. 1990'da katılımcıların %2'si gingivitis olduklarını belirtirken bunu belirtenlerin en yüksek olduğu yaş grubu en genç yaş grubu olmuştur. Her iki araştırmada da gingivitise bağlı yaş, eğitim ve yerleşim alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış; bu alt grupların yaklaşık %60'ı hiç gingivitis olmadıklarını belirtmişlerdir. Dişeti kanamasıyla hiç karşılaşmamış olan bireylerin oranı 1972'de %54 iken 1990'da %50 olmuştur. İlk gözlem periyodu süresince sadece en genç yaş grubunda (15-24 yaş) kendilerini gingivitis olarak kabul etmelerine yüksek oranda dişeti kanaması eşlik etmiştir. Araştırmacılar epidemiyolojik çalışmalardaki tedavi ihtiyaçları verileriyle bu çalışmanın sonuçlarını karşılaştırdıklarında Fin toplumunda periodontal hastalık ile ilgili bilginin ve farkındalığın halen düşük olduğunu belirtmişlerdir. [8].

Amaçlarımız:

Bu bağlamda hastaya sorulan sorularda günlük klinik tecrübemiz dahilinde periodontoloji kliniğine yönlendirilen bir hastanın sadece eksik dişinin tedavisini veya dolgusunu yaptırmak istemesi sıklıkla karşılaştığımız bir durumdur. Hastaların hastalıklarının farkında olmaması son derece yaygındır. Buna rağmen ülkemizde periodontal hastalığın farkındalığı ile ilgili detaylı bir araştırma bulunmaması nedeniyle bu yönde yapılacak çalışmalara ışık tutmak istiyoruz.

Çalışmamızın öncelikli amacı, objektif klinik bulgular ile hastaların bireysel beyanları arasındaki tutarlılığı belirlemek suretiyle periodontal hastalık veya sağlıklarının ne ölçüde farkında olduklarını tespit etmektir.

Bu tespitler arasında hangi belirtilerin daha çok farkında olabildikleri, yine başta dişeti kanaması olmak üzere periodontal hastalığın belirtileri ile ilgili ne ölçüde bilgi sahibi olduklarını öğrenmekte amaçlarımız dahilindedir.

Sonuç olarak da bütün bu tespitlerden yararlanmak suretiyle koruyucu diş hekimliği çerçevesinde toplumumuza verilecek mesajlara katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

Hastaların kendi rahatsızlıklarıyla ilgili farkındalıkları büyük önem taşır, şöyle ki; hastalar kliniğe başvurdıklarında çekirme düşüncesinde oldukları dişlerin bazılarının kurtulabileceği veya çalışmamızda da gördüğümüz gibi 7mm'ye varan ataşman kayıplarında periodontal hastalık tedavisine ihtiyaç varken hastaların sabit fikirli olması karşılaşılan önemli bir zorluktur. Periodontal hastalıkların tedavisinde asıl olan hekim-hasta iş birlikteliği, motivasyon ve evde bakımlar açısından tedavi başlangıcında aşılması zor durumlar ortaya çıkarır. Çünkü hasta halen kliniğe gelirken, kendince inandığı çektireceği veya dolgu yaptıracığı dişe odaklı olarak hareket etmektedir.

İşin bir de toplumsal boyutu bulunmaktadır. Bu türde yapılan çalışmalar ülkelerin sağlık programlarının gerçekleştirilmesinde otoritelere çok değerli veriler sunar. Örneğin ülkemiz için çok yeni sayılabilecek diş hekimliği uzmanlık ihtiyaçlarının belirlenmesine ışık tutar. Bu konu görüldüğü üzere yalnız bizim değil, tüm toplumların önem verdiği bir konu olmuştur.

Kitlesel diş kayıplarının genellikle hastalar tarafından pek fazla önemsenmeyen dişeti kanamasıyla başlayan hastalığın sonucu olması, bu konuda erken teşhisin ve periodontal hastalıklarla ilgili topluma verilecek mesajın büyük önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

2. GENEL BİLGİLER

Başlıca Periodontal Hastalıklar:

2.1. Gingivitis

Harald L e ve John Silness deneysel gingivitis çalışmaları ile temizlenmiş diş yüzeylerinde mikrobiyal dental plağın birikmesi ve bunun sonucunda da dişeti dokusu çevresinde inflamatuvar cevabın oluşmasına yönelik ilk kanıtlarını bilim dünyasına kazandırarak bu konuda yapılan çalışmalara öncülük etmişlerdir. [9].

Yine aynı araştırmacılar başka bir çalışmalarında mikrobiyal dental plağın dişeti dokusuna komşu bulunduğu süre boyunca inflamasyonun devam ettiği ancak plağın diş yüzeyinden uzaklaştırılmasından sonra oluşan inflamasyonun çözülme sürecine girdiğini göstermişlerdir. [10].

Gingivitis prevalansı tüm dünya çapında yüksek seyreden bir hastalıktır. Albandar J. M. ve arkadaşları gerçekleştirdikleri epidemiyolojik çalışmada Amerikadaki ergenlerin %82'sinden fazlasında gingivitis görüldüğünü ve bunun doğal sonucu olarak da dişeti kanamasıyla karşılaştıklarını gösteren bilgiler elde etmişlerdir. Hastalık prevalansının benzer veya daha yüksek oranlarda tespit edildiği, dünyanın diğer bölgelerinde de yapılan çalışmalarla bir çok kez gösterilmiştir. [11].

Erişkinlerin de dikkate değer bir bölümünde gingivitis belirtileri görülmektedir; Birleşik Devletler erişkin nüfusunun yarıdan fazlasında dişeti kanaması gözlendiği ve diğer toplumlarda da daha yüksek seviyelerde dişeti inflamasyonunun tespit edildiği çalışmalar mevcuttur. [12-15].

Bakteriyel dental plağın dişeti iltihabına neden olan primer etiyolojik faktör olmasıyla birlikte diğer bazı faktörler de periodontal hastalığın gelişmesine etki edebilmektedir. Bununla ilgili Trombelli L. ve arkadaşlarının yapmış oldukları deneysel gingivitis çalışmaları ile konak cevabının dişeti inflamasyonunun gelişmesine ve şiddetine etki ettiği gösterilmiştir. [16].

Amerikan Periodontoloji Akademisi'ne göre genel olarak plağa bağlı gingivitisin klinik özellikleri şu belirtilerin mevcudiyeti ile karakterize edilebilir; dişetinde kırmızılık ve ödem, dişeti dokusunun sıkılığını yitirmesi (stipling yapısının bozulması), provokasyon ile kanama, dişeti konturlarının bozulması, plak ve diş taşı mevcudiyeti, radyografik olarak kemik kaybı bulunmaması. [17].

Yerleşmiş gingivisteki gingival inflamasyonun iki erken belirteci bulunur; birincisi dişeti oluğu sıvısındaki artış, ikincisi ise sondlamada kanamadır. Bunların içerisinde sondlamada kanamanın, özellikle gingivitisin ilk safhalarında dişetinde renk değişikliği ve görünebilir bulgular daha tam olarak belirginleşmeden bile tespit edilebilecek öncü bir klinik bulgu olduğuna dair tespitler bulunmaktadır. [18-21].

Periodontal hastalıkların en sık görülen formu olan gingivitisin prevalansının belirlenmesi amacıyla pek çok epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların bir kısmına değinecek olursak;

Douglas ve arkadaşları, Birleşik Devletler'de yapılan 1971- 1974 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan 1. Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Anketi verilerine dayanarak 1983 yılında yayınlamış oldukları makalede çalışmaya katılan 6 ile 74 yaşları arasındaki 28000 bireyde %24 oranında gingivitis tespit edildiğini rapor etmişlerdir. [22].

Hugoson ve arkadaşlarının 1981 yılında yayınlamış oldukları ve 3, 5, 10, 15 ve 20 yaşlarındaki 500 çocuk ve ergenden oluşan topluluktaki periodontal hastalık prevalansını değerlendirdikleri çalışmada 3 yaşındaki çocuklarda %35, daha büyük çocuklarda ve ergenlerde ise %65 ila %97 oranında gingival inflamasyon gözleendiğini bildirmişlerdir.[23].

Brown ve arkadaşları, Birleşik Devletlerde 1985 ve 1986 yıllarında yapılan ve 15132 kişinin tarandığı bir Ulusal Sağlık Araştırmasındaki veriler kullanılarak 1990 yılında yayınladıkları bir makalede 18-64 yaş grubunda %43,6; 65 yaş grubunda ise %46,9 oranında gingivitis tespit etmişlerdir. [24].

Albandar ve arkadaşları 1999 yılında, Birleşik Devletlerde 1988 ve 1994 yılları arasında yapılan 30818 kişinin değerlendirildiği 3. Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Anketi (NHANES III) verilerine dayanarak yayınlamış oldukları çalışmalarında %50,3 oranında gingivitis tespit edildiğini rapor etmişlerdir. [26].

Bourgeois ve arkadaşlarının 1997 yılında Fransa'da 35-44 yaş grubundaki 1000 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, bireylerin %80,4'ünde gingivitis saptandığını belirtmişlerdir. [26].

Brodeur ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınladıkları çalışmalarında 35-44 yaş grubundaki bireylerdeki periodontal durumu değerlendirmişler ve katılımcıların %81,1'inin gingivitis olduğunu ve bireylerin yalnızca %5,2'sinin periodontal bakımdan sağlıklı olduğunu bildirmişlerdir. [27].

Ababdeh ve arkadaşlarının 2012 yılında yayınlanan ve Kuzey Ürdün'de gerçekleştirdikleri çalışmalarında 14 ile 67 yaşları arasındaki 595 katılımcının periodontal sağlıkları değerlendirmişler ve gingivitis oranını % 75,8 olarak rapor etmişlerdir. [28].

Yakın zamanda Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada ise Idrees, M. M. ve arkadaşları değerlendirdikleri 18-40 yaş aralığındaki 385 katılımcının gingivitis oranını %100 olarak bildirmişlerdir. [29].

2.2. Periodontitis

Dental plakla başlayan gingival inflamasyon başlangıçta, bakteriyel dental plağın uzaklaştırılmadığı durumlarda ilerleyerek dişi destekleyen dokularda da harabiyete sebep olabilir. Özetle periodontitis; dişin destek dokularında inflamasyona yol açarak ilerleyici ataşman ve kemik kaybına neden olan enfeksiyöz bir hastalıktır. [30].

Periodontitisin Genel Karakteristikleri:

1) Supragingival ve subgingival plak ve diştaşı

- 2) Dişetlerinde şişlik, kızarıklık ve stipling yapısının kaybı
- 3) Bozulmuş dişeti kenarları (yuvarlanmış, düzleşmiş, krater papil, dişeti çekilmesi)
- 4) Cep formasyonu
- 5) Sondlamada kanama
- 6) Ataşman kaybı (açısal veya horizontal)
- 7) Kemik kaybı
- 8) Kök furkasyon ilişkisi
- 9) Artmış diş mobilitesi
- 10) Diş pozisyonunda değişiklik
- 11) Diş kaybı

İşte bu şekilde oluşan diş kayıplarıyla ortaya çıkan fonksiyonel, fonetik ve estetik sorunların giderilmesi hem hasta hem de hekim açısından büyük uğraşlara gebebilir. Bunun yanı sıra bu eksikliklerin giderilmesi için gereken finansman da çok önemli boyutlara ulaşmaktadır.

Bu nedenle dünyanın çeşitli kesimlerinde, toplumlardaki periodontitisin prevalansının belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların bazılarında bahsedecek olursak;

Brown ve arkadaşlarının 1981 yılında yayınladıkları ve Birleşik Devletlerde periodontal hastalık prevalansını inceledikleri çalışmalarında araştırmaya katılan 1792 birey yaşları bakımından 19-44, 45-64 ve 65 yaş üzeri olmak üzere üç gruba ayrılmış, bu grupların sırasıyla %17,3; %8,3; ve %15,5 oranında periodontal açıdan sağlıklı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte araştırmacılar, 19-44 yaş grubunda %28,8, 45-64 yaş grubunda %47,6 ve 65 üzeri yaş grubunda ise %48,2 olmak üzere ortalama %36 oranında en az bir bölgede 4mm ve üzeri derinlikte periodontal cebin mevcut olabileceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmada ayrıca araştırmacılar, tüm katılımcıların %92'sinin 6 mm ve üzeri periodontal cebi bulunmadığını, bireylerin %4'ünden daha azında üç veya daha fazla sayıda 6mm

ve üzeri periodontal cep tespit ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda araştırmacılar 1981 yılı için Birleşik Devletler toplumunun sadece %15 kadarının herhangi bir periodontal hastalık belirtisi göstermediği tespitinde bulunmuşlardır.[31].

Mengel ve arkadaşlarının Doğu Almanya'daki yerleşim bölgelerinde CPITN indeksinden yararlanarak 1991 ve 92 yıllarında yaptıkları çalışmada 1688 bireyi periodontal durumları bakımından değerlendirmişler ve bireylerin yalnızca %1,4'ünün periodontal açıdan sağlıklıyken %40,1'inde şiddetli periodontitis bulguları gözlemlendiğini (CPITN 4) belirtmişlerdir. [32].

Bourgeois ve arkadaşları 35 ile 44 yaşları arasındaki 1000 katılımcıda 4-5 mm cep derinliğinin %26,6 oranında olduğunu ve bu katılımcıların %87,5'inin periodontal tedaviye ihtiyacı olduğunu bildirmişlerdir. [26].

Roman, A. ve Pop A. 1998 yılında yayınladıkları çalışmalarında Romanya'daki 214 fabrika işçisinin periodontal tedavi ihtiyacı durumlarını değerlendirmişler ve bu bireylerin %9,34'ünün periodontal açıdan sağlıklı olduğunu, 4-5mm periodontal cep derinliğine sahip olanların %32,71 oranında, 6mm ve üzerindeki cep derinliğine sahip olanların ise %17,76 oranında olduğunu belirterek, işçilerin %17,76'sının kompleks periodontal tedaviye ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir. [33].

Marino ve arkadaşlarının 2001 yılında Avustralya'da yaşayan 18 yaş ve üzeri 158 Vietnam'lıyı periodontal açıdan değerlendirmişler ve %5 oranında derin periodontal cep mevcudiyeti olduğunu ve sadece bir katılımcının periodontal yönden sağlıklı olduğunu bildirmişlerdir. [34].

Dowsett ve arkadaşlarının 2001 yılında Guatemala'da 239 bireyde gerçekleştirdikleri çalışmada 12-75 yaşları arasındaki bu bireylerin %75'inden daha fazlasında bir veya birden fazla 5mm ve üzerinde periodontal cep varlığını rapor etmişlerdir. [35].

Albandar, J. M. ve arkadaşları, 1988 ve 1994 yılları arasında Birleşik Devletler'de 30818 kişiyi kapsayan 3. Ulusal Sağlık ve Beslenme Anketi'ndeki 30-90 yaşları arasında yer alan 9689 kişinin verilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, bu bireylerde 3mm ve daha fazla ataşman kaybı prevalansının %53,2; 3mm ve üzeri cep derinliği mevcudiyeti prevalansının %63,9 olduğunu ve buna ek olarak cep derinliklerinin prevalanslarının 4mm cep derinliği için %23,11; 5mm için %8,86; 6mm için %3,88 ve 7mm için %1,93 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılar bu çalışmanın verileri ışığında 30 ile 90 yaş arası Amerikan vatandaşlarının en az %35'inde periodontitis bulunduğu, bunun ise %21,8'inin hafif, %12,6'sının orta ve ileri derecelerde olabileceği yönündeki tahminlerini belirtmişlerdir. [36].

Yine aynı çalışmada araştırmacılar periodontitis prevalansının yaşla birlikte arttığını fakat 80 yaş ve üzerinde ileri ve orta derecedeki periodontitis prevalansında bir azalmanın görüldüğünü bunun da ilgili yaş grubunda diş kayıplarının artmasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca araştırmacılar 30 ve üzeri yaş grubuna dahil Amerikan toplumundaki ortalama 56,2 milyon kişide mevcut dişlerinin üçte birinde 3 mm ve üzeri ataşman kaybı, 67,6 milyon kişide yine mevcut dişlerinin üçte birinde 3 mm ve üzeri cep derinliği olabileceğini; 21 milyon bireyde 5mm ve üzeri ataşman kaybı ve 36 milyon bireyde yıkıcı periodontitisin bulunabileceğini tahmin etmişler ve bu verilerin parsiyel ağız muayenelerinin bir sonucu olduğunu belirterek gerçek durumun çok daha dramatik olabileceği tespitinde bulunmuşlardır. [36].

Kuzey Ürdün'de Abadeh ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ve 14 ile 67 yaş arasındaki 595 kişiyi periodontal sağlık açısından değerlendirdikleri çalışmalarında katılımcıların %5,5'inde kronik periodontitis, %2,2'sinde ise agresif periodontitis tespit etmişlerdir. [28].

2015 yılında, Eke P. I ve arkadaşlarının 2009 ile 2012 yılları arasında gerçekleştirilen Birleşik Devletler Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Anketi verilerine dayanarak yayınladıkları makalelerinde çalışmaya konu olan 30 ve üzeri yaş grubunun temsil ettiği 64,7 milyon Amerikalı erişkinin periodontitisten etkilendiğini ve bunların %8,9'unda da ilerlemiş periodontitis varlığından söz

edilebileceğini belirtmişlerdir. Araştırmacılar periodontitis prevalansının ilerlemiş yaş ve erkek cinsi ile doğru orantı gösterdiğini rapor etmişlerdir. [37].

Başta Birleşik Devletler ve Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın çeşitli yerlerinde periodontal hastalıkların toplumlardaki prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar ülkemizde de bu yönde epidemiyolojik araştırmaların yapılmasının önünü açmıştır;

Oktay, C.'nin 1975 yılında yayınladığı çalışmasında Erzurum bölgesindeki 25-65 yaş grubundaki periodontal hastalık prevalansının %97 oranında olduğunu rapor etmiştir. [38].

Baloş ve arkadaşlarının 15 yaş grubunda 228 öğrencinin periodontal sağlık durumlarının değerlendirildiği çalışmalarında gingivitis oranını %79-84, periodontitis oranını ise %13,15 olarak rapor etmişlerdir. [39].

Baloş, K., Eren, K., ve Akkaya, M.'nin 1983 yılında yayınladıkları 15-50 yaşları arasındaki 464 bireyin periodontal durumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında 15 yaş grubunda periodontal açıdan %19,74 sağlık, %78,95 oranında gingivitis ve %1,31 oranında periodontitis varlığını saptamışlar, bununla birlikte periodontitis oranının yaş ilerledikçe arttığını belirterek 36-50 yaş grubunda %35,43 seviyesine ulaştığını tespit etmişlerdir. [40].

Aynı yıl, Seven ve Demiröz'ün Erzurum ilinde 12-18 yaş grubundaki 300 erkek ve 300 kız öğrenciyi kapsayan çalışmalarında erkeler için %30,3; kızlar için ise %17,3 oranında gingivitis varlığından söz etmişlerdir. [41].

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar insanlarda görülen diş kayıplarının %40 ila %50'sinin periodontal hastalık kaynaklı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, konunun dünya çapındaki otoritesi sayılan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yıllar içerisinde bir takım çabalara girişmiştir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1961 yılında periodontal hastalıkların, insanlık aleminin karşı karşıya kaldığı en yaygın hastalıklardan biri olduğu ve dünya üzerindeki hiçbir ulus veya bölgenin bu hastalıklardan korunamayacağını belirttiği raporunu yayımlamış, böylelikle soruna

tüm dünyanın dikkati çekmiştir. Raporun ardından ilerleyen senelerde örgütçe çeşitli çalışmalar yapılmış ve toplantılar düzenlenmiştir. [42-46].

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tür çalışmaları Dünya'nın diğer ülkelerinin de yapması gerektiği yönündeki telkin ve teşvikleri paralelinde ülkemizde de 1990 yılında yayınlanan Ulusal Ağız Sağlığı Yolgösterici Araştırması'nda Saydam G. ve arkadaşları, yaşla birlikte dişsizlik prevalansında artış gözlemlendiği ve bu artışın 65 yaş üzerindeki hastalarda en yüksek değerlere ulaştığını göstermişlerdir. [47].

Toplumları bu denli etkileyen ve yüksek prevalanslarda görülen periodontal hastalıklarla etkin bir şekilde mücadele edebilmenin ancak bireylerin farkındalıklarının artırılması yoluyla ulaşılabilecek bir hedef olduğu düşünülerek, dünyada toplulukların periodontal durumlarının farkındalıklarının irdelenmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Brady W. F., periodontal hastalık farkındalığının bireyler kadar, pratisyen diş hekimleri için de çok önemli olduğunu vurgulayan makalesinde; genel toplumun periodontal hastalık farkındalığının artırılması için yeni hasta eğitimi yöntemlerine ihtiyaç olduğunu belirtmiş ve periodontal hastalığın varlığından haberdar olan hastaların daha fazla oranda profesyonel tedaviyi talep ettikleri tespitinde bulunmuştur. Yazar ayrıca pratisyen diş hekimlerinin periodontal hastalığın teşhis ve tedavi sorumluluğunu alabilmeleri için literatür ve eğitim kurslarını almaları yoluyla teşvik edilmelerinin gerekli olduğunu belirtmiştir. Yazara göre pratisyen hekimin periodontal hastalıkla ilgili farkındalığının artırılmasının üç alanda yararlı olacağını belirtmiştir. Bunlar; periodontal hastalığın teşhis ve tedavi planlamasında artış ile teşhis konulmaması nedeniyle açılan davaların sayısında azalma, restoratif tedavi başarısızlıklarının azalması ile mevcut restorasyonların ömrünün uzatılması ve periodontal tedaviye ihtiyacı olan hastalarla diş hekimlerinin dolduramadıkları randevu sürelerini doldurabilmeleridir. [48].

1979 ve 1980 yılları arasında Minnesota Diş Derneği'nin hazırlamış olduğu periodontal farkındalık televizyon kampanyasının etkisi Bakdash ve arkadaşları tarafından hedef kitleye ulaşımın, erişkinlerdeki diş kayıplarının önemli bir bölümünü oluşturan sebep için toplum bilincini artırma ve gelecekteki koruyucu

diş hekimi kontrollerine katılımın arttırması yönünden değerlendirilmiştir. Yazarlar sonuç olarak, televizyon kampanyasının hedef kitlenin büyük bir bölümüne ulaştığı ve bu kitlenin farkındalığına pozitif yönde etki etmiş olduğu sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte bu gibi çalışmaların uzun süreli etkilerinin araştırılacağı multidisipliner çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. [49].

Norveç'te 1987 yılında yapılan bir çalışmada araştırmacılar diş hekimliği fakültesi periodontoloji bölümünden randevu almış olan hastalar arasından rastgele bir seçim yaparak, seçilen bu grubun periodontal farkındalığı, bu konudaki bilgisi ve önceden görmüş oldukları periodontal tedavilerin mahiyetini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Oluşturulan 124 kişilik gruba tedavi öncesi bir dental hijyenist görüşmüştür. Cinsiyet, yaş, ve diş hekimine gitme sıklıkları belirleyici olarak kullanılmıştır. Hastaların yaklaşık %68'inin mevcut periodontal hastalıklarından haberdar oldukları ve %78'ine ise tedavi olanaklarıyla ilgili hiçbir bilgi verilmediği araştırmacılar tarafından tespit edilmiştir. Katılımcıların %90'ı daha önceden herhangi bir periodontal tedavi görmediklerini belirtmişlerdir. [50].

Yokoya ve arkadaşlarının 1988 yılında yayınladıkları ve 30 hastaya ait bilgilerin yer aldığı makalelerinde periodontal hastalıklarda subjektif semptomlarının noksanlığından dolayı, hastalığın yerleşmiş lezyonlara sahip hastalar tarafından bile anlaşılamadığını belirtmişlerdir. [51].

Taani DQ.'nun 2002 yılında Ürdün Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde 20 ile 60 yaşları arasındaki 743 erişkin ile gerçekleştirilen bir anket çalışmasında periodontal hastalık ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin Ürdün'de halen zayıf olduğunu, bu nedenle diş sağlığı eğitiminin ağız sağlığını geliştirmek için gerekli olduğunu belirtmiştir. [3].

Yine aynı araştırmacı ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada 12-14 yaşları arasındaki çocuklarda kişisel olarak dişeti kanamalarını değerlendirmeleri ile klinik olarak konulan dişeti sağlık durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamışlar ve sonuç olarak araştırmacılar bireysel olarak dişeti kanaması değerlendirmesi ile dişeti sağlığı arasında bir doğru orantı olduğunu tespit ederek

bu yöntemle dişeti sağlığını izlemenin en azından gelişmekte olan ülkelerde yararlı olabileceğini belirtmişlerdir. [52].

George W. Taylor ve Wenche S. Borgnakke tarafından yayınlanan ve kişisel beyana dayalı periodontal hastalığın bir epidemiyolojik ankette geçerliliğinin değerlendirildiği, Michigan Üniversitesi bünyesinde yapılan bir araştırmada öncelikle katılımcılarla evlerinde yüz yüze görüşmelerde bulunmuş,yapılan görüşmelerde kişilerin gelirleri, sağlık durumları ve alışkanlıklarıyla, ağız-diş sağlıkları ve alışkanlıkları ile ilgili sorular yöneltilmiştir ve nihayetinde yaşları 18 ile 93 arasında değişen toplam 455 hastanın evlerinde periodontal muayeneleri yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda yazarlar kişisel beyana dayalı yöntemin periodontal hastalığın Amerikan toplumundaki durum ve eğilimlerini saptamada maliyetli klinik periodontal muayenelere bir alternatif olabileceği tespitinde bulunmuşlardır. [5].

Genco ve arkadaşlarının 2007 yılına yayınlanan, 1993 ve 1998 yılları arasında 1578 bireyin katılımıyla New York'ta gerçekleştirilmiş olan ve periodontal hastalık ile miyokardiyal enfarktüs riski çalışmasının verilerinin kullanıldığı araştırmalarında bireylerin ankete dayalı kişisel beyan ölçütlerinin klinik ataşman kaybının tahmininde orta derecede etkili olduğu, kişisel beyana dayalı periodontal hastalığın tahmin gücünün büyük oranda yaş, ırk, sigara kullanımı, cinsiyet ve diabetes mellitus durumunu kapsayan demografik değişkenlerin oluşturduğunu belirtmişler, oluşturulan modele geçmişte gördükleri periodontal tedavilere yönelik soruların eklenmesi ile istatistiksel olarak duyarlılık ve özgüllük seviyesinin arttığını rapor etmişlerdir. [53].

Gilbert ve arkadaşlarının 2007 yılında yayınladıkları araştırmalarında Florida Ağız Bakımı Çalışması dahilinde 45 yaş ve üzeri 873 bireyin klinik olarak ölçülen ataşman seviyeleri ile kişisel beyan ölçütlerinin ilişkisini değerlendirmişler ve neticede bireysel beyana dayalı dişeti sağlığı ve dişlerde sallanma durumunun yapılan çoklu değişkenli regresyon analizlerine dayanarak klinik tanı ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. [15].

2009 yılında yayınlanmış olan "Toplumdaki periodontitis prevalansının tahmininde bireylerin kendi beyanlarına dayalı verilerin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada araştırmacılar Paul I Eke ve Bruce Dye tarafından 456 erişkin bireye diş ve dişeti sağlığı ile ilgili sekiz adet soru sorulmuş ve ardından full-mouth periodontal muayeneleri Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Çalışmasının protokollere uygun olarak yapılmıştır. Katılımcılara kendi beyanlarından elde edilen ölçütlerin klinik muayene sonuçları ve kendilerine ait çeşitli faktörler (diş kaybı, dişlerin durumu, demografik özellikleri gibi) istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar çalışmada dişeti hastalığı, diş kaybı ve dişlerin durumu ile kişilerin kendi beyanlarına dayalı verileri birleştiren çoklu değişkenli modellemenin en çok şiddetli periodontitisin tahmininde etkili olduğu ve bu etkinliğin demografik ve risk faktörü değişkenlerinin eklenmesiyle birlikte güçlendiğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca bu çalışmada araştırmacılar soruların kültürel yapısının, teknik terimlerin ve dilin zor anlaşılmasının soru-cevap tabanlı kişisel beyana dayalı çalışmalarını etkileyen önemli faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir. Spesifik kişisel beyana dayalı ağız sağlığı verilerinin çoklu değişkenli modellemeleri şiddetli periodontitisin toplumdaki prevalansını tahmin etmede umut verici bir kaynak olduğu ve bu sonucun da daha önceden yapılmış olan ulusal taramalardaki değerlendirmelerle paralellik gösterdiğini belirtmişlerdir. Araştırmacılar kişilerin kendi beyanlarına dayalı verilerin, klinik muayenelerin yapılmasının mümkün olmadığı ulusal, şehir ve daha lokal seviyelerde periodontitisin değerlendirilme potansiyelini arttırabilecek, maliyet açısından da çalışmalarda rahatlık sağlayabilecek ve bu sayede periodontitisle ilgili geniş çaplı çalışmalara imkan verebilecek bir yöntem olabileceği kanaatine varmışlardır. [4].

Dumitrescu L. A. ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yayınlanan, Romanyalı hastalarda kişisel beyana dayalı ağız sağlığı durumu, ağız-diş sağlığı ile ilgili alışkanlıklar ve farkındalık arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya 180 Romanyalı erişkin katılmış ve katılımcılara demografik, psikolojik, kişisel beyana dayalı ağız sağlığı ve ağız-diş sağlığı alışkanlıklarıyla ilgili bilgileri içeren bir anket uygulanmıştır. Çalışma neticesinde araştırmacılar kişilerin kendi farkındalıklarının ılımlı etkilerinin sağlıkla ilgili riski azaltma ve ağız sağlığının teşviki konularında göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmişlerdir. [54].

2010 yılında, Alessandro Villa ve arkadaşları İtalya'da yeni doğum yapmış kadınların oral hijyen alışkanlıklarını ve periodontal semptomlarını tespit etmek ve klinik olarak konulan periodontal tanı ile kişilerin kendi beyanları arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Araştırmada kişilerin kendilerinin dolduracakları, sosyodemografik durumları, oral hijyen alışkanlıkları ve diş hekimine gitme sıklıkları gibi bilgilerinin kaydedildiği bir anket formu hazırlanarak 409 yeni doğum yapmış kadına uygulanmıştır. Katılımcıların %99,3'ü dişlerini her gün fırçaladığını belirtirken; %46,2'si günde bir, %53,8'i günde iki kez fırçaladığını belirtmiştir. Yapılan klinik muayeneleri sonucunda, kadınların %61,4'ünde periodontal hastalık saptanmıştır. Dişetlerinde şişlik ve dişlerinde mobilite şikayeti olan hastaların olmayanlara göre neredeyse iki kat daha fazla oranda periodontal hastalığa sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar diş hekimlerinin ve doğum öncesi sağlık hizmeti sunan personelin, periodontal hastalık açısından yüksek risk taşıyan hamile kadınlara diş mobilitesi ve/veya diş etlerinde şişlik olup olmadığını sormak suretiyle periodontal hastalıkların erken dönemde tespit edilebilme fırsatlarının olabileceğini vurgulamışlardır. [55].

Gautam ve arkadaşlarının yaptığı çalışma Sundernagar'daki farklı sosyoekonomik seviyedeki bireylerin diş ve periodontal sağlık farkındalıklarını değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel nitelikteki çalışma Himachal Diş Hekimliği Fakültesi'nde farklı sosyoekonomik sınıflara mensup 300 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada periodontal sağlık verileri CPI indeksi (Toplum Periodontal İndeksi) kullanılarak toplanmıştır. Ayrıca hastaların yaşam biçimleriyle ilgili bilgiler, eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik durumları bir anket formu yardımıyla kayıt altına alınmış ve bu bilgiler mevcut periodontal durumlarıyla karşılaştırılmıştır. Katılanların büyük çoğunluğu dişlerini günde bir kez fırçaladıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada düşük sosyoekonomik grupta daha fazla kanayan dişetleri ve diş taşı birikimiyle karakterize edilen yüksek CPI skorları saptanmıştır. Farklılıklar sosyal tabakalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,01$). Çalışma sonucunda araştırmacılar bu çalışmanın oral hijyen farkındalığının ve periodontal durumun sosyoekonomik seviye ile anlamlı bir biçimde ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bunun yanında sosyoekonomik

seviye ve oral hijyen alışkanlıkları, CPI ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. [56].

Michael J. LaMonte ve arkadaşlarının yayınlamış olduğu makalede kişilerin kendilerine ait periodontal hastalık beyanlarının doğruluğu araştırılmıştır. Çalışmaya 53 ile 83 yaşları arasındaki 972 post-menopozal dönemdeki kadın katılmış başlangıçta (1997'den 2001'e) ve takibinde (2002'den 2006'ya) tüm ağız muayeneleri yapılmıştır. Katılımcılardan sondlama derinliği, klinik ataşman seviyesi ve alveolar kret yüksekliğini gözlemlemek için radyografiler Kadın Sağlığı Girişimsel ve Gözlemsel çalışmasının (WHI-OS) bir yan çalışması olan OsteoPerio çalışması esnasında toplanmıştır. Hastalara "Şimdiye kadar gittiğiniz diş hekimi tarafından size dişeti hastalığınız olduğu söylendi mi?" sorusu yöneltilmiş ve WHI-OS anketinde periodontal/dişeti hastalığı tanısı olduğunu bildiren katılımcıların (n=259; 26,6%) bildirmeyenlerden daha kötü oral hijyen alışkanlıklarına, periodontal hastalık risk faktörlerine ve klinik periodontal ölçütlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Araştırmacılar çalışma sonuçları ışığında düzenli diş hekimi kontrolüne giden postmenopozal kadınlara sorulacak basit bir soru ile periodontal hastalık prevalansını orta düzeyde tespit edilebileceğini belirtmişlerdir. [57].

Asa'ad ve arkadaşlarının hamile kadınların periodontal hastalık ve bu hastalığın hamileliğe etkisi hakkındaki bilgilerinin ve periodontal hastalık farkındalığının sorguladıkları yakın zamanlı bir çalışma Suudi Arabistan'ın orta ve doğu bölgelerindeki kadın doğum merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Kesitsel nitelikteki ve anket tarzındaki bu çalışmaya 300 hamile kadın katılmış, ankette kişisel ve sosyodemografik değişkenler ile hamile kadınların periodontal sağlık farkındalıkları ve bilgilerini ortaya çıkarmayı hedefleyen sorular yöneltilmiştir. %81 cevap verme oranı tespit edilmiş olan bu çalışmada katılımcıların yaklaşık olarak %53'ünün yüksek eğitim görmelerine rağmen sadece %21'inin dental plağı doğru olarak tanımlayabildiği ve %30'unun zararlı etkilerinden haberdar olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların neredeyse %73'ü dişeti hastalığının diş fırçalama ve arayüz bakımıyla korunulabilecek bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %97'si sigaranın zararlı etkilerinden haberdar durumdayken, sadece %12'sinin periodontal hastalığın hamilelik esnasında oluşturabileceği muhtemel olumsuz

etkiler ile ilgili bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırcılar bu çalışmayla periodontal hastalık farkındalığı ve bilincinin ve bunun hamile kadınlarda hamileliğe olası etkileri ile ilgili sınırlı bilgileri bulunduğunu ve bu yönleri ile ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. [58].

Brian W. Coburn ve arkadaşları 2015 yılında klinik olarak periodontitis tanısı konulmuş romatoid artrit (RA) ve osteoartrit (OA) hastalarında kişisel beyanın performansını değerlendirmişlerdir. Çalışmada periodontitisle ilgili altı kişisel beyan sorusu hastalara yöneltilerek cevapların tüm ağız muayenesi yapılmasıyla elde edilen şiddetli ve orta şiddetliden şiddetliye değişen periodontitis teşhisleriyle olan tutarlılıkları araştırılmıştır. Çoklu değerşkenli lojistik regresyon testi kullanılarak tek başına kişisel beyan; yaş, cinsiyet, eğitim ve sigara kullanımı; ve bunların kombinasyonu değerlendirilmiştir. En yüksek performans kişisel beyan ile periodontitis risk faktörlerinin birlikte olduğu modelde görülmüştür. Çalışmada hastaların kişisel beyanları diğer risk faktörleriyle kombine edildiğinde romatoid artrit ve osteoartritli hastalar içinde periodontitisin tespitinde iyi performans gösterdiği sonucuna varmışlardır. [59].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı Kliniği'ne çeşitli ağız-diş şikayetleri nedeniyle başvurmuş olan geliş nedenleri çalışmamızın amacı doğrultusunda ilk kez bizim tarafımızdan titizlikle kaydedilmiş bulunan 1014 hasta araştırmamızın materyalini oluşturmaktadır.

Gazi Üniversitesi (Girişimsel Olmayan) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.12.2012 tarihinde vermiş olduğu 386 sayılı kararıyla araştırmamızın etik kurul onayı alınmıştır. (Ek-1).

Üst yaş sınırı olmaksızın 18 yaş ve üzeri, muayene ve anket aşamalarına yanıt verebilecek fizik ve mental kapasitedeki 1014 kişi çalışma grubumuzu oluşturmaktadır.

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylere kısaca yapılacak işlemlerden bahsedildikten ve bilgilendirilmiş onam formları imzalatıldıktan sonra bu çalışma için hazırlanan anket uygulandı. Her bir katılımcıya sorulan sorulara samimi ve net cevaplar vermeleri gerektiği vurgulanarak her bir form soru cevap şeklinde tek tek dolduruldu. (Ek-2).

Bahsedilen anket sorularından her bir katılımcının ad ve soyadları, hasta kimlik numaraları, yaş, cinsiyet, eğitim, sistemik sağlık durumları gibi özellikleri ile çalışmamızın ana amacını teşkil eden ve bireylerin periodontal hastalık farkındalıklarının saptanmasına yönelik hazırlanan sorular sırasıyla yöneltilerek alınan yanıtlar dikkatlice formlara kaydedildi. (Ek-3).

Böylelikle çalışmaya katılan tüm bireylerin ağız-diş sağlıkları ile ilgili mevcut bilgileri ve alışkanlıkları belirlenmeye çalışıldı. Bu safhada, ayrıntılı periodontal muayeneye başlamadan hastaların primer şikayeti bir kez daha sorgulanarak asıl şikayeti net olarak öğrenilip kaydedildi. Soru cevap aşamasında hastaları verecekleri yanıtlar hususunda yönlendirmekten kaçınmaya özellikle dikkat edildi.

Katılımcıların anamnezlerinin alınması ve anket formlarının doldurulmasını takiben klinik ölçümlerin yapılarak kaydedileceği periodontal muayene safhasına geçildi.

Klinik ölçümlerde katılımcıların 16,21,24,36,41 ve 44 nolu dişlerinin meziobukkal, mid-bukkal, distobukkal ve mid-palatinal/lingual olmak üzere dört bölgesinden:

1) Sillness-Löe Plak İndeksi (PII) (Sillness-Löe 1964)

2) Sondlamada Kanama (SK)

3) Williams periodontal sondu ile cep derinlikleri (CD) metodolojilerine uygun olarak elde edilip bu değerler kişilere ait formlara kaydedildi.

4-5 mm'den fazla cep derinliği tespit edilen, kesin teşhisinde klinik olarak tam bir karara varılamayan hastalarda da teşhisi kesinleştirmek için ayrıca radyografilerden yararlandı.

Bu şekilde bireylerin kesinleştirilmiş tanısı ile anket formundaki sorularla her bir bireyin kendi beyan ve düşüncesi olarak belirtilen periodontal sağlık ve hastalık, periodontal hastalık etkenleri, korunma yöntemleri ve bu konularla ilgili tutum ve davranışlarının tutarlılığı, anket formları üzerinde bizim klinik teşhis olarak belirlediğimiz mevcut gerçek durumla örtüşüp örtüşmediği her bir bireyin kendi özel formuna tek tek kaydedildi.

Yapılan klinik ve radyolojik değerlendirmeler ışığında teşhisleri konulan ve anket formlarından yararlanılarak periodontal hastalık farkındalıkları tespit edilen her bireye mevcut periodontal sağlık durumları hakkında bilgi verildi ve ilk muayeneleri yapılmış olan bu bireyler gerekli görülen tedavi hizmetlerini alabilmeleri amacıyla ilgili anabilim dalı kliniklerine yönlendirildi.

İstatistiksel Analiz

Çalışma sonucunda elde edilen biyometrik veriler SPSS 20 paket programı ile istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis - H Testlerinden yararlanılmıştır.

Birim sayılarının 20 den fazla olması nedeniyle Mann Whitney U Testi için standartlaştırılmış z değerleri verilmiştir.

Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Pos-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Çizelge 4.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.1. Demografik özelliklerin dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	586	57,8
	Erkek	428	42,2
	Toplam	1014	100
Yaş	18-29 Yaş	415	40,9
	30-39 Yaş	234	23,1
	40-49 Yaş	173	17,1
	50-59 Yaş	148	14,6
	60 Yaş ve Üstü	44	4,3
	Toplam	1014	100
Eğitim Durumu	İlköğretim	345	34
	Lise	264	26
	Üniversite	371	36,6
	Lisansüstü / Doktora	34	3,4
	Toplam	1014	100

Çizelgeden de anlaşılacağı gibi, araştırmamıza katılan 1014 bireyin %57,8'i erkek, %42,2'si kadındır. 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısı diğer yaş gruplarına ait bireylerin hepsinden daha azdır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına bakıldığında 18-29 yaş grubunun en yüksek sayıda olduğu görülmektedir. (%40,9).

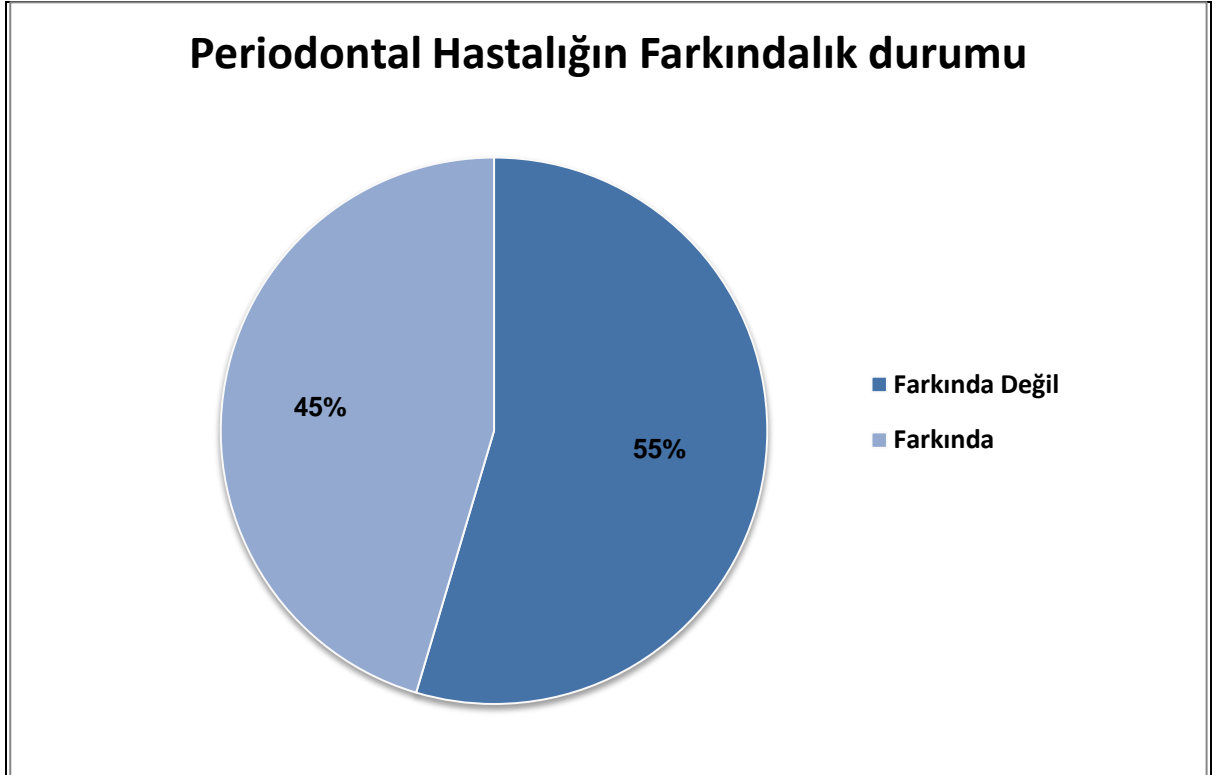
Çizelge 4.2'de araştırmaya katılan bireylerin periodontal hastalık farkındalıkları izlenmektedir.

Çizelge 4.2. Hastaların farkındalık durumlarının dağılım tablosu

		n	%
Farkındalık Durumu	Farkında	460	45,4
	Farkında Değil	554	54,6
	Toplam	1014	100

Araştırmamıza katılan 1014 bireyin periodontal hastalıkla ilgili farkındalık oranı %45,4 olarak tespit edilmiştir. (n=460).

Periodontal hastalığın farkında olmayanlar ise %54,6 oranındadır. (n=554).



şekil 4.1. Periodontal hastalığın farkındalık durumu grafiği

Çizelge 4.3'de hastaların periodontal teşhislerine göre dağılımı görülmektedir.

Çizelge 4.3. Hastaların klinik ya da radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım tablosu

		n	%
Klinik ve / veya Radyografik Tetkikler Sonucu Teşhis	Sağlıklı	121	11,9
	Gingivitis	634	62,5
	Periodontitis	259	25,5
	Toplam	1014	100

Çizelge 4.3.'den anlaşılacağı gibi 1014 bireyden oluşan çalışma topluluğumuzdaki periodontal olarak sağlıklı bireyler %11,9 oranında tespit edilmiştir. Gingivitis oranı %62, periodontitis oranı ise %25,5 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.4.'da Hastaların periodontal muayeneleri sonucu 5mm ve üzeri cep derinliği bulunma durumları görülmektedir.

Çizelge 4.4. Hastaların 5 mm ve Üzerinde Cep Derinliği Bulunma Durumlarının Dağılım Tablosu

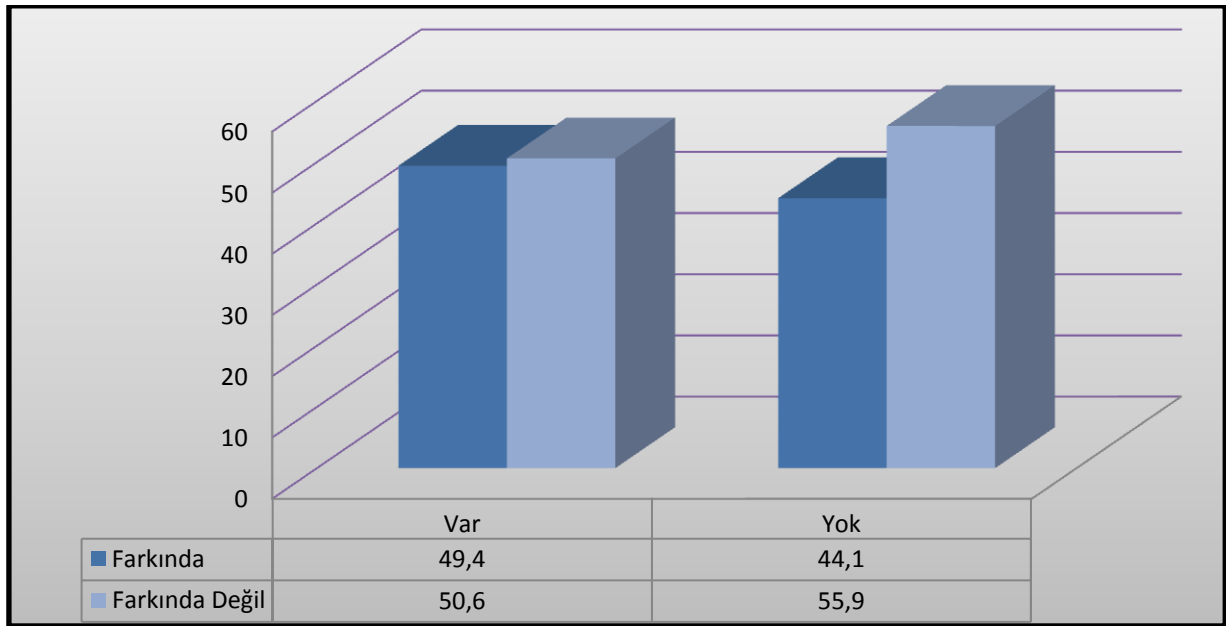
		n	%
5 mm ve Üzerinde Cep Derinliği	Var	245	24,2
	Yok	769	75,8
	Toplam	1014	100

Çizelgede araştırmaya katılan 1014 hastanın 245'inde (%24,2) 5mm ve üzeri cep tespit edilmiş olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.5. Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Cep Derinliği						Ki-Kare Testi	
		Var		Yok		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Farkındalık Durumu	Farkında	121	49,4	339	44,1	460	45,4	2,109	0,146
	Farkında Değil	124	50,6	430	55,9	554	54,6		
	Toplam	245	100	769	100	1014	100		

Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarına göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. ($p>0,05$).



Şekil 4.2. Hastaların 5 mm ve üzerinde cep derinliği bulunma durumlarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.6'te hastaların dişeti tedavisine gitmelerinde kendilerini yönlendiren etkenler görülmektedir.

Çizelge 4.6. Hastaları dişeti tedavisine yönlendiren etkenlerin dağılım tablosu

		n	%
Dişeti tedavisine gitmenizde sizi yönlendiren etken nedir?	Basın	1	0,1
	Diş Hekimi	85	8,4
	Çevre, Aile	2	0,2
	Kendisi	53	5,2
	Yönlendirilmemiş	872	86
	Tıp Hekimi	1	0,1
	Toplam	1014	100

Çizelge 4.6'e göre katılımcıların dişeti tedavisine yönlendirilmesindeki ana etken diş hekimidir (%8,4), bunu kişinin kendisi (%5,2) takip etmektedir.

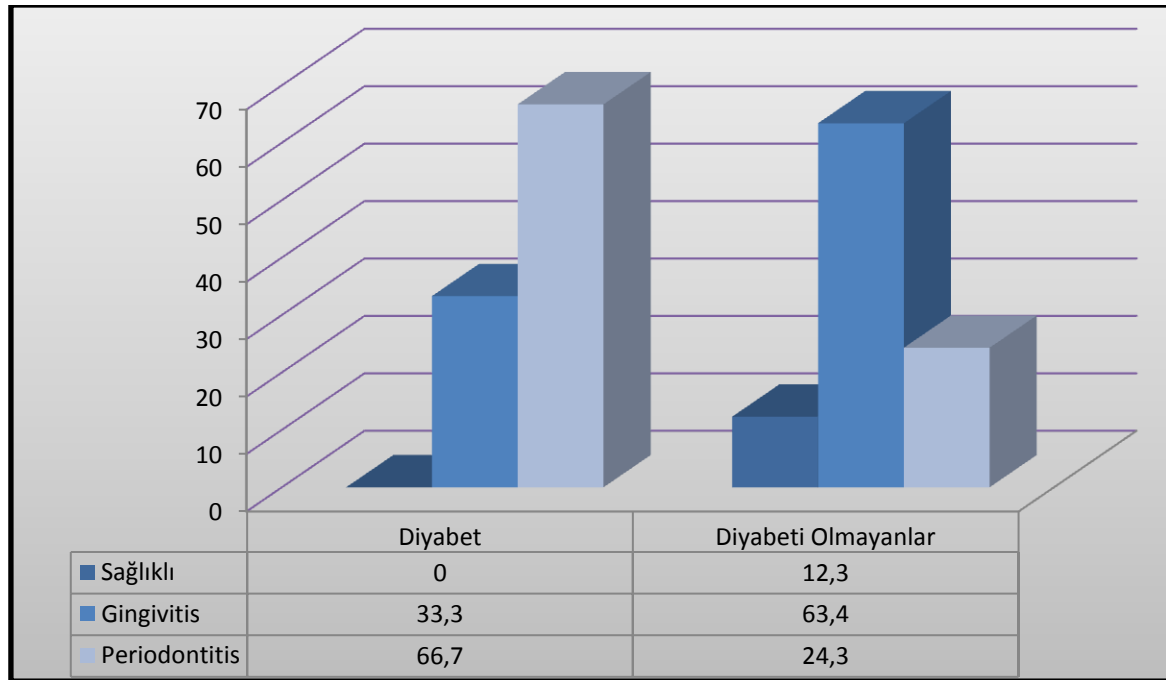
Hastalardan sadece biri tıp hekimisi tarafından dişeti tedavisine yönlendirilmiştir.

Çizelge 4.7. Diyabet durumuna göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhisleri arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Diyabet Durumu						Ki-Kare Testi	
		Diyabeti Olanlar		Diyabeti Olmayanlar		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Klinik ve / veya Radyografik Tetkikler Sonucu Teşhis	Sağlıklı	0	0	121	12,3	121	11,9	28,371	0,001
	Gingivitis	10	33,3	624	63,4	634	62,5		
	Periodontitis	20	66,7	239	24,3	259	25,5		
	Toplam	30	100	984	100	1014	100		

Tablodan da görüldüğü gibi diyabeti olan bireylerdeki periodontitis oranı, diğer bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Diyabeti olan bireylerin %67,7'sine periodontitis, %33,3'üne gingivitis teşhisi konulmuştur. Diyabeti olmayan bireylerin ise %63,4'ü gingivitis, %24,3'ü de periodontitistir.

Diyabet durumuna göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhisleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$).



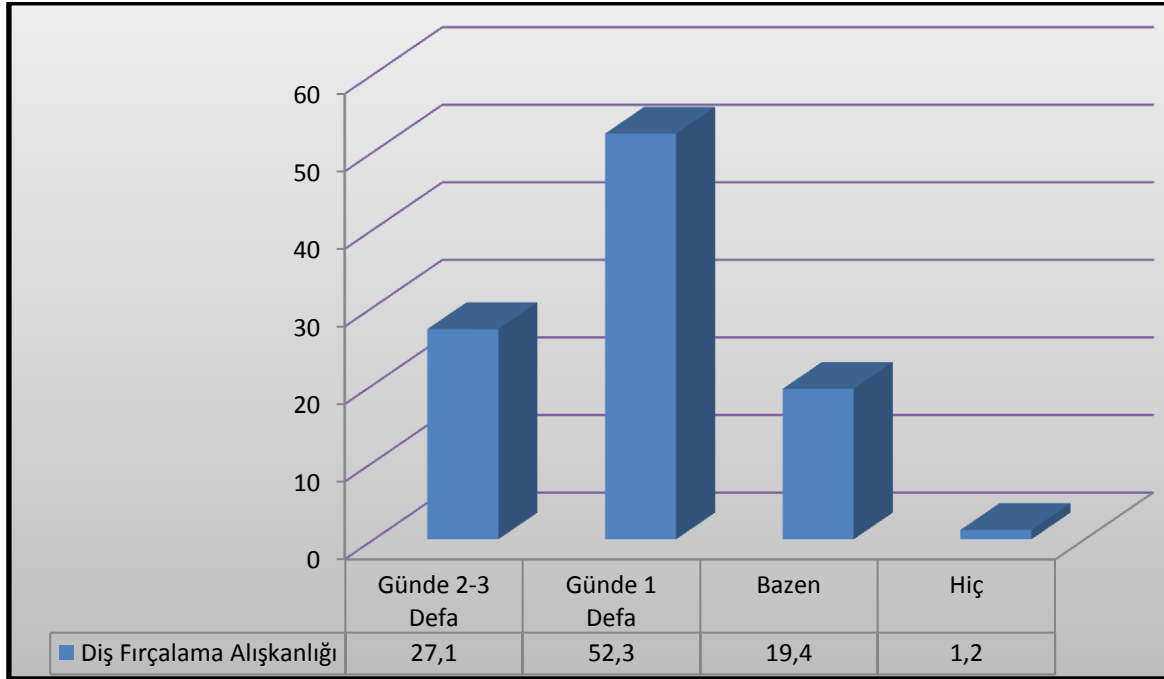
Şekil 4.3. Diyabet durumuna göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım grafiği

Çizelge 4.8'de katılımcıların oral hijyen alışkanlıkları görülmektedir.

Çizelge 4.8. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarının dağılım tablosu

		n	%
Diş Fırçalama Alışkanlığı	Günde 2-3 Defa	275	27,1
	Günde 1 Defa	530	52,3
	Bazen	197	19,4
	Hiç	12	1,2
	Toplam	1014	100

Diş fırçalama alışkanlıklarına bakıldığında günde bir kez dişini fırçalayanlar katılımcıların %52,3'ünü teşkil etmektedir. Hiç dişini fırçalamayanlar ise %1,2 oranındadır.

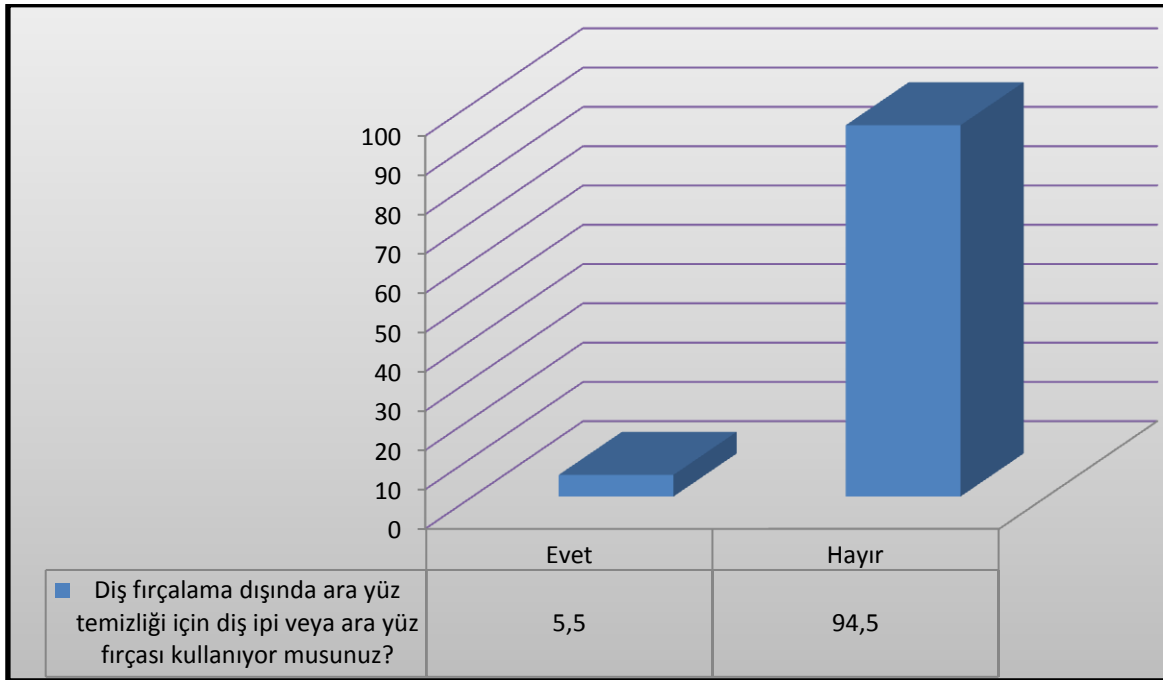


Şekil 4.4. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarının dağılım grafiği

Çizelge 4.9. Hastaların diş ipi veya ara yüz fırçası kullanma durumlarının dağılım tablosu

		n	%
Diş fırçalama dışında ara yüz temizliği için diş ipi veya ara yüz fırçası kullanıyor musunuz?	Evet	56	5,5
	Hayır	958	94,5
	Toplam	1014	100

Çizelge 4.9.'e göre katılımcılar arasında diş ipi kullananların oranı sadece %5,5 seviyesinde kalmıştır. (n=56)

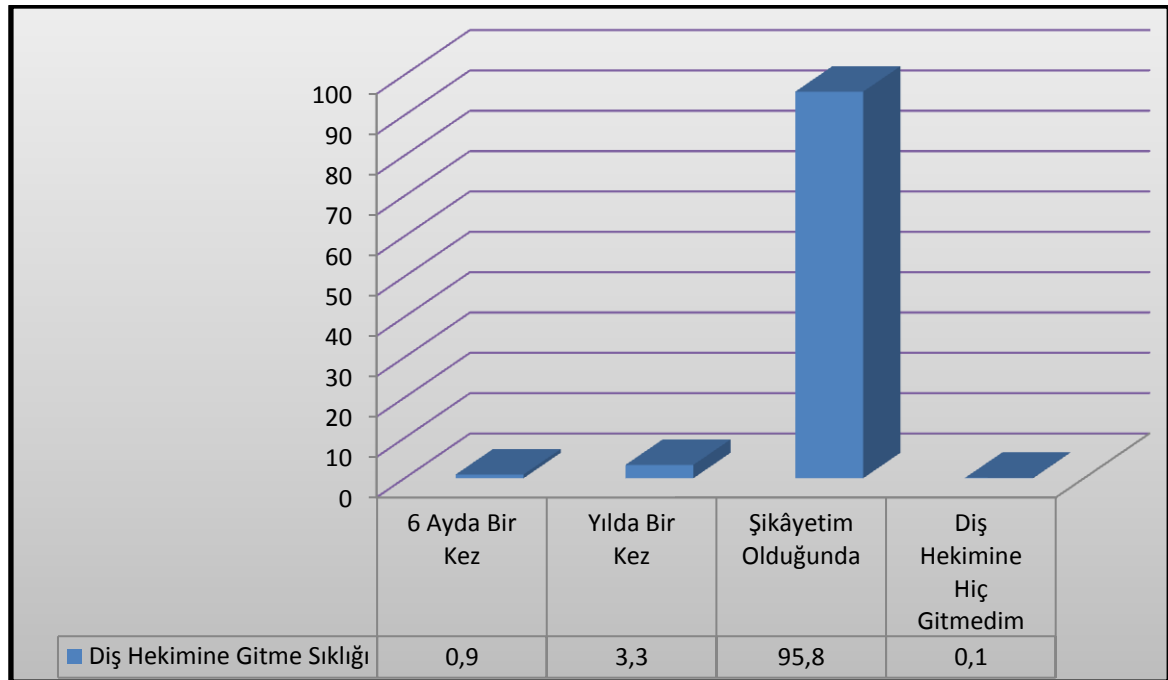


Şekil 4.5. Hastaların diş ipi veya ara yüz fırçası kullanma durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.10. Hastaların düzenli olarak diş hekimine gitme durumlarının ve diş hekimine gitme sıklıklarının dağılım tablosu

		n	%
Düzenli aralıklarla, herhangi bir şikayetiniz olmadan diş hekimi kontrolüne gider misiniz?	Evet	42	4,2
	Hayır	972	95,9
	Toplam	1014	100
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	6 Ayda Bir Kez	9	0,9
	Yılda Bir Kez	33	3,3
	Şikâyetim Olduğunda	971	95,8
	Diş Hekimine Hiç Gitmedim	1	0,1
	Toplam	1014	100

Çizelge 4.10.'da görüldüğü üzere 1014 hastanın sadece 42'si düzenli aralıklarla diş hekimine gittiğini belirtmiştir. Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarına bakıldığında %95,8 gibi yüksek bir oranda, ancak şikâyetim olduğunda cevabını verdikleri görülmektedir.

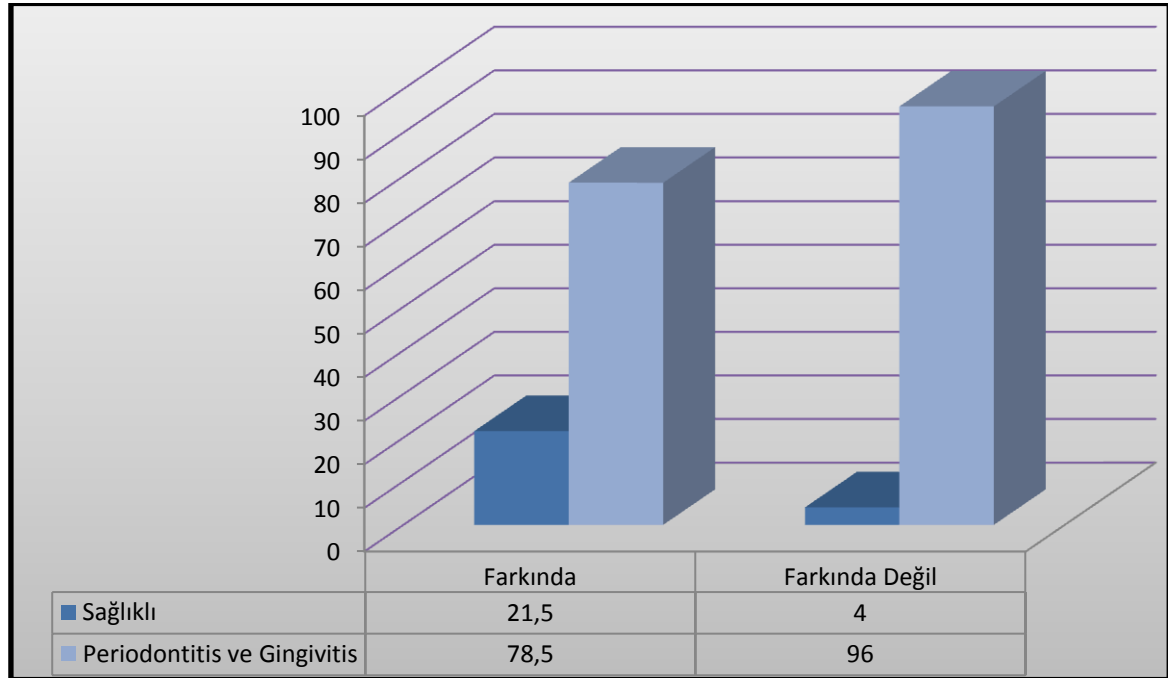


Şekil 4.6. Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarının dağılım grafiği

Çizelge 4.11. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Klinik ve / veya Radyografik Tetkikler Sonucu Teşhis	Sağlıklı	99	21,5	22	4	121	11,9	73,664	0,001
	Periodontitis ve Gingivitis	361	78,5	532	96	893	88,1		
	Toplam	460	100	554	100	1014	100		

Çizelgedeki değerler incelendiğinde, periodontal hastalığın farkında olan katılımcıların %21,5'inin (n=99) periodontal açıdan sağlıklı olduğu görülmektedir, bu oran farkında olmayan bireylerde %4'e düşmektedir. Periodontal hastalığın farkında olmayan bireylerin ise %96'sının periodontal bir hastalığı olduğu klinik ve radyografik olarak tespit edilmiştir. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Farkında olan hastaların %78,5'i için konulan teşhis periodontitis ya da gingivitis iken farkında olmayanlarda bu oran %96'dır.

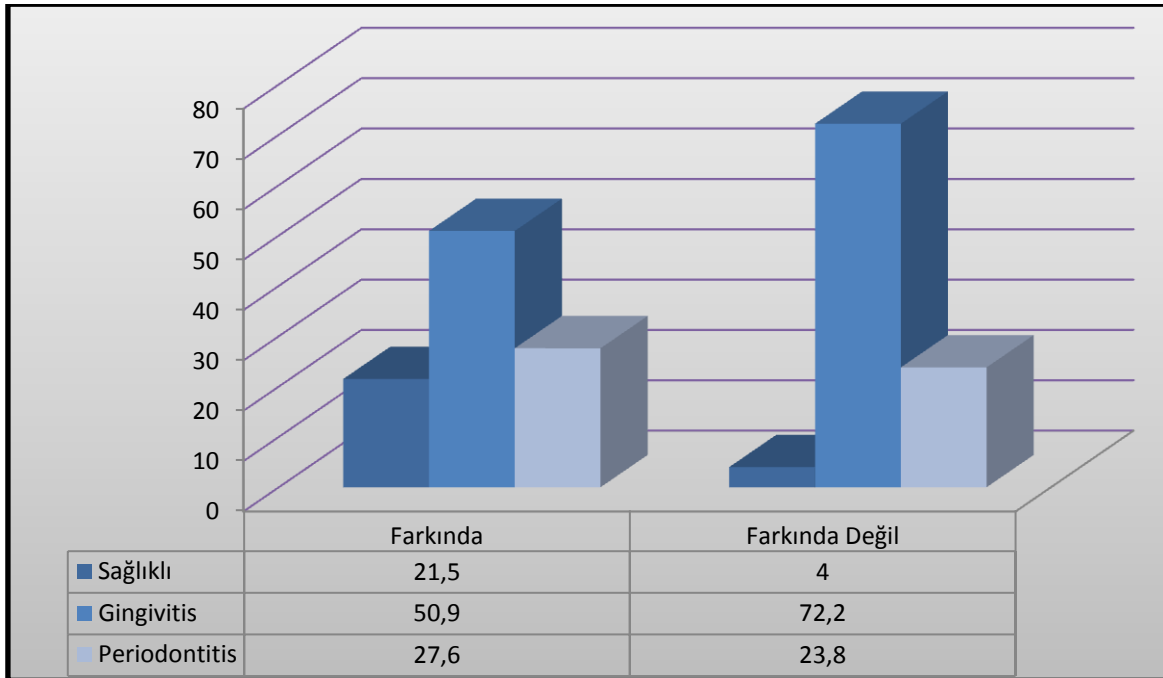


Şekil 4.7. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.12. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Klinik ve / veya Radyografik Tetkikler Sonucu Teşhis	Sağlıklı	99	21,5	22	4	121	11,9	84,573	0,001
	Gingivitis	234	50,9	400	72,2	634	62,5		
	Periodontitis	127	27,6	132	23,8	259	25,5		
	Toplam	460	100	554	100	1014	100		

Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Farkında olan hastaların %50,9'u için konulan teşhis gingivitis, %27,9'u için konulan teşhis periodontitis iken %21,5'i sağlıklıdır. Farkında olmayan hastaların sadece %4'ü sağlıklı iken %72,2'si için gingivitis, % 23,8'i için periodontitis teşhisi konulmuştur.

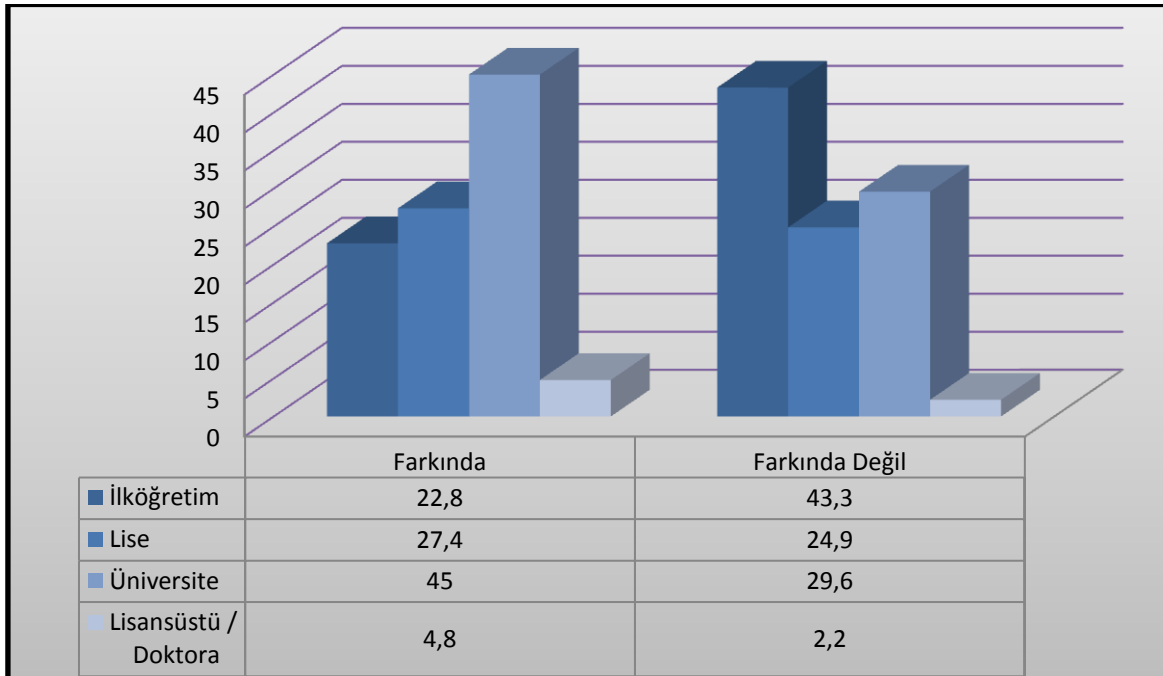


Şekil 4.8. Hastaların klinik/radyografik teşhislerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.13. Hastaların eğitim durumlarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Eğitim Durumu	İlköğretim	105	22,8	240	43,3	345	34	53,038	0,001
	Lise	126	27,4	138	24,9	264	26		
	Üniversite	207	45	164	29,6	371	36,6		
	Lisansüstü / Doktora	22	4,8	12	2,2	34	3,4		
	Toplam	460	100	554	100	1014	100		

Hastaların eğitim durumları ile periodontal hastalık farkındalıklarının değerlendirildiği bu tabloda periodontal hastalığın farkında olan hastaların %45'i üniversite mezunu, %27,4'ü lise mezunudur, farkında olmayan hastaların ise %43,3'ü ilkokul mezunudur. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin periodontal hastalık farkındalığının daha yüksek olduğu görülmektedir, bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,05$).



Şekil 4.9. Hastaların eğitim durumlarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.14. Hastaların eğitim durumlarına göre kliniğe başvurma nedenleri arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

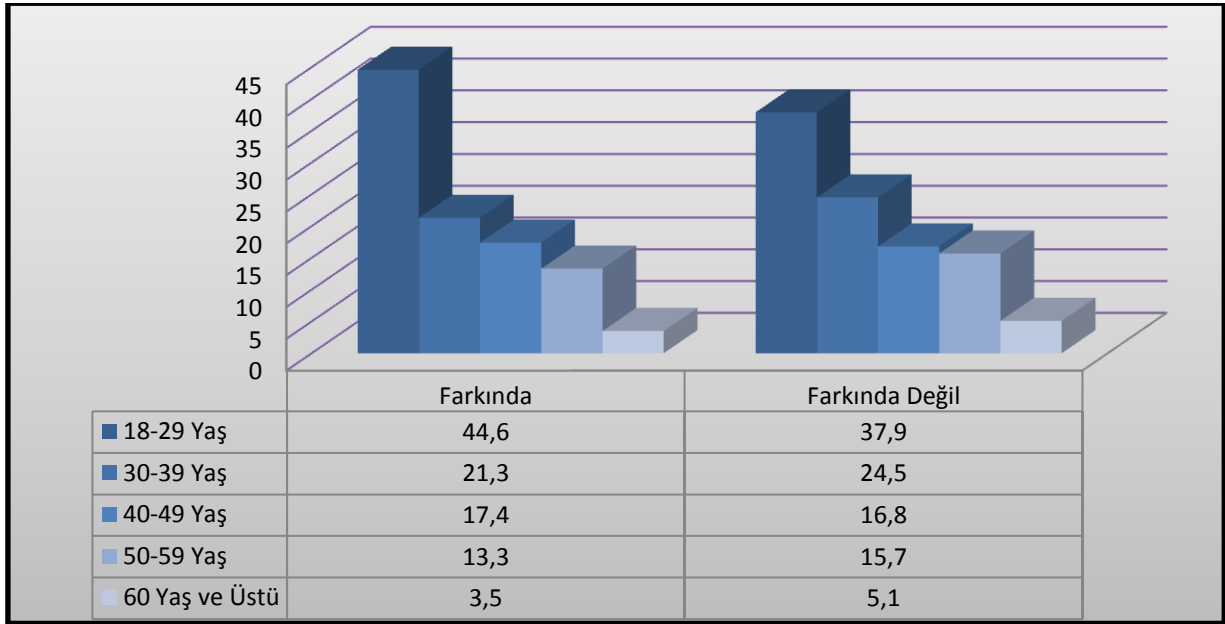
		Eğitim Durumu										Ki-Kare Testi	
		İlköğretim		Lise		Üniversite		Lisans üstü / Doktora		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kliniğe Başvuru Nedeni	Genel Kontrol	24	26,4	13	14,3	47	51,6	7	7,7	91	100	61,749	0,001
	Diş Ağrısı	69	38,1	38	21	69	38,1	5	2,8	181	100		
	Dolgu Yaptırmak	70	27	76	29,3	103	39,8	10	3,9	259	100		
	Protez Yaptırmak	50	47,6	29	27,6	25	23,8	1	1	105	100		
	Diş Etlerinde Kanama	49	45	28	25,7	31	28,4	1	0,9	109	100		
	Diş Çektirmek	52	28,6	55	30,2	68	37,4	7	3,8	182	100		
	TME Problemi	12	40	6	20	10	33,3	2	6,7	30	100		
	Ortodontik Tedavi	2	10	10	50	8	40	0	0	20	100		
	Diğer	17	45,9	9	24,3	10	27	1	2,7	37	100		
	Toplam	345	34	264	26	371	36,6	34	3,4	1014	100		

Hastaların eğitim durumlarına göre diş hekimliği fakültesine başvurma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Genel kontrol için başvuruda bulunan hastaların çoğunluğu (%51,6) üniversite mezunudur. Protez yaptırmak için gelen hastaların %47,6'sı, dişetlerinde kanama nedeniyle gelen hastaların %45'i, diğer nedenlerle (renklenme/beyazlatma, diş taşı temizletmek, dişlerde sallanma, dişetlerinde çekilme, dişetlerinde şişlik, ağız kokusu) gelen hastaların ise %45,9'u ilköğretim mezunudur.

Çizelge 4.15. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-29 Yaş	205	44,6	210	37,9	415	40,9	6,389	0,172
	30-39 Yaş	98	21,3	136	24,5	234	23,1		
	40-49 Yaş	80	17,4	93	16,8	173	17,1		
	50-59 Yaş	61	13,3	87	15,7	148	14,6		
	60 Yaş ve Üstü	16	3,5	28	5,1	44	4,3		
	Toplam	460	100	554	100	1014	100		

Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

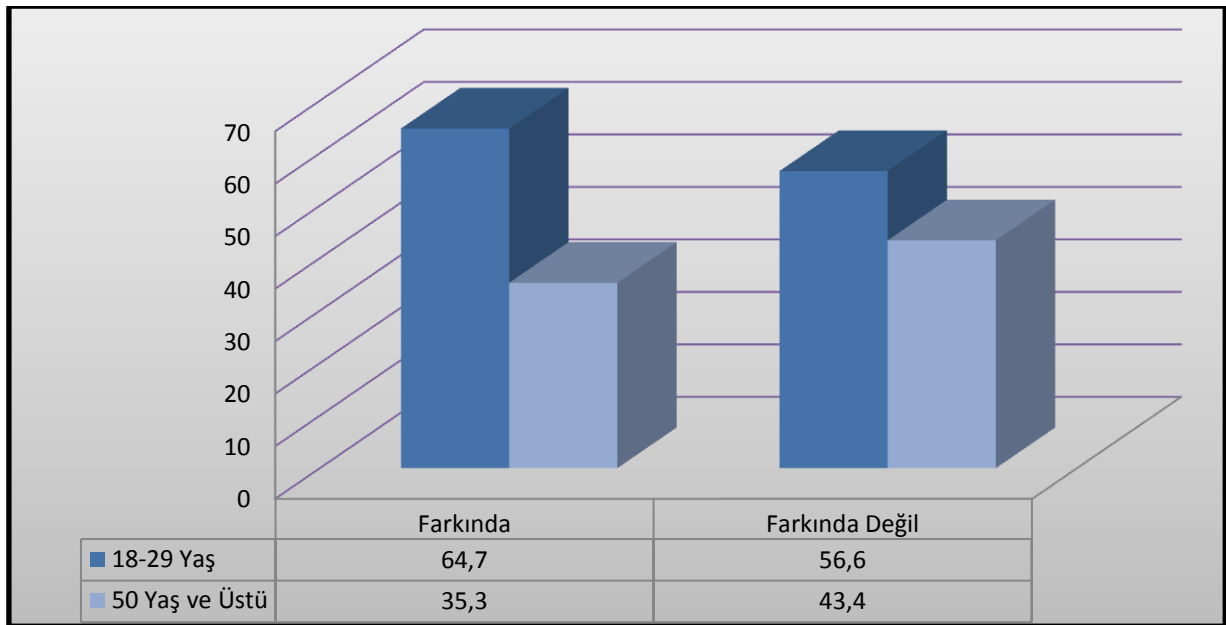


Şekil 4.10. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.16. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-25 Yaş	141	64,7	150	56,6	291	60,2	3,257	0,071
	50 Yaş ve Üstü	77	35,3	115	43,4	192	39,8		
	Toplam	218	100	265	100	483	100		

Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).



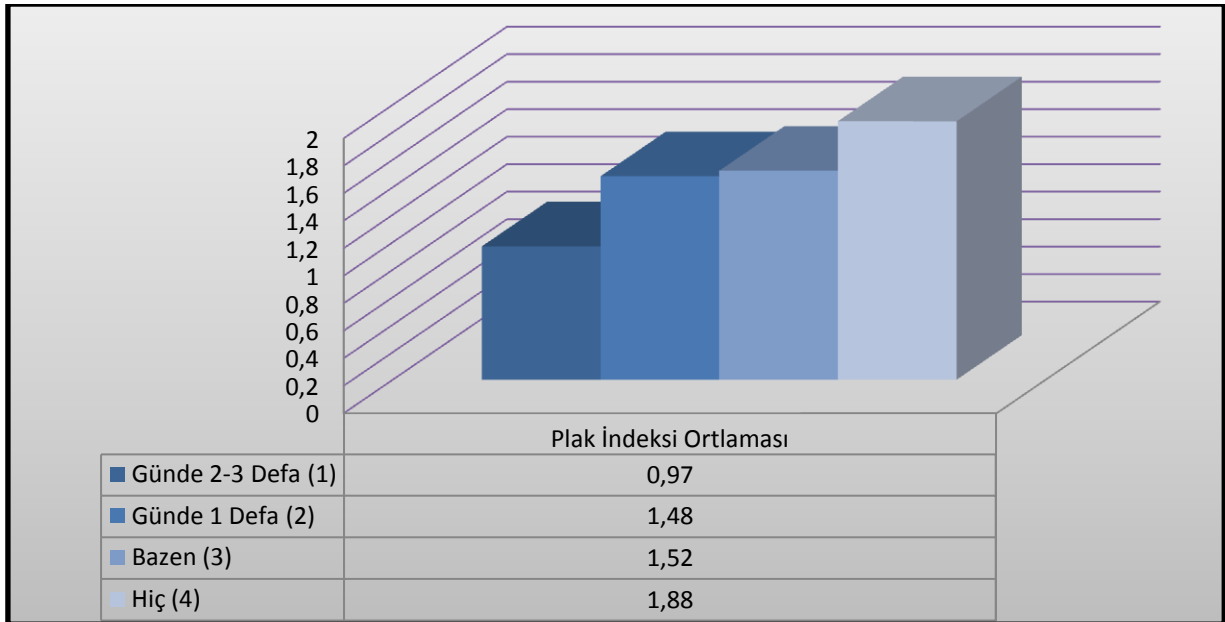
Şekil 4.11. Hastaların yaş gruplarına göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.17. Hastaların plak indeksi ortalamaları açısından diş fırçalama alışkanlıkları arasındaki farklılığa dair mann whitney u testi sonuçları

		Plak İndeksi Ortalaması						Kruskal Wallis H Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H	p
Diş Fırçalama Alışkanlığı	Günde 2-3 Defa (1)	275	0,97	1	0	3	0,53	379,18	106,39	0,001
	Günde 1 Defa (2)	530	1,48	1	0	75	4,09	521,05		
	Bazen (3)	197	1,52	1,25	0,33	3	0,65	638,74		
	Hiç (4)	12	1,88	1,63	0,67	3	0,98	695,17		
	Toplam	1014	1,35	1	0	75	2,99	İkili Karşılaştırma: 1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		

Tabloda hastaların plak indeksi ortalamaları ile diş fırçalama alışkanlıkları arasındaki ilişki irdelenmiştir. Sonuçta günde 2-3 defa dişini fırçalayan hastaların plak indeks ortalamalarının diğer hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,05$).

Bununla birlikte, günde 1 defa dişini fırçalayan hastaların plak indeks ortalamaları ise dişini bazen fırçalayan ve hiç fırçalamayan hastaların plak indeks ortalamalarından anlamlı olarak düşüktür. ($p < 0,05$).

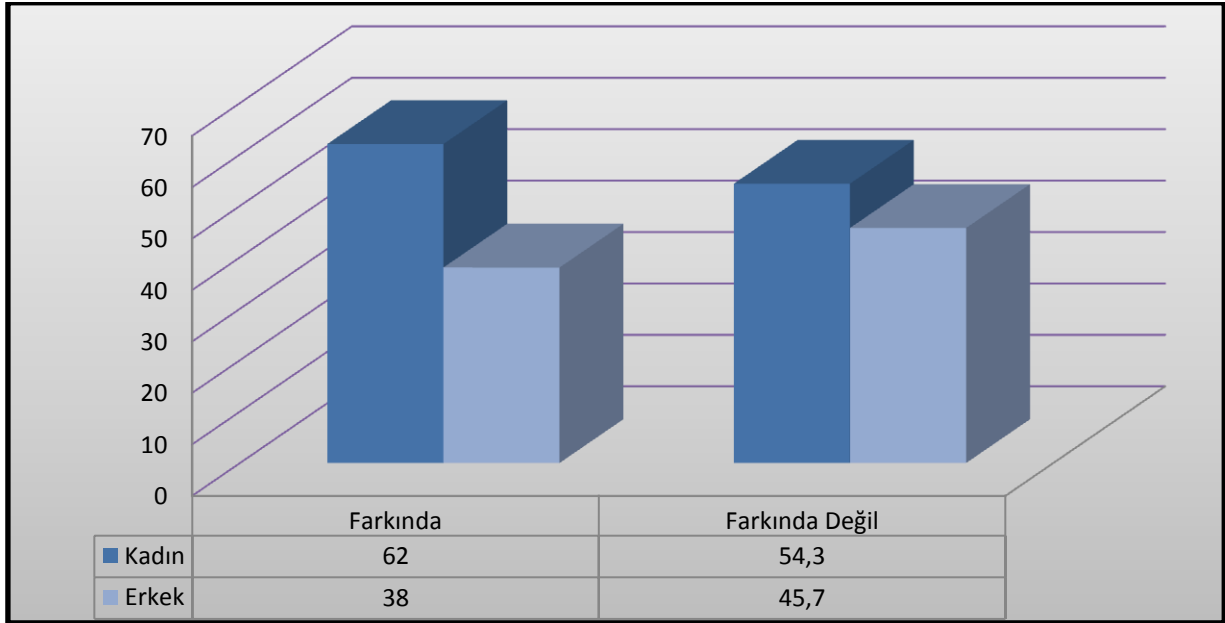


Şekil 4.12. Hastaların diş fırçalama alışkanlıklarına göre plak indeksi ortalamalarının dağılım grafiği

Çizelge 4.18. Hastaların cinsiyetlerine göre farkındalık durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Farkındalık Durumu						Ki-Kare Testi	
		Farkında		Farkında Değil		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	285	62	301	54,3	586	57,8	5,989	0,014
	Erkek	175	38	253	45,7	428	42,2		
	Toplam	460	100	554	100	1014	100		

Tabloya göre kadınların %62'si periodontal hastalığın farkındayken erkeklerin farkındalık oranı %38'dir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu hastaların cinsiyetlerine göre farkındalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p < 0,05$). Sonuç olarak kadın katılımcıların erkeklerden daha fazla periodontal hastalıkla ilgili farkındalığa sahip oldukları belirlenmiştir.

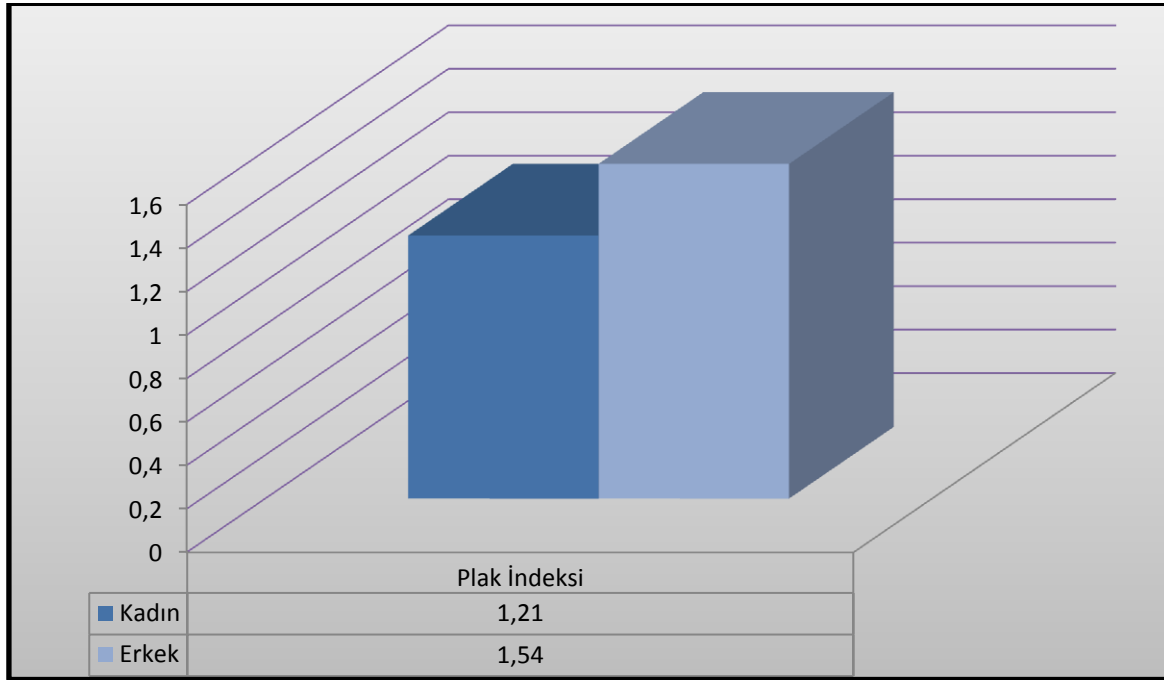


Şekil 4.13. Hastaların cinsiyetlerine göre farkındalık durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.19. Hastaların plak indeks ortalamaları açısından cinsiyetleri arasındaki farklılığa ilişkin mann whitney u testi sonuçları

		Plak İndeksi						Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Cinsiyet	Kadın	586	1,21	1	0	58,33	2,42	459,21	6,388	0,001
	Erkek	428	1,54	1	0	75	3,62	573,62		
	Toplam	1014	1,35	1	0	75	2,99			

Tabloda katılımcıların plak indeks ortalamaları açısından cinsiyetleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Sonuçta erkek hastaların plak indeks ortalamaları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p < 0,05$).



Şekil 4.14. Hastaların cinsiyetlerine göre plak indeksi ortalamalarının dağılım grafiği

Çizelge 4.20. Hastaların bir dişin kaç yüzeyi olduğunu bilme durumlarının dağılım tablosu

		n	%
Sizce bir dişin kaç yüzeyi vardır?	Doğru	99	9,8
	Yanlış	915	90,2
	Toplam	1014	100

Çizelge 4.20.'de diş yüzeyi sayısını doğru bilen ve bilmeyenler rakamsal olarak görülmektedir. Sizce bir dişin kaç yüzeyi vardır sorusuna doğru yanıt olan beş cevabını verenlerin oranı sadece %9,8 olmuştur. (n=99)

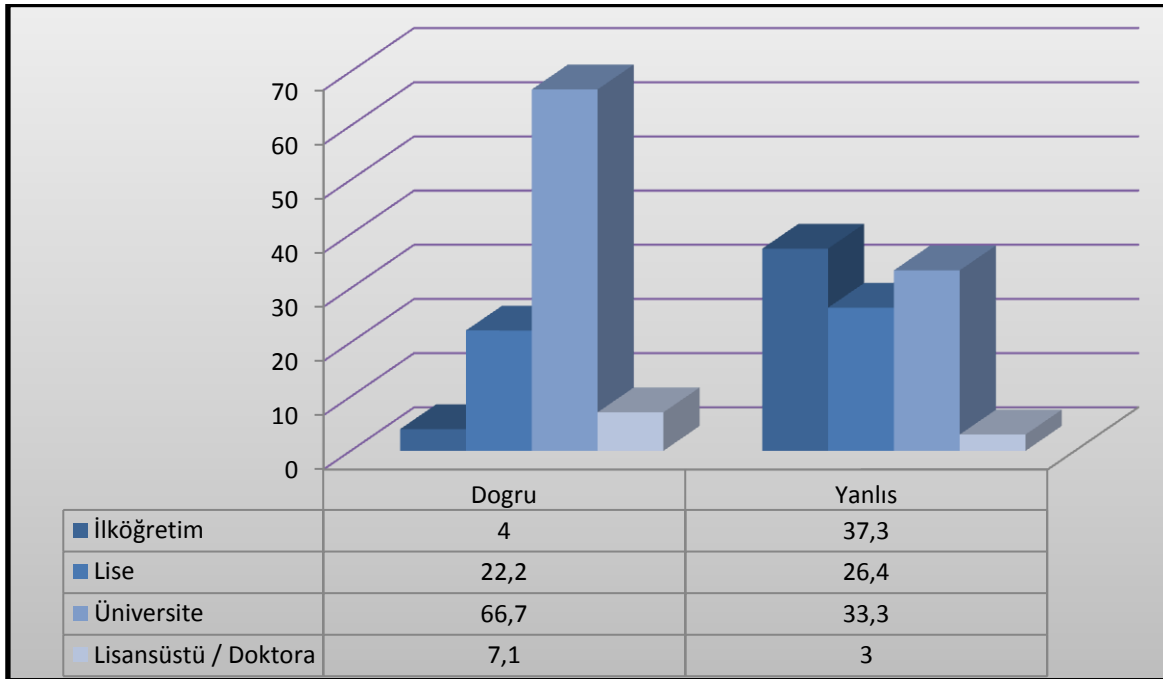


Şekil 4.15. Hastaların bir dişin kaç yüzeyi olduğunu bilme durumlarının dağılım grafiği

Çizelge 4.21. Hastaların bir dişin kaç düzeyi olduğunu bilme durumlarına göre eğitim durumları arasındaki ilişkiye dair ki-kare testi sonuçları

		Sizce bir dişin kaç yüzeyi vardır?						Ki-Kare Testi	
		Doğru		Yanlış		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Eğitim Durumu	İlköğretim	4	4	341	37,3	345	34	61,253	0,001
	Lise	22	22,2	242	26,4	264	26		
	Üniversite	66	66,7	305	33,3	371	36,6		
	Lisansüstü / Doktora	7	7,1	27	3	34	3,4		
	Toplam	99	100	915	100	1014	100		

Katılımcıların bir dişin kaç yüzeyi vardır sorusuna doğru yanıt veren bireylerin %66,7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bu soruyu yanlış cevaplayanların ise %37,3'ü ilköğretim mezunudur. Yapılan istatistiksel çalışmada eğitim durumunun bir dişin kaç yüzeyi vardır sorusuyla anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. ($p < 0,05$)



Şekil 4.16. Hastaların bir dişin kaç düzeyi olduğunu bilme durumlarına göre eğitim durumlarının dağılım grafiği

Araştırmaya katılan bireylerin kliniğe başvuru nedenleri Çizelge 4.22'de sıralanmıştır.

Çizelge 4.22. Hastaların kliniğe başvurma nedenlerin dağılım tablosu

	n	%	
Kliniğe Başvuru Nedeni	Genel Kontrol	91	9
	Diş Ağrısı	181	17,9
	Dolgu Yaptırmak	259	25,5
	Protez Yaptırmak	105	10,4
	Diş Etlerinde Kanama	109	10,7
	Diş Çektirmek	182	17,9
	TME Problemi	30	3
	Ortodontik Tedavi	20	2
	Renklenme, Beyazlatma	4	0,4
	Diş Taşı Temizletmek	14	1,4
	Dişlerde Sallanma	2	0,2
	Dişetlerinde Çekilme	13	1,3
	Dişetlerinde Şişlik	2	0,2
	Ağız Kokusu	2	0,2
	Toplam	1014	100

Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuru nedenleri arasında dolgu yaptırmak %25,5 oranla birincil neden olmuştur, bunu sırasıyla takip eden nedenler ise diş ağrısı (%17,9), diş çektirmek (%17,9), dişetlerinde kanama (%10,7), protez yaptırmak (%10,4) ve diğer nedenler şeklindedir. Hastaların %9'u ise genel kontrol amaçlı olarak diş hekimliği fakültesine başvurmuştur.

Çizelge 4.23. Hastaların kliniğe başvuru nedenlerine göre klinik/radyografik tetkikler sonucu teşhislerinin dağılım tablosu

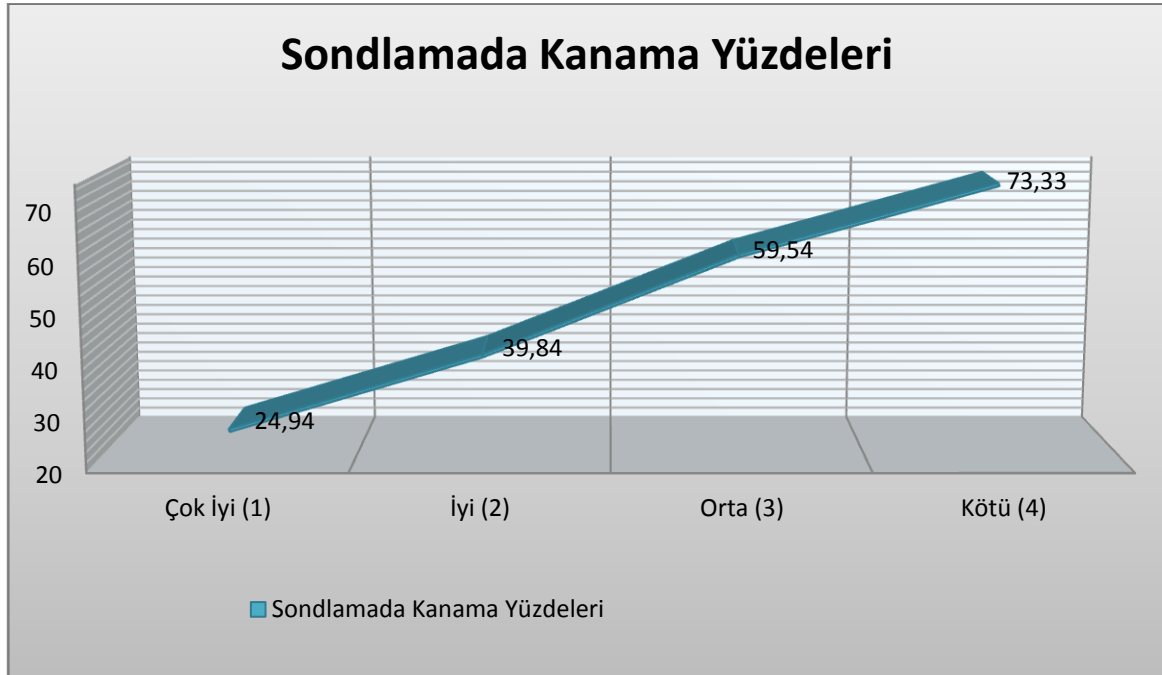
		Klinik ve / veya Radyografik Tetkikler Sonucu Teşhis							
		Sağlıklı		Gingivitis		Periodontitis		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kliniğe Başvuru Nedeni	Genel Kontrol	18	14,9	55	8,7	18	6,9	91	9
	Diş Ağrısı	19	15,7	115	18,1	47	18,1	181	17,9
	Dolgu Yaptırmak	44	36,4	178	28,1	37	14,3	259	25,5
	Protez Yaptırmak	2	1,7	62	9,8	41	15,8	105	10,4
	Diş Etlerinde Kanama	2	1,7	43	6,8	64	24,7	109	10,7
	Diş Çektirmek	24	19,8	127	20	31	12	182	17,9
	TME Problemi	7	5,8	20	3,2	3	1,2	30	3
	Ortodontik Tedavi	5	4,1	14	2,2	1	0,4	20	2
	Renklenme, Beyazlatma	0	0	4	0,6	0	0	4	0,4
	Diş Taşı Temizletmek	0	0	10	1,6	4	1,5	14	1,4
	Dişlerde Sallanma	0	0	0	0	2	0,8	2	0,2
	Dişetlerinde Çekilme	0	0	3	0,5	10	3,9	13	1,3
	Dişetlerinde Şişlik	0	0	1	0,2	1	0,4	2	0,2
	Ağız Kokusu	0	0	2	0,3	0	0	2	0,2
Toplam		121	100	634	100	259	100	1014	100

Çizelgeden de izlendiği gibi genel kontrol için başvuran bireylerin %14,9'unun periodontal olarak sağlıklı olduğu görülmektedir. Dolgu yaptırmak için başvuranların ise % 14,3'ünün klinik ve radyografik olarak belirlenen teşhisi periodontitistir.

Çizelge 4.24. Hastaların sondlamada kanama yüzdeleri açısından dişetlerinin sağlık durumunu derecelendirme durumları arasındaki farklılığa ilişkin kruskal wallis h testi sonuçları

		Sondlamada Kanama Yüzdeleri						Kruskal Wallis H Testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H	p
Dişetlerinizin sağlık durumunu derecelendirseniz, ne derdiniz?	Çok İyi (1)	21	24,94	0	0	100	32,63	254,83	122,135	0,001
	İyi (2)	242	39,84	37,5	0	100	32,37	364,22		
	Orta (3)	613	59,54	58,33	0	100	27,96	536,42		
	Kötü (4)	138	73,33	83,33	0	100	25,43	668,77		
	Toplam	1014	56	58,33	0	100	31	İkili Karşılaştırma: 2-1 2-3, 2-4, 1-3, 1-4, 3-4		

Hastaların sondlamada kanama yüzdeleri açısından dişetlerinin sağlık durumlarını derecelendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Dişetlerinin sağlık durumunu çok iyi olarak belirten hastaların sondlamada kanama yüzdeleri dişetlerinin sağlık durumunu iyi, orta ve kötü olarak belirten hastalara göre anlamlı olarak düşüktür. Dişetlerinin sağlık durumunu iyi olarak belirten hastaların sondlamada kanama yüzdeleri dişetlerinin sağlık durumunu orta ve kötü olarak belirten hastalara göre anlamlı olarak düşüktür.



Şekil 4.17. Hastaların diş eti sağlık durumlarını derecelendirmelerine göre sondlamada kanama yüzdelerinin dağılım grafiği

4. TARTIŞMA

Toplum sağlığının denetimine yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmaların amacı, halk sağlığı ile ilişkili verilerin sistematik olarak toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve byylelikle mevcut sağlığı iyileştirme yolunda atılacak adımlara yn vermektir.

Bizim alışmamızda da çok yaygın olan periodontal hastalıkların erken teşhisinde toplumu daha bilinçli hale getirmeye yönelik mesaj ve sloganları belirlemek amaçlarımızdan biridir.

Toplumun bilinçlenmesi bu denli önemliken konu hakkında söz sahibi olan köklü organizasyonlardan biri olan Amerikan Periodontoloji Derneği'nin kuruluşunun 100. yılında bir medya kampanyası başlatarak "Sahip Olduğunuz Dişetlerinizi Sevin" sloganıyla periodontal hastalığın farkındalığının arttırılmasına yönelik önemli bir girişime imza atmışlardır.

Birleşik Devletlerde yapılan hastalık denetimi çalışmalarına rağmen halen genel ve yerel bazda yeterli olmadıklarına dair düşünceler mevcuttur. Bu yetersizlik toplumdaki periodontal hastalıkların gzlemlenmesindeki mevcut yaklaşımın genel olarak görece invaziv metodların kullanıldığı klinik veri toplama işlemlerinin yüksek maliyetler getirmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, periodontal hastalıkların denetiminde, topluma yönelik anketler yoluyla elde edilen kişisel beyan verilerinin kullanılması bu masraflı metodlara alternatif bir yaklaşımdır.

Kişinin kendi beyanına dayalı verilerin kullanımı sağlıkla ilişkili durumların değerlendirilmesi için potansiyel bir yaklaşım olmuştur. Böyle bir sistemde hedef popülasyon için bir temsili örnek seçilir ve bireylere hastalıkları, hastalıkla ilişkili davranışları veya diğer alişkanlıkları ile ilgili sorular yöneltilmek suretiyle bilinç düzeyleri değerlendirilmeye çalışılır. Kişinin kendi beyanına dayalı veriler yaygın olarak sigara kullanımı, fiziksel aktivite gibi alişkanlıklarla, yüksek tansiyon ve artrit gibi sağlık durumlarını değerlendirmede kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili durumların denetimi için kişisel beyanın kullanımının diğer yöntemlere göre önemli avantajları bulunmaktadır. Bu avantajlar; 1) primer veri toplama işleminin klinisyenler

tarafından yapıldığı denetim sistemlerinden çok daha az maliyet oluşturması 2) Kayıt inceleme ve özetlemelere dayalı sistemlerden daha tutarlı ve eksiksiz bir şekilde verilerin toplanması 3) bölge tabanlı denetimden hedef topluluğu daha iyi temsil eden bir örnek ortaya çıkarılabilmesi 4) sağlık sigortası olmayan veya sağlık servislerini kullanmayan kişilerin de dahil edilebilmesi 5) birden çok veri toplama bölgesine ihtiyaç duyan klinik araştırmalardan aynı sürede daha fazla veri toplanılabilmektedir. [60].

Kişisel beyana dayalı denetim ile ilgili başlıca kaygılar ise bu verilerin güvenilirlikleri ve geçerliliklerine ilişkindir. Yapılan çalışmalarda bir kısım sağlık davranışları ve sağlık durumları ile ilgili kişisel beyanların yüksek güvenilirlik ve geçerlilikte toplanabileceğine ilişkin veriler bulunmaktadır. [61, 62].

Birleşik Devletler'de yapılan, ağız sağlığı sisteminin analiz edildiği bir çalışmada global durum şu şekilde tanımlanmıştır; "Bireylerin hastalıklarının tedavisine yönlenmiş bir sistem ekonomik olarak sürdürülebilir olmadığı gibi hastalıkların oluşmasını beklemek de etik değildir. Toplum bazında alınan koruyucu önlemler, tedavi odaklı yaklaşımlarla kıyaslanıldığında özellikle yüksek risk grubuna mensup birey ve topluluklar için maliyetlerin düşürülmesi açısından daha etkilidir. " [63].

Yapılan araştırmalar, dünya çapındaki erişkin nüfusun %5 ila %20'sinin şiddetli periodontitisten muzdarip olduğunu, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde periodontitisin ana diş kayıplarından biri olduğunu göstermektedir. [64-66].

Periodontal hastalık nedeniyle meydana gelen diş kayıplarının diğer kayıp nedenleri arasında diş çürüğünden sonra ikinci sırada geldiği yapılan çok sayıdaki çalışmada gösterilmiştir. Diş kayıplarının sonucunda estetik durumla birlikte konuşmada ve çiğneme ortama çıkan güçlükler, bireyleri psikolojik bakımdan da negatif yönde etkilemekte ve gündelik yaşantılarında zorluklarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. [67].

Avrupa'da devlete ait sosyal güvenlik kurumları diş tedavi masraflarını ve özellikle kaybedilen dişlerin protetik olarak rehabilitasyonundan doğan maliyetleri ödemekte

güçlük çekmekte ve bu nedenle mevcut yükü sigorta primleri yüksek olan özel sigortalar vasıtasıyla hafifletme yoluna gitmektedirler. Avrupa ülkeleri vatandaşları kapsamlı diş tedavilerinden yararlanabilmek için ekseriyetle özel sigortalardan yararlanmaktadırlar. [68].

Bu nedenle gelişmiş Avrupa ülkelerinde özellikle koruyucu hekimliğe önem verilmektedir. Yakın bir zamanda yayınlanmış epidemiyolojik bir çalışmada Avrupa ülkeleri arasında İsveç, İsviçre ve İspanya'nın, dişsizlik ve diş kaybı sayıları açısından değerlendirildiğinde periodontal olarak en iyi ağız ve diş sağlığına sahip ülkeler arasında oldukları belirtilmiştir. [69].

Ülkemizde yakın zamanda Pekiner F. ve arkadaşlarının 1000 hasta üzerinde yapmış oldukları bir araştırmada CPITN indeksi ile hastaların tedavi gereksinimleri incelenmiş ve sonuçta katılımcıların sadece %12'sinin periodontal açıdan sağlıklı (CPITN=0) olduğu belirlenmiştir. [70]. Bu sonuçlar, yaklaşık olarak aynı boyuttaki populasyon üzerinde gerçekleştirdiğimiz çalışmamızdaki periodontal açıdan tespit ettiğimiz sağlıklı birey oranıyla (%11,9) uyum içindedir.

Bizim çalışmamızın amaçlarından biri de toplumların önemli boyuttaki kesimlerine etki eden periodontal hastalıkların etkin ve bilinçli şekilde tedavi edilebilmelerine olanak sağlayan ve diğer tıp branşlarında da bulunan uzmanlık müessesesinin ihtiyaçlarının belirlenmesine de ışık tutabilmektir.

Periodontolojide uzmanlık eğitiminin henüz yeni bir konu olduğu ülkemizde yetişen ve henüz sınırlı sayıdaki uzman periodontologların toplumdaki periodontal hastalık farkındalığının artırılmasına, dolayısıyla toplumsal ölçekte hastalık prevalansının düşürülmesine yardımcı olması gerekliliği tabiidir.

Bu konuda İsveç'te yapılan ve 30 yıllık bir süreçte idame sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışma hastaların ağız hijyeni ölçütleri ile ilgili farkındalığının artmasının, kişisel bakımı teşvik ettiği ve periodontal yıkımı sınırladığını göstermiştir. Programın bir parçası olarak her hasta bireysel teşhis ve bakım açısından bireylere diş fırçalama ve ara yüz bakımını da içeren plak kontrol ölçütleri odaklı eğitim verilmiş, bu programın başlangıcında, sonraki iki yıl boyunca

her iki ayda bir, daha sonraki 28 yıl boyunca da her 3-12 ayda bir tekrar edilmiştir. Sonuçta araştırmacılar çalışma grubunda çok düşük periodontal hastalık insidansı saptadıklarını belirtmişlerdir. [71].

Gerek ülkemizde, gerekse de tüm dünyada insanların hastalıklarının ilerlemiş hatta son safhalarında hekime başvurdukları bilinir. Nitekim, ağız diş sağlığına yönelik araştırma sonuçları da bu fikrimizi doğrular niteliktedir. Bu yönde yaptıkları bir araştırmada Dixit ve arkadaşları 2010 yılında düşük eğitim düzeyindeki hastaların %93,1'inin ve üniversite seviyesindekilerin ise %72'sinin ancak ağrı nedeniyle diş hekimine başvurduklarını belirterek bunların da çoğunluğunun diş çekimiyle sonuçlandığı yönünde tespitte bulunmuşlardır. [72].

Ülkemizde Özcan ve arkadaşlarının 300 hasta üzerinde yapmış oldukları ve hastaların kliniğe başvuru nedenlerinin sorgulandığı çalışmalarında, ağrı nedenli hastaneye başvurunun diğer tüm nedenlerden daha fazla oranda tespit ettiklerini belirtmişlerdir. [73].

Bizim çalışmamızda da primer olarak ağrı şikayeti ile gelen 181 hastanın eğitim düzeyleri arasında bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

Eke, P. I. ve arkadaşları 2009-2010 Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması Anketi (NHANES) verileri ışığında Birleşik Devletler toplumunda kişisel beyana dayalı ölçütlerin periodontitis tahminindeki performansını değerlendirmek amacıyla yayınlamış oldukları makalede, 30 yaş ve üzeri 3743 bireyde, kişisel beyana dayalı dişeti hastalığı ve tedavi öyküsü, diş sallanması, dişler çevresinde kemik kaybı, ara yüz bakımı ve gargara kullanımı ile ilgili veriler karşılıklı görüşme ile kaydedilmiş ve klinik olarak full-mouth periodontal teşhis ile geçerliliği karşılaştırılmıştır. Tüm kişisel beyan ölçütleri periodontitis ile ilişkilendirilerek çoklu değişkenli modellemelerde demografik ölçütlerin ve 5 kişisel beyan sorusuna verilen cevabın kombinasyonu periodontitisin tahmininde %85 duyarlılık ve %58 özgüllük değerine ulaşmıştır. Sonuç olarak araştırmacılar kişisel beyan ölçütlerinin Birleşik Devletler toplumunda periodontitisin tahmini için iyi neticeler sunduğunu ve bu yöntemin maliyetli yöntemlere alternatif olabileceğini belirtmişlerdir. [74].

Görüldüğü gibi sağlık otoritelerinin yoğun çabası hastaların farkındalığının artırılmasına yöneliktir, dolayısıyla hastaların doğrudan ilgili yerlere yönelmesi büyük önem arz etmektedir. Nitekim, bizim çalışmamızda da periodontal sağlık ve hastalık durumlarından haberdar olmayan bireylerin %96 gibi büyük bir bölümünün gingivitis veya periodontitis hastası olması bu konuda ne kadar haklı olduğumuzun bir kanıtıdır.

Çalışmamıza benzer başka bir çalışmada 2011 yılında Brezilya'da 18 ile 60 yaş arası 284 katılımcının full-mouth periodontal muayeneleri yapılmış ve sosyoekonomik değişkenleri, bilinen risk faktörleri ve kişisel beyan ölçütlerini kapsayan 18 soruluk bir ankete tabi tutulmuşlardır. Katılımcıların periodontal hastalık durumları sağlıklı veya hafif hastalık, orta düzeyde hastalık ve şiddetli hastalık olmak üzere üç gruba ayrılmış ve toplanan veriler lojistik regresyon analizleri yoluyla test edilmişlerdir. Sonuçta, yaş, diş ipi kullanımı ve dişeti hastalığı ile ilgili beyanlar ile orta derecedeki periodontal hastalık durumu modelinde %23,1 duyarlılık ve %98 özgüllük göstermiştir. Yaş, diş ipi kullanımı ve dişeti hastalığı değişkenlerine ek olarak diş sayısının bulunduğu şiddetli periodontitis modelinde ise %36,4 duyarlılık ve %96,9 özgüllük tespit edilmiştir. Sonuç olarak araştırmacılar, kişisel beyana dayalı periodontal ölçütlerin periodontitis prevalansı için ortalama bir tahmini değere sahip olduğu ve bu ölçütlerinin kullanılmasının periodontal hastalık prevalansının incelenmesinde iyi bir strateji olduğu kanaatine varmışlardır. [75].

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda periodontal hastalığın farkındalığının irdelenmesinde kişisel beyanat verilerinin kullanımı sıklıkla başvurulan bir yöntem olmuştur. Nitekim, kişisel beyana dayalı ölçütlerin toplumdaki periodontitis prevalansını belirlemedeki tutarlılığının değerlendirildiği bir çok çalışmada araştırmacılar bu yöntemin periodontal hastalığın denetlenmesinde kullanılabilir olduğunu belirtirken, soru-cevap şeklinde gerçekleştirildiği için bu yöntemde soruların anlaşılabilirliğinin önemine dikkat çekmişlerdir.

Araştırmamıza katılan bireylere yönelttiğimiz anketteki sorular bireylerin kolaylıkla yanıtlayabilecekleri seviyede hazırlanmıştır ve soruların yöneltildiği kişilerde

herhangi bir uyumsuzluk durumu gözleendiğinde bu bireyler kesinlikle çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Periodontal hastalığın farkındalığına yönelik yapılan araştırmaları çalışma popülasyonlarına göre değerlendirdiğimizde, Lie ve arkadaşlarının 124, Yokoya ve arkadaşlarının 30, Murtooma ve arkadaşlarının 965 ve ardından 1006, Taani ve arkadaşlarının 743, Başer ve arkadaşlarının 674 ve Asa'ad ve arkadaşlarının 300 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmalar dikkat çekmektedir. [50, 51, 8, 3, 76, 58]. Biz de periodontal hastalığın farkındalığını saptamaya yönelik kendi çalışmamızı 1014 katılımcıyla gerçekleştirdik.

Çalışmaya dahil edilmeye alt yaş sınırı olarak belirlediğimiz 18 yaş, pek çok çalışmada her iki cinsiyet için erişkin bireyleri temsil etmesi bakımından önemlidir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda farklı yaş gruplarının da kullanıldığını görmekteyiz. Örneğin; Periodontal hastalık farkındalığının incelendiği Murtooma ve arkadaşlarının çalışmasında 15 yaş ve üzeri, Taani ve arkadaşlarının çalışmasında 20 yaş ve üzeri, Başer ve arkadaşlarının çalışmasında 9 yaş ve üzeri, Cyrino ve arkadaşlarının çalışmasında ise 18 yaş ve üzeri bireyler değerlendirmeye alınmışlardır. [8, 3, 76, 75].

Çalışmamızda özellikle dikkat edilen bir husus da katılımcıların muayeneleri ile ölçüm ve değerlendirmelerin standardizasyonu açısından çalışmanın tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmesidir.

Klinik muayeneler sırasında yararlandığımız Ramfjord dişleri bir çok çalışma dahilinde durum tespitleri saptanırken yararlanılan dişlerdir. Nitekim; Ramfjord'un tanımlamış olduğu kesici, premolar ve molar dişlerin kombinasyonundan oluşan diş grubunun periodontal hastalık ölçümleri bakımından tüm dentisyonu etkili bir biçimde temsil ettiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. [77,78]

Mikrobiyal dental plağın, periodontal hastalıkların temel sebebi olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Bu nedenle araştırmacılar bu ana etiyolojik faktörün bireylerdeki durumunun derecelendirilmesine imkan verecek indeks sistemleri oluşturmuşlardır. Biz de katılımcıların oral hijyen durumlarının değerlendirilmesinde

periodontoloji tarihinde 50 yılı aşkın bir süredir sayısız çalışmada kullanılarak artık klasikleşmiş bir indeks haline gelen Sillness-Löe Plak İndeksi'ni kullandık. [10].

Ainamo ve Bay, yayınladıkları makalelerinde başlangıç dişeti hastalığı aktivitesinin plak indeksleri, dişetlerinde renk ve kontur değişikliği ve periodontal cep kanıtları yoluyla tespit edebilmenin son derece zor olduğunu belirtmişlerdir. Bu kriterleri kullanan indekslerin araştırmacıların,erken değişiklikleri fark etmek için ihtiyaç duydukları hassasiyetten yoksun olduğunu ve diş hekimlerinin koruyucu programları kurgulamaları için daha kolay ve iyi tanımlanmış kayıt sistemlerine gereksinim duyduklarını belirterek Dişeti Kanama İndeksini (DKİ, Ainamo-Bay, 1975) önermişlerdir. [79].

Kanama indekslerinin değerlendirildiği, Ernest Newbrun'un 1996 yılında yayınlanan makalesinde, SK'nın spesifik bir indeks kullanılmasına gerek duyulmadan sayısız çalışmada periodontal durumun değerlendirilmesi için kullanılan bir yöntem olduğu, Ainamo ve Bay tarafından tanımlanan Dişeti Kanama İndeksinden farklı olarak sondlama esnasında gingival sulkusun tabanında bir dirençle karşılaşınca dek sondu ilerleterek ölçüm yapıldığı ve bu nedenle de dişeti kenarının nazıkçe sondlanmasıyla elde edilen DKİ'den daha yüksek kanama değerlerinin elde edildiği belirtilmiştir. [80-82].

Yapılan pek çok çalışmada periodontal hastalık aktivitesi veya tedaviye cevabın değerlendirilmesinde sondlamada kanama test edilecek tek parametre olarak kullanılmıştır. Bu nedenle biz de çalışmamızda katılımcıların periodontal durumlarını gözlemek amacıyla SK'yı değerlendirme kriterlerimizden biri olarak kullandık. [80, 83-86].

Pekka Kallio tarafından 1996 yılında yayımlanan, kişilerin bireysel olarak dişeti kanaması ve plak varlığının değerlendirmeleri ile ergenlerde dişeti sağlığının izlenilmesi amacıyla Finlandiya'da yapılan bir çalışmada iki çalışma grubuna ayrılmış (n=184) 14 yaşındaki Finli okul öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir. Bu iki grubun birinde kişisel olarak kanama değerine ise plak değerlendirmeleri yapılmıştır. Öncelikle katılımcıların klinik olarak dişlerin tüm yüzeylerinden olmak üzere sondlamada kanama değerleri kaydedilmiş (SK%) ve Toplum Periodontal

Tedavi İhtiyacı (CPITN) durumları tespit edilmiştir. Çalışmada bireysel olarak değerlendirilen plak ile klinik olarak tespit edilen sondlamada kanama değeri (SK%) ile anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır. Diş fırçalama ve arayüz temizliğinden sonra gözlenen kanamaya dayanan ve bireysel olarak değerlendirilen kanama ile sondlamada kanama yüzdesi (SK%) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.($p<0,001$) . [87].

Amerikan Periodontoloji Akademisi'nin Araştırma, Bilim ve Tedavi Komitesi tarafından yayınlanan "Periodontal Hastalıkların Teşhisi" raporunda belirtildiği gibi, sondlama derinliği ölçümleri; periodontal patojenlerin ana habitatları olması nedeniyle, periodontal cebin klinik açıdan değerlendirilmesi için çok önemlidir. Bununla birlikte sondlama derinliği ölçümü klinisyen tarafından hızlı bir şekilde kaydedilebilmesi ve bireydeki periodontal hastalık dağılımı ile ilgili değerlendirme yapılabilmesine olanak sağlaması açısından değerli bir veridir. [88].

Cep derinliği ölçümlerinin periodontal durum değerlendirmesi amacıyla kullanıldığı yakın zamanlı çalışmalara örnek verirsek;

Pradeep ve arkadaşları 2013 yılında Hindistan'da parkinson hastalarının klinik olarak periodontal sağlık durumları ve ağız sağlığı farkındalıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında, bireylerin periodontal durumlarının tespiti için sondlama derinliği, ataşman seviyesi, plak indeksi ve sondlamada kanama yüzdelerinden faydalanmışlardır. [89].

Ülkemizde Başer ve arkadaşları 2014 yılında yayınladıkları çalışmalarında birinci sınıftaki diş hekimliği öğrencilerinin dişeti kanama farkındalıklarını kişisel beyan ve klinik ölçütlerin karşılaştırılması yoluyla değerlendirirken, çalışmaya dahil edilen 100 bireyin periodontal durumlarını plak indeksi yüzdeleri, sondlamada kanama yüzdeleri, cep derinlik ölçümleri ve CPI (Toplum Periodontal İndeksi) değerlerine dayanarak tespit etmişlerdir. [90].

Yine Başer ve arkadaşları, 674 hastada plak varlığı yüzdesi, sondlamada kanama yüzdesi, cep derinliği ölçümü ve CPITN ölçümleri yapmış ve hazırladıkları bir anket ile periodontal hastalık durumlarıyla ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir.

Ardında bu hastaların klinik olarak konulan teşhisleri ile ankete verdikleri cevaplar karşılaştırılarak periodontal hastalık farkındalıkları değerlendirilmiştir. [76].

İşte bu nedenle çalışmamızda bireylerdeki periodontal hastalık veya sağlık durumlarının saptanmasında cep derinliği ölçümlerinden faydalandık. Bahsedilen klinik ölçümler periodontoloji pratiğinde teşhislerde rutin olarak kullanılan Williams Periodontal Sondu vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Daha geniş çaptaki saha çalışmaları düşünüldüğünde bu açıdan özel olarak dizayn edilen WHO periodontal sondunun kullanılabilceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda; katılımcıların klinik muayenelerinin sonucu 4-5mm'den daha fazla cep derinliği tespit edilen ve peridontal tanılarında tereddüt edilen bireylerin radyografileri alınarak kuşkuya yer bırakmayacak şekilde gerçek periodontal teşhisleri konulmuştur.

Anket formlarındaki bireylerin kendi periodontal hastalık ve sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine yönelik sorulara alınan yanıtlar ile bizim klinik ve radyolojik olarak tespitinde bulunduğumuz gerçek durumlarının birbiri ile tutarlı olup olmadığını belirleyerek, şüphe duyulan vakaların da çalışmadan çıkarılması yoluyla daha sıhhatli bir araştırma temeli oluşturmayı hedefledik.

Gerek klinik gerekse de epidemiyolojik çalışma verilerinin analizinde çeşitli istatistiksel yöntemlere başvurulur. Bunların başında çok yaygın bir şekilde kullanılan Mann Whitney U, Kruskal Wallis - H ve Ki-Kare testleri gelir. Biz de araştırmamızda gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlandık. Çalışmamızda istatistiksel olarak nominal değişkenlerin gruplar arasındaki ilişkileri incelenirken de Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmaya dahil olan 1014 hastanın periodontal sağlık ve hastalıklarının farkındalık durumları Çizelge 4.2. ve Şekil 4.1'de özetlenmiştir. Çizelge ve

grafikten de izlendiği gibi bireylerin gerçek durumlarını doğru olarak değerlendirme oranı %45 olarak tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, 1014 katılımcının %55'i periodontal hastalık ve sağlık durumlarından bihaberdir.

Bu oran, Ülkemizde 2014 yılında Başer ve arkadaşlarının periodontal hastalık farkındalığını irdelemeye yönelik gerçekleştirdikleri ve farkındalık oranını %44 olarak tespit ettikleri çalışmalarına benzer bulgulardır. [76].

Bununla birlikte tarihsel sũre göz önünde tutulduğunda Finlandiya'da ilki 1972 yılında ikincisi de 1990 yılında olmak üzere Murtomaa ve arkadaşlarının anket usulũnde gerçekleştirdikleri araştırmalarından çıkardıkları "Fin toplumunda periodontal hastalık ile ilgili bilgi ve farkındalığın halen dũřük olduğu" tespiti, aradan geçen 18 yılda her ne kadar ilerleme kaydedilmiş olsa da ağız ve diş sağlığının üst düzeyde olduğu kabul edilen ũlkelerdeki durumu ortaya koymasđ bakımından bizim çalışmamızın sonucuyla da tutarlı görünmektedir. [8].

Lie ve arkadaşlarının 1987 yılında yine bir Baltık ũlkesi olan Norveç'te gerçekleştirilen çalışmalarında 124 bireyin periodontal hastalık farkındalıkları değerlendirerek sonuçta hastaların %68'inin mevcut durumlarından haberdar olmadığını belirtmişlerdir. [50].

Taani ve arkadaşlarının 2002 yılında gerçekleştirdikleri anket çalışmaları sonucunda araştırmalarına dahil ettikleri 743 katılımcıdan elde ettikleri verilere dayanarak Ürdũn'de periodontal hastalık ile ilgili farkındalığın zayıf olduğunu belirtmişlerdir. [3].

Çizelge 4.3.'te görũldũđü gibi çalışmamıza katılan bireylerin periodontal sağlıkları açısından klinik ve radyografik olarak değerlendirilmesi sonucunda katılımcıların %11,9'unun periodontal açıdan sağlıklı, %62,5'inin gingivitis, %25,5'inin ise periodontitis olduğu belirlenmiştir. Hastaların klinik muayenelerinde elde edilen cep derinliği ölçũmlerine dayanarak hazırlanan izelge 4.4'te de görũldũđü gibi 5mm ve üzeri cep bulunan hasta sayısı 245'tir.

Çizelge 4.5.'de görüldüğü gibi farkındalığın daha doğrusu farkındasızlığın etkisi o kadar büyük, o kadar ironiktir ki; 5mm ve üzeri cepleri bulunan, dişlerini kaybetme riskinin yüksek olduğu 245 bireyin %50,6'sı dişeti hastalığından bihaberdir.

Farkındalığın oldukça düşük değerlerde kalmasının nedenini açıklayan bir başka faktörün de, hastaları dişeti tedavisine yönlendiren etkenlerin belirtildiği 4.6. nolu Çizelgede cevabını bulduğunu söyleyebiliriz. Örneğin; Çizelgedeki bilgiler incelendiğinde dişeti tedavisi ihtiyacına yönlendirici etken nedir? sorusunun cevabı bu dramatik durumu gözler önüne sermektedir.

Hastaların dişeti tedavisine yönlendiren etkenler içinde düşük düzeyde de olsa diş hekimleri birinci sıradadır. (%8,4). Basın, çevre, tıp hekimi gibi otoritelerin bile yönlendirmede etkisinin hiç denecek kadar az olduğu yine Çizelge 4.6.'da açıkça görülmektedir.

Lee J. H. ve arkadaşlarının pratisyen diş hekimlerinin periodontal tedaviye yönlendirme nedenlerini araştırdıkları anket çalışmalarına göre; aylık olarak üçten daha fazla hastayı yönlendiren diş hekimlerinin hastaların ağız bakımlarının daha önemli olduğunu düşündükleri, sosyoekonomik olarak daha yüksek seviyede hastaları olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu hekimler üç hastadan daha az yönlendirmede bulunan diş hekimlerine kıyasla kendilerini eğitim bakımından daha yetersiz hissettiklerini beyan etmişlerdir. Araştırmacılar pratisyen diş hekimlerinin periodontal hastaları yönlendirme ve tedavi etme isteklerinin almış oldukları diş hekimliği eğitiminin niteliği ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. [91].

Periodontoloji uzmanına yönlendirmede pratisyen diş hekimlerinin tutumları ve yönlendirme nedenleri bazı araştırmalara konu olmuştur. Konuyla ilgili Parker ve arkadaşlarının 2011 yılında Birleşik Devletlerde gerçekleştirdikleri bir çalışmada bu konuda yapılmış diğer araştırma verileriyle de uyumlu olarak uzmanların klinik becerilerinin genel hekimlerce uzmana yönlendirmede en etkili faktör olduğu belirtilmiştir. [92-95].

Son yıllarda ağız sağlığı ile sistemik hastalıklar özellikle de kardiyovasküler ve diyabet hastaları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran çalışmaların sayısı artmaktadır.

Bununla birlikte tıp branşlarında faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının periodontal hastalık ile ilgili farkındalıklarını araştırmaya yönelik çalışmalar sınırlıdır.

Bu konuyla ilgili 2014 yılında yapılmış ve kardiyologların periodontal hastalıkla ilgili bilgi, görüş ve alışkanlıklarını değerlendiren bir anket çalışması sonucunda yazarlar Kuzey Carolina kardiyologlarının büyük çoğunluğunun periodontal hastalığın etiyolojisi konusunda emin olamadıklarını belirtmelerinden yola çıkarak disiplinler arası bilgi alışverişinin daha çok sağlanması ve sağlık profesyonellerinin ağız sağlığının gelişimi için birlikte çalışmaları gerektiği tespitinde bulunmuşlardır. [96]

Bu çalışma sadece ülkemizde değil dünyanın tıp alanında sayılı ülkelerinden Birleşik Devletlerde dahi ağız ve diş sağlığının temel unsuru olan periodontal hastalıklarla ilgili tıp camiasındaki bilgi eksikliğini göstermektedir.

Periodontal hastalıklarla diyabet arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya yönelik çalışmalar sonucu, diyabetli bireylerin konak cevaplarındaki değişiklikler nedeniyle periodontal hastalıklara sağlıklı bireylerden daha yatkın oldukları bilinmektedir. Özellikle kontrolsüz diyabetin neden olduğu hipergliseminin kılcal damarlar üzerindeki etkisi ile oluşan değişiklikler, konak savunma cevabındaki meydana gelen defektler, periodontal hastalıkla diyabet arasındaki ilişkiyi açıklayabilir. Bizim çalışmamızdaki tespitimiz de her ne kadar diyabetli birey sayısı az olsa da bu düşünceyi doğrular niteliktedir. Nitekim, Çizelge 4.7.'de görüldüğü gibi diyabetli bireylerin %66.7'sine periodontitis ve % 33.3'üne gingivitis teşhisleri konulmuştur. Bununla birlikte diyabeti olmayan diğer bireylerde periodontitis oranı %24,3; gingivitis oranı %64,3 ve periodontal açıdan sağlıklı birey oranı %12,3 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmamızda basın yayın organlarının hastaların periodontal tedaviye yönlendirilmesinde pek etkili olmadığı sonucuna varsak da, Bakdash ve arkadaşları 1979-1980 yıllarında gerçekleştirdikleri televizyon kampanyalarının katılımcıların farkındalıklarına etkisini sorguladıkları çalışmalarında bu yönde gerçekleştirilen kampanyaların bireylerin farkındalığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi olduğu sonucuna varmışlardır. [49].

Çizelge 4.10.'da net olarak görüldüğü gibi Türk toplumunun çoğunluğunun düzenli olarak diş hekimine gitme alışkanlığı bulunmamaktadır. İncelediğimiz 1014 hastanın %96'sı ancak şikayeti olduğunda diş hekimine gittiğini beyan etmiştir.

Dünyada, özellikle batı ülkelerinde yapılan çalışmalara baktığımızda durumun bizimkinden daha ümit verici olduğunu görmekteyiz.

Nitekim; Cyrino ve arkadaşlarının 2011 yılında Brezilya'da 284 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında araştırmaya katılan bireylerin neredeyse yarısı 6 aylık rutin kontrollerini yaptırdıklarını beyan etmişlerdir. [75]

Genco ve arkadaşlarının 2007 yılında yayınlanan çalışmalarında Birleşik Devletler'de 1438 bireyin diş hekimi kontrolüne gitme alışkanlıkları sorgulanmış; son bir yılda hiç kontrole gitmeyenler %49, yılda bir kez kontrole gidenler %28, yılda 2 kez gidenler %9 ve ikiden daha fazla gidenler %14 oranında olduğu tespit edilmiştir. [53].

Ortadoğu ülkelerinden Ürdün'de Taani ve arkadaşlarının periodontal farkındalıkla ilgili çalışmalarında, araştırmaya katılan 743 kişinin %81,4'ünün düzenli diş hekimi kontrolüne gitmediklerini belirtmeleri bizim bulduğumuz sonuçlarla paralellik arz etmesi bakımından dikkat çekicidir. [3].

Klinik ve/veya radyografik tetkikler sonucunda kesin teşhisi konulan birey dağılımları ile bu durumun farkındalığını test eden istatistiksel analiz sonucu Çizelge 4.11.'de gösterilmiştir. Periodontal hastalık ve sağlık durumunun farkında olmayan bireylerin %96'sının gingivitis veya periodontitis olması, durumun ciddiyetini bir kez daha göstermektedir. Çizelgeden de anlaşılacağı gibi farkında olan bireylerin %21,5'i periodontal açıdan sağlıklıyken farkında olmayanlarda bu oran %4'e düşmektedir.

Yukarıda hastaların farkındalıklarını izlediğimiz çizelgelere dayanarak farkında olmayan bireylerde hastalık oranlarının artmış olduğunu Çizelge 4.12'de ve Şekil 4.8'de grafik halinde görmekteyiz. Periodontal hastalığın farkında olmayan ancak klinik ve radyografik olarak koymuş olduğumuz teşhislerine göre bir periodontal

hastalığı olduğunu tespit ettiğimiz bireylerin %72,2'sinin gingivitis, %23,8'inin periodontitis olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.13.'te. ise bu farkındalıkların eğitim durumuna göre dağılımı test edilmiş, neticede eğitim arttıkça farkındalığın da arttığı istatistiksel analizle de ortaya konulmuştur. Çizelgede de görüldüğü gibi farkında olan bireylerin %45'i üniversite eğitimi düzeyinde, farkında olmayanların ise %43,3'ü ilk öğretim düzeyinde bireylerdir.

2010 yılında yayınlanan ve daimi dişlerin çekim nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada Dixit L. P ve arkadaşları okuma yazması olmayan hastaların %93,1 kadarının ancak ağrı nedeniyle diş hekimine başvurduklarını ve düzenli kontrollere gitmediklerini tespit etmiş, bununla birlikte üniversite seviyesindeki hastaların ağrı nedeniyle diş hekimine gitme oranının da %72 olduğunu belirtmişlerdir. [72].

Ülkemizde Özcan ve arkadaşlarının 300 hastada kliniğe başvuru nedenlerini değerlendirmişler ve sonuç olarak ağrı nedenli hastaneye başvurunun diğer tüm nedenlerden daha fazla oranda tespit edildiğini belirtmişlerdir. [73].

Çizelge 4.14.'te hastaların yine kliniğimize başvurma nedenlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı test edilmiş, sonuçta koruyucu hekimliğin olmazsa olmazı olan düzenli kontrollere iştirak etme alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde genel kontrole gelen hastaların %51,6'sının üniversite mezunu olduğu, bu yüzdenin eğitimle birlikte yükseldiği ortaya konmuştur.

Üniversite seviyesindeki bireylerin periodontal hastalıkla ilgili farkındalığının daha yüksek olması bununla birlikte kontrol için başvuruda bulunanlar arasında daha fazla sayıda bulunmalarının eğitim basamakları içerisinde yüksek öğrenimin önemini gösterdiği düşüncesindeyiz.

Çizelge 4.15. ve Çizelge 4.16.'da ise periodontal farkındalık durumu yaş gruplarına göre araştırılmış, tablodan da izlendiği gibi yaş gruplarıyla ilgili anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hastaların oral hijyen beyanlarının doğru olup olmadığını kendi içerisinde tespit ettiğimiz Çizelge 4.17.'de hasta beyanlarının klinik sonuçları doğruladığı görülmektedir. Dişlerini günde 2-3 defa fırçaladığını beyan eden hastaların plak indeksi skorlarının ortalaması diğer hastalara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bununla birlikte hiç dişlerini fırçalamadığını beyan eden hastaların en yüksek plak ortalaması değerlerine sahip oldukları görülmektedir.

Farkındalığı bu kez de cinsiyetlere göre değişip değişmediğini test etmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz istatistiksel analiz sonuçları Çizelge 4.18. ve Şekil 4.13.'te yer almaktadır. Tablo ve grafik, sonuçta kadınların periodontal sağlık ve hastalık durumlarının daha farkında oldukları gerçeğini ortaya koymaktadır.

Bu sonuç Başer ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri çalışmanın sonuçlarıyla da uyumluluk göstermektedir, nitekim araştırmacılar çalışmalarına katılan 674 hastanın içerisinde periodontal durumunun farkında olduğunu tespit ettikleri 295 katılımcının %62,4'ünün kadın olduğunu belirtmişlerdir. [76].

Benzer sonuçlar bizim çalışmamızda da bulunmuş olup Çizelge 4.19.'da erkek ve kadın katılımcıların plak indeksi ortalamaları gösterilmiştir. Bu değerlerin istatistiksel analiz sonuçlarında da görüldüğü gibi periodontal sağlık durumunun daha fazla farkında olan kadınların oral hijyen performansları da bu sonuçlarla paralellik gösterdiğini kanıtlamaktadır. Cinsiyet farklılıklarının oral hijyen alışkanlıklarına ve böylelikle periodontal hastalık görülme sıklığına etkisini araştıran bazı çalışmalar vardır. Örneğin;

Ostberg ve arkadaşlarının ergenlerde cinsiyetin ağız bakımı alışkanlıklarına etkisini araştıran çalışmalarında kadınların erkeklerden daha iyi ağız sağlığı verilerine sahip olduğu, ağız sağlıklarına ve hijyen alışkanlıklarına erkeklerden daha fazla dikkat ettiklerine dair bilgileri rapor etmişlerdir. [97].

Al-Ansari ve arkadaşlarının yine cinsiyetin ağız sağlığı bilinci ve oral hijyen alışkanlıklarına olan etkisinin inceledikleri çalışmalarında 700 kolej öğrencisinin değerlendirilmesi sonucunda erkeklerin hem oral hijyen alışkanlıkları bakımından

kadınlardan daha düşük düzeyde olduğu hem de ağız sağlığı bilinci açısından geride kaldıkları tespitinde bulunmuşlardır. [98].

Gerek periodontal hastalık gerekse de diş çürük prevalans çalışmalarında ara yüzlerde gelişen patolojilerin çok daha fazla sayıda ve ağır derecede seyrettiği bilinmektedir. Bu nedenle ara yüz temizliği ağız sağlığı bakımından büyük önem taşır. İnsanların doku ve organları hakkında sahip oldukları doğru bilgilerin onların sağlıklarını yüksek seviyede tutabilmeyi sağlayan bir faktör olduğunu düşünmekteyiz. İşte bu düşünceden hareketle tamamen özgün olarak bizim tarafımızdan geliştirilmiş olan bir dişin kaç yüzeyi olduğuna dair soruyu katılımcılara yönelttik. Çizelge 4.20.'den de izlendiği üzere bir dişin 5 yüzü olduğunu bilen katılımcılar 1014 kişi içerisinde sadece %9,8'lik kısmı oluşturmaktadır. Soruya verilen yanıt ile bireylerin eğitim durumlarının incelendiği tabloda doğru yanıt verenlerin %66,7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Yanlış yanıt verenlerin en büyük kısmını ilköğretim mezunlarının oluşturması bu konuda eğitim seviyesinin ne kadar etkili olduğunun bir göstergesidir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların kliniğimize başvuru sebeplerinin listelendiği Çizelge 4.22.'de de görüldüğü gibi dolgu yaptırmak isteyenler, katılımcıların dörtte birini oluşturmaktadır. Bunun dışında ikinci sırada diş ağrısı ve diş çektirme talebi eşit oranlarda saptanmıştır (%17,9). Tartışmada daha önce de belirttiğimiz gibi %96 oranında şikayeti olduğunda diş hekimine gittiğini belirten katılımcılardan bu yanıtlarıyla uyumlu olarak tüm hastaların sadece %9'u genel kontrol talebiyle kliniğimize başvurmuştur.

Araştırmamıza katılan 1014 hastanın başvuru sebepleriyle gerçek periodontal durumlarının istatistiksel olarak incelendiği bilgiler Çizelge 4.23.'te gösterilmiştir. Buna göre dişetlerinde kanama şikayetiyle başvuran hastaların, %24,7'sinin periodontitis olduğu dikkat çekmektedir.

Çizelge 4.24. ve Şekil 4.17.'de bireylerin dişetlerinin sağlık durumunu derecelendirmeleriyle sondlamada kanama yüzdeleri arasındaki ilişkiye dair yapılan incelemede bireysel beyanlarına göre dişeti sağlık durumlarını kötü olarak

niteleyen kişilerin SK yüzdeleri diğer tüm durum değerlendirmesinde bulunanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bireylerin dişetlerinin sağlıklarını değerlendirirken dişeti kanamasını ön planda tuttıklarını düşündürmektedir.

Bununla ilgili Taani D.Q. ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada 12-14 yaşları arasındaki çocuklarda kişisel olarak dişeti kanamalarını değerlendirmesi ile klinik olarak konulan dişeti sağlık durumu tanısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Yapılan çalışmada kişisel olarak dişeti kanaması olduğunu belirten bireylerin dişeti kanaması olmadığını belirtenlere göre dişeti sağlıklarının buna paralel olarak daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak araştırmacılar bireysel olarak dişeti kanaması değerlendirmesi ile dişeti sağlığı arasında bir doğru orantı olduğunu tespit ederek bu yöntemle dişeti sağlığını izlemenin en azından gelişmekte olan ülkelerde yararlı olabileceğini belirtmişlerdir. [52].

Alwaeli ve arkadaşlarının 2005 yılında yayınladıkları, 275 hamile kadında periodontal hastalık farkındalığını inceledikleri çalışmalarında da belirttikleri gibi bireylerin çoğu dental plağı tanımlamakta zorlanırken hatta zararlı etkilerinin dahi farkında değilken kanayan dişetlerinin, dişetlerindeki mevcut olan bir rahatsızlıktan ileri geldiği düşüncesinde olmaları kanamanın hastaların problemi algılamalarında ve uyarılmalarında çok önemli bir kişisel faktör olduğunu göstermektedir. [99].

Genel sağlık bakımından kanamanın ciddi hastalıkların bir belirteci olduğu düşüncesi toplumumuzda yerleşmiş bir kanıdır. Bununla birlikte periodontal hastalıklarla ilgili bu derecede bir bilinç düzeyi mevcut olmasa da bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar bireylerin dişeti kanamasını genel olarak bir normalden sapma şeklinde yorumladığı izlenimini vermektedir. Gözle görülür bir belirteç olması bakımından kanamanın periodontal hastalığın farkındalığını arttırmaya yönelik çalışmalarda sloganlar üretilmesinde önemli bir rol üstlenebileceği düşüncesindeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Periodontal hastalığın farkındalığını; bireylerin kendi beyanları ile bizim klinik ve radyolojik muayenelerimiz sonucu belirlediğimiz gerçek periodontal sağlık durumları ile tutarlılığını karşılaştırmak suretiyle saptamayı amaçladığımız çalışmamızın sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

1) Dünyada ve ülkemizde son derecede yaygın olan periodontal hastalığın, farkındalığına yönelik ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu bağlamda gerçekleştirmiş olduğumuz çalışmamızın sonuçları önem az etmektedir. Araştırmamızın sonuçlarına göre, çalışmaya dahil edilen 1014 bireyin %55'i periodontal hastalığın farkında değildir, bir başka deyişle bu bireyler kendi periodontal hastalık veya sağlık durumlarından haberdardirler.

2) Araştırmamıza katılan bireylerin periodontal sağlıklarını değerlendirdiğimizde gingivitis oranının %62,5; periodontitis oranının %25,5 ve sağlıklı birey oranının da %11,9 olduğunu gözlemledik.

3) Araştırma popülasyonumuzun içinde, gerçekleştirdiğimiz periodontal muayene sonucu 5 mm ve üzeri periodontal cep varlığı tespit ettiğimiz bireylerin %50,6'sının periodontal hastalığı olup olmadığı konusunda bir bilgisinin bulunmadığı görülmüştür. 5mm ve üzeri periodontal ceplere sahip bu bireylerin tedavi görmedikleri takdirde diş kayıpları yaşayacağı şüphesizdir. İşte bu nedenle hastaların problemlerinin farkında olmasının son derece önemli olduğuna inanmaktayız.

4) Bireylerin dişeti tedavisine yönelmesinde ve bu konu hakkında bilgi sahibi olmasında pek çok faktör etkin olabilir. Araştırmamızda dişeti tedavisine yönlendiren primer etkenin diş hekimi olması, pratisyen diş hekimlerinin periodontal hastalıklarla ilgili sahip oldukları bilginin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca pratisyen diş hekimlerinin periodontal hastalıklara bakış açılarını doğru olarak yönlendirecek çalışmalara diş hekimliği eğitim müfredatında ağırlık verilmesinin önemine inanmaktayız.

5) Diş hekimliği aslen genel tıbbın ayrılmaz bir parçasıdır. Yapılan çalışmalarda dişeti hastalıklarıyla diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi sistemik hastalıklarla sebep sonuç ilişkisi kadar yakın bir bağlantıları olduğu yönünde bulguların ortaya çıkması bu durumun bir tezahürüdür. Bununla birlikte araştırmamızın bulgularında da belirttiğimiz gibi katılımcılardan sadece biri kadın doğum uzmanı tarafından hamilelik öncesi dişeti tedavisine yönlendirilmiştir. Araştırmamızda ayrıca periodontal hastalıkların yıkıcı etkisinin arttığı diyabet hastalığı bulunan bireylerin hiçbirisinin tıp hekimi tarafından dişeti tedavisine yönlendirilmemiş olması dikkat çekicidir. Bu nedenle genel tıp hekimlerinin eğitimleri süresince dişeti hastalıklarıyla ilgili bilinç düzeylerinin yükseltilmesine yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliğine inanıyoruz.

6) Basın yayın organlarının kitleleri etkileme ve yönlendirmedeki rolleri yadsınamaz. Bu bağlamda araştırmamızda dişeti tedavisine yönlendiren etkenler arasında ön sıralarda olması beklenen basın yayın organlarının bireylerin tedaviye yönelmelerinde hiç denecek kadar az etkisinin olması düşündürücüdür. Yurt dışında gerçekleştirilen medya kampanyaları göz önüne alındığında ülkemizde konuya yeterince basın yayın organlarında yer verilmediği görülmektedir. Bu konuda sivil inisiyatiflere ve bakanlıklar düzeyindeki resmi otoritelere önemli görevler düştüğü kanısındayız.

7) Erken teşhisin tıpta özellikle son dönemlerde bazı kanser türlerinde hayati öneme sahip olduğu bilinen bir gerçektir. Periodontoloji açısından da erken teşhis, periodontal destek dokularının harabiyeti ve nihayetinde dişlerin kaybıyla sonuçlanan periodontal hastalıkların zararlarının en aza indirilmesi bakımından önemlidir. Ancak araştırmamıza dahil ettiğimiz bireylerin %95,8'i sadece şikayetleri olduğunda diş hekimine başvurduklarını tespit ettik. Bu sonucu da göz önünde tutarak, toplumumuzun başta kanser olmak üzere genel sağlıklarını etkileyen durumlar için bile daha yeni yeni düzenli kontrollerin yaygınlaşmaya başladığı da düşünülürse diş hekimliği konusunda bu bilincin yerleşme sürecinin henüz daha başlarında olduğunu söylemek mümkündür.

8) Araştırmamızın önemli bulgularından biri de periodontal hastalığın farkında olmayan bireylerin %96'sının gingivitis veya periodontitis hastası olduğudur. Bu

bireylerin %23,8'lik kısmı ise periodontitistir. Durumun ciddiyeti gingivitisle başlayan ve periodontitisle devam eden hastalığın diş kaybıyla sonuçlanıncaya kadar ve belki de sonrasında hastaların hastalıklarından haberdar olmamasından ileri gelmektedir. Periodontal hastalıkların sıklıkla ağrıya neden olmayan hastalıklar olması da destek doku yıkımı süresince hastaların durumun farkına varmamalarında önemli bir etken olduğu düşüncesindeyiz.

9) Araştırmamızdan elde ettiğimiz bir bulgu da periodontal hastalık farkındalığının eğitimle paralel olarak artmasıdır. Nitekim çalışmaya dahil edilen bireylerden hastalığın farkında olanların %45'i üniversite düzeyinde eğitimi olan kişilerdir. Periodontal hastalığın farkında olmayanların ise %43,3'ü ilkokul mezunudur. Bu nedenle bireylerin eğitimlerinin kendi sağlık durumlarını değerlendirmede önemli bir etken olduğunu düşünmekteyiz.

10) Araştırmamıza katılan bireylerin diş fırçalama alışkanlıkları için verdikleri cevaplar ile plak indeks değerlerinin uyumlu olduğu gerçekleştirilen istatistiksel analiz ile de gösterilmiştir. Buna göre günde iki veya üç kez dişlerini fırçaladıklarını beyan eden kişilerin plak indeksi değerleri daha az fırçalayan veya hiç fırçalamayanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

11) Cinsiyetin oral hijyen alışkanlıklarına etkisini değerlendirdiğimizde araştırmaya dahil edilen kadın bireylerin erkeklerden daha düşük plak indeksi ortalamalarına sahip olduğunu saptadık. Kadınların kişisel hijyenlerine erkeklerden daha düşkün olmaları bu sonucu açıklayabilir. Bununla beraber farkındalığın kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olması da kadınların sağlık bilinçlerinin erkeklerden daha iyi olduğu düşüncemizi desteklemektedir.

12) İnsanların ancak doku ve organları hakkında sahip oldukları doğru bilgiler sayesinde sağlıklarını yüksek seviyede tutabileceklerini düşünmekteyiz. Bu düşünce paralelinde sorduğumuz bir dişin kaç yüzeyi olduğuna dair soruya doğru yanıt verenlerin tüm popülasyonun sadece %9,8'ini oluşturduğunu tespit ettik. Bir başka deyişle katılımcıların %90'ından fazlasının dişlerini ayrı birer organ olarak kabul etmedikleri görülmektedir.

13) Araştırmamızın bulgularında yer alan kliniğe başvuru nedenleri incelendiğinde dişeti kanamasının tüm başvuru nedenleri içerisinde %10,7 oranıyla üçüncü sırada bulunduğu görülmektedir. Kanama nedeniyle başvuranların büyük çoğunluğunun periodontitis hastası olması, periodontitis için daha karakteristik bir bulgu olan diş mobilitesinden daha ön planda olması dikkat çekicidir. Bu durum diş fırçalama sonrasında görülen dişeti kanamasının, bireyler tarafından sağlıkla ilgili diğer konularda olduğu gibi normalden bir sapma olarak algılandıkları düşüncemizi desteklemektedir.

14) alışmamıza dahil edilen katılımcılardan diyabet hastası olanların içerisinde periodontal açıdan sağlıklı denilebilecek bir birey bulunmamaktadır. Tüm diyabet hastalarının %66,7'si ise periodontitis hastasıdır. Bu durum periodontal hastalıklar için bir risk faktörü olduğu bilinen diyabetin, periodontal dokular üzerindeki etkisini göstermesi bakımından önemlidir.

Tüm Dünya insanlarını etkileyen 1 numaralı hastalık olduğu Guinness Rekorlar Kitabı'na girerek tescillenen periodontal hastalıkların önlenmesinin yolu bireylerin ve dolayısıyla toplumların bilinlenmesinden geçmektedir. Bu nedenle periodontal hastalıklarla ilgili ağız-diş sağlığı programlarının hazırlanması, tedavi ihtiyaçlarının ve yapılacak tedavilerin başarılarının değerlendirilmesine katkı sağlayacak epidemiyolojik çalışmalara büyük ihtiyaç vardır. Ülkemizdeki diş hekimliği hizmetlerinin çoğunlukla tedavi odaklı olması bakımından hastaların bilinçlendirilmesi ve motive edilmesini sağlayacak koruyucu diş hekimliği çalışmalarına daha çok önem verilmesinin gerekliliğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Noreen, M., Murad, S., Furqan, M., Sultan, A. and Bloodsworth, P. (2015). Knowledge and awareness about breast cancer and its early symptoms among medical and non-medical students of southern Punjab, Pakistan. ***Asian Pacific Journal of Cancer Prevention***. 16(3), 979-84.
2. Newell, S. A., Girgis, A., Sanson-Fisher, R. W. and Savolainen, N. J. (1999). The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. ***American Journal of Preventive Medicine***, 17(3):211-29.
3. Taani, D. Q. (2002, April). Periodontal awareness and knowledge, and pattern of dental attendance among adults in Jordan. ***International Dental Journal***, 52(2), 94-8.
4. Eke, P. I. and Dye, B. (2009, September). Assessment of self-report measures for predicting population prevalence of periodontitis. ***Journal of Periodontology***, Vol. 80, No. 9, Pages 1371-1379.
5. Taylor, G. W. and Borgnakke, W. S. (2007, July). Self-reported periodontal disease: validation in an epidemiological survey. ***Journal of Periodontology***, Vol. 78, No. 7s, Pages 1407-1420.
6. Dietrich, T., Stosch, U., Dietrich, D., Kaiser, W., Bernimoulin, J. P. and Joshipura, K. (2007, July). Prediction of periodontal disease from multiple self-reported items in a German practice-based sample. ***Journal of Periodontology***, Vol. 78, No. 7s, Pages 1421-1428.
7. Blicher, B., Joshipura, K. and Eke, P. (2005). Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. ***Journal of Dental Research***, 84, 881-890.
8. Murtomaa, H., Ahlberg, J. and Metsäniitty, M. (1997, January). Periodontal awareness among adult Finns in 1972 and 1990. ***Acta Odontologica Scandinavica***, 55(1), 49-52.
9. Löe, H., Theilade, E., Jensen, S. B. (1965). Experimental gingivitis in man. ***Journal of Periodontology***, 36:177.
10. Silness, J. and Löe, H. (1964). Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. ***Acta Odontologica Scandinavica***, 22, 121.
11. Albandar, J. M., Brown, L. J., Brunelle J. A. and Löe, H. (1996). Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. ***Journal of Periodontology***, 67, 953.
12. Albandar, J. M. (2002). Periodontal diseases in North America. ***Periodontology 2000***, 29, 31.

13. Albandar J. M., Brunelle, J. A. and Kingman, A. (1999). Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. ***Journal of Periodontology***, 70, 13.
14. Albandar, J. M., Kingman, A., Brown, L. J. and Loe, H. (1998). Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset periodontitis. ***Journal of Clinical Periodontology***, 25,231.
15. Gilbert, G. H. and Litaker, M. S. (2007, July). Validity of self-reported periodontal status in the Florida dental care study. ***Journal of Periodontology***, Vol. 78, No. 7s, Pages 1429-1438.
16. Trombelli, L., Tatakis, D. N., Scapoli, C., Bottega, S., Orlandini, E. and Tosi, M. (2004). Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis. II. Identification of "high-responder" and "low-responder" subjects. ***Journal of Clinical Periodontology***, 31, 239.
17. American Academy of Periodontology. (2000). Parameter on plaque-induced gingivitis. ***Journal of Periodontology***, 71, 851
18. Larato, D. C., Stahl, S. S., Brown, R. Jr. and Witkin, G. J. (1969). The effect of a prescribed method of toothbrushing on the fluctuation of marginal gingivitis. ***Journal of Periodontology***, 40, 142.
19. Lenox, J.A. and Kopczyk, R. A. (1973). A clinical system for scoring a patient's oral hygiene performance. ***Journal of American Dental Association***, 86, 849.
20. Meitner, S. W., Zander, H., Iker, H. P. and Polson, A. M. (1979). Identification of inflamed gingival surfaces. ***Journal of Clinical Periodontology***, 6, 93.
21. Flemmig T. F. (1999). Periodontitis. ***Annals of Periodontology***, 4, 32–38.
22. Douglass, C. W., Gillings, D., Sollecito, W. and Gammon, M. (1983) National trends in the prevalence and severity of the periodontal diseases. ***Journal of American Dental Association***, 107(3):403-12.
23. Hugoson, A., Koch, G. and Rylander, H. (1981). Prevalence and distribution of gingivitis-periodontitis in children and adolescents. Epidemiological data as a base for risk group selection. ***Swedish Dental Journal***, 5(3):91-103.
24. Brown L. J., Oliver, R. C. and Loe, H. (1990). Epidemiology and oral disease prevention program, national institute of dental research, national institutes of health, Bethesda, MD 20892. ***Journal of the American Dental Association***, 121(2):226-232.
25. Albandar, J. M., Brunelle, J. A. and Kingman A. (1999). Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994* ***Journal of Periodontology***, 70: 13-29.

26. Bourgeois, D., Hescot, P., ve Doury, J. (1997). Periodontal conditions in 35-44-year-old adults in France, ***Journal of Periodontal Resource***, 32(7):570-4.
27. Brodeur, J. M., Payette, M., Beniger, M., Charbonneau, A., Olivier, M. and Chabot, D. (2001). Periodontal diseases among Quebec adults aged 35 to 44 years. ***Journal of Canadian Dental Association***, 67(1):34.
28. Ababneh, K. T., Abu Hwaij, Z. M. F. and Khader, Y. S. (2012). Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a multi-centre study in North Jordan: a cross sectional study. ***BMC Oral Health***, 12:1
29. Idrees, M. M., Azzeghaiby, S. N., Hammad, M. M. and Kujan, O. B. (2014). Saudi prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in a Saudi adult population. ***Saudi Medical Journal***, 35(11):1373-7.
30. Flemming, T. F. (1999). ***Annals of Periodontology***, 4, 32–38.
31. Brown, L. J., Oliver R. C. and Loe, H. Periodontal Diseases in the U.S. In 1981: Prevalence, Severity, Extent, and Role in Tooth Mortality. ***Journal of Periodontology***, 60(7):363-70.
32. Mengel, R., Koch, H., Pfeifer, C. and Florès-de-Jacoby, L. (1993). Periodontal health of the population in eastern Germany (former GDR). ***Journal of Clinical Periodontology***, 20,(10), 752–755.
33. Roman, A. and Pop, A. (1998). Community periodontal index and treatment needs values (CPITN) in a factory worker group in Cluj-Napoca, Romania. ***International Dental Journal***, 48(2):123-5.
34. Marino, R., Wright, F. A. C. and Minas, I. H. (2001). Oral health among Vietnamese using a community health centre in Richmond, Victoria. ***Australian Dental Journal***, 46:(3):208-215
35. Dowsett, S. A., Archila, L., Segreto, V. A., Eckert, G. J. and Kowolik, M. J. (2001). Periodontal disease status of an indigenous population of Guatemala, Central America. ***Journal of Clinical Periodontology***. 28(7):663-71.
36. Albandar, J. M., Brunelle, J. A. and Kingman, A. (1999). Destructive Periodontal Disease in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994* ***Journal of Periodontology***, 70: 13-29.
37. Eke, P. I., Dye, B. A., Wei, L., Slade, G. D., Thornton-Evans, G. O., Borgnakke, W. S., Taylor, G. W., Page, R. C., Beck, J. D. and Genco, R. J. (2015). Update on prevalence of periodontitis in adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. ***Journal of Periodontology***, 86:611-622.
38. Oktay, C. (1975). Periodontal hastalıkların erzurum yöresindeki prevalansları ve bunlara tesir eden faktörler. ***İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi***, 9, 5 -27.

39. Baloş, K., Bostancı, H. S., Arpak, N. ve Özcan, G. (1981). 15 Yaş grubunda periodontal yıkımlar. **Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, 8,(1) 27-36, 1981.
40. Baloş, K., Eren, K., ve Akkaya, M. (1983). Farklı yaş gruplarında ağız bulgularının karşılaştırılması. **Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, 1, 163-171.
41. Seven, N., Demiröz, I. Erzurum ilinde 12-18 yaş grubunda gingivitisin, ağız hijyeni ve diş çürüğü ile ilişkisinin istatistiksel olarak araştırılması. **Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, 7 : 3, 201-207, 1983.
42. World Health Organization: Periodontal Disease, Report no:207, Geneva 1961
43. World Health Organization: Epidemiology, etiology, and prevention of periodontal diseases. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser.1978;(621):1-60
44. World Health Organization: Global strategy for health for all by year 2000. World Health Organization Health for all series No:3, 1981 Geneva.
45. World Health Organization: Oral Health for the 21th Century. Oral Health Unit, 1993 Geneva.
46. World Health Organization: Health 21- Health for all in the 21st century: An introduction to health for all policy framework for the WHO European Region. European health for all series No:5 World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 1998
47. Saydam, G., Oktay, İ. and Möller, I. (1990). National oral health pathfinder survey, Oral health in Turkey, Situation Analysis, Tur-ORH-001. (WHO/ORH/J2/682/1988)
48. Brady, W. F. (1984). Periodontal disease awareness. **Journal of American Dental Association**, 109(5):706-10.
49. Bakdash, M. B., Lange, A. L. and McMillan, D. G. (1983, November). **Journal of Periodontology**, Vol. 54, No. 11, Pages 666-670.
50. Lie, T. and Mellinger, J. T. (1987). Periodontal awareness, health, and treatment need in dental school patients: I. Patient interviews, **Acta Odontologica Scandinavica**, Vol. 45, No. 3 , Pages 179-186.
51. Yokoya, Y., Karashima, H., Inui, K., Miyazawa, Y., Miyashita, H. and Hasegawa, K. (1988, December). Introduction of a method of promoting periodontal disease awareness. **Nihon Shishubyo Gakkai Kaishi**, 30(4), 1081-8.
52. Taani, D. Q. and Alhaija, E. S. J. A. (2003). Self-assessed bleeding as an indicator of gingival health among 12–14-year-old children. **Journal of Oral Rehabilitation**, 30, 78–81.

53. Genco, R. J., Falkner, K. L., Grossi, S., Dunford, R. and Trevisan, M. (2007). Validity of self-reported measures for surveillance of periodontal disease in two western New York population-based studies. ***Journal of Periodontology***, 78(7), 1439-1454.
54. Dumitrescu, A. L., Kawamura, M., Zetu, I. and Teslaru, S. (2009, March). Investigating the relationship among self-reported oral health status, oral health-related behaviors and self-consciousness in Romanian dental patients ***Journal of Periodontology***, Vol. 80, No. 3, Pages 468-475
55. Villa, A., Abati, S., Strohmenger, L. Cargnel, M. and Cetin, I. (2011, July). Self-reported oral hygiene habits and periodontal symptoms among postpartum women. ***Archives of Gynecology and Obstetrics***, Volume 284, Issue 1, pp 245-249.
56. Gautam, D. K., Vikas, J., Amrinder, T., Rambhika, T. and Bhanu, K. (2012, July) Evaluating dental awareness and periodontal health status in different socioeconomic groups in the population of Sundernagar, Himachal Pradesh, India. ***Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry***, 2(2), 53-7.
57. LaMonte M. J., Hovey, K. M., Millen, A. E., Genco, R. J. and Wactawski-Wende J. (2014, August). Accuracy of self-reported periodontal disease in the women's health initiative observational study. ***Journal of Periodontology***, Vol. 85, No. 8, Pages 1006-1018.
58. Asa'ad, F. A., Rahman, G., Al Mahmoud, N., Al Shamas, E. and Al Khuwaileidi, A. (2015, February). Periodontal disease awareness among pregnant women in the central and eastern regions of Saudi Arabia. ***Journal of Investigative and Clinical Dentistry***, 6(1), 8-15.
59. Coburn, B. W., Sayles, H. R., Payne, J. B., Redman, R. S., Markt, J. C., Beatty, M. W., Griffiths, G. R., McGowan, D. J. and Mikuls, T. R. (2015, January). Performance of Self-Reported Measures for periodontitis in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. ***Journal of Periodontology***, Vol. 86, No. 1, Pages 16-26.
60. Tomar, S. L. (2007, July). Public health perspectives on surveillance for periodontal diseases. ***Journal of Periodontology***, Vol. 78, No. 7s, Pages 1380-1386.
61. Nelson, D. E., Holtzman, D., Bolen, J., Stanwyck, C. A. and Mack, K. A. (2001). Reliability and validity of measures from the behavioral risk factor surveillance system (BRFSS). ***Sozial und Praventivmedizin***, 46, Suppl 1, S 3-42.
62. Luo, X., George, M. L., Kakouras, I., Edwards, C. L., Pietrobon, R., Richardson, W. and Hey, L. (2003). Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. ***Spine***, 28, 1739-1745.

63. Tomar, S. L. and Cohen, L. K. (2010). Attributes of an ideal oral health care system. **Journal of Public Health Dentistry**, 70 Suppl 1, S6-14.
64. Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S. and Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, 83:661-669.
65. Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S. and Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. **Lancet**, 19, 366(9499), 1809-20.
66. Jin, L. J., Armitage, G. C., Klinge, B., Lang, N. P., Tonetti, M. and Williams, R. C. (2011). Global oral health inequalities: task group--periodontal disease. **Advances in Dental Research**, 23(2), 221-6.
67. Brennan, D. S., Spencer, A. J. and Roberts-Thomson, K. F. (2008). Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Quality of Life Research**, 17, (2), pp 227-235.
68. Widström, E. and Eaton, K. A. (2004) Oral healthcare systems in the extended European union. **Oral Health & Preventive Dentistry**, 2(3), 155-94.
69. König, J., Holtfreter, B. and Kocher, T. (2010). Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services--position paper 1. **European Journal of Dental Education**, 14 (Suppl 1), 4-24.
70. Pekiner, F., Gumru, B., Borahan, M. O. and Aytugar, E. (2010). Evaluation of demands and needs for dental care in a sample of the Turkish population. **European Journal of Dentistry**, 4(2), 143-9.
71. Axelsson, P., Nyström, B. and Lindhe, J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. **Journal of Clinical Periodontology**, (2004). 31(9), 749-57
72. Dixit, L. P., Gurung, C. K., Gurung, N. and Joshi, N. (2010). Reasons underlying the extraction of permanent teeth in patients attending Peoples Dental College and Hospital. **Nepal Medical College Journal**, 12(4), 203-6.
73. Özcan, E., Evcil, S., Turgut, H. ve Yıldız, M. (2005). Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda kliniğe başvurma nedeni ile eğitim durumu, yerleşim yeri ile diş fırçalama alışkanlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. **Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, Cilt: 15, Sayı:3, Sayfa:15-19.
74. Eke, P. I., Dye, B. A., Wei, L., Slade, G. D., Thornton-Evans, G. O., Beck, J. D., Taylor, G. W., Borgnakke, W. S., Page, R. C. and Genco, R. J. (2013). Self-reported measures for surveillance of periodontitis. **Journal of Dental Research**, 92(11), 1041-147.

75. Cyrino, R. M., Cota, L. O. M., Lages, E. J. P., Lages, E. M. B. and Costa, F. O. (2011). Evaluation of self-reported measures for prediction of periodontitis in a sample of Brazilians. ***Journal of Periodontology***, 82, 1693-1704.
76. Başer, Ü., Doğru, H. E., Özerol, B., İşsever, H., Yalçın, F., Işık, G. and Onan, U. (2014). Evaluation of periodontal disease awareness by comparing self reports and clinical measurements of patients at istanbul university faculty of dentistry. ***İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi***, 48 (2), 35-41.
77. Gettinger, G., Patters, M. R., Testa, M. A., Löe, H, Anerud, A., Boysen, H. and Robertson, P. B. (1983). The use of six selected teeth in population measures of periodontal status. ***Journal of Periodontology***, Vol. 54, No. 3, Pages 155-159.
78. Relvas, M., Tomas, I., Salazar, F., Velazco, C., Blanco, J. and Diz, P. (2014). Reliability of partial-mouth recording systems to determine periodontal status: a pilot study in an adult Portuguese population. ***Journal of Periodontology***, 85(6), e188-e197.
79. Ainamo, J. and Bay, I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. ***International Dental Journal***, 25(4), 229-235
80. Ernest Newbrun. (1996). indices to measure gingival bleeding, ***Journal of Periodontology***, 67:555-561.
81. van der Weijden G. A., Timmerman, M. F., Nijboer, A., Reijerse, E. and van der Veiden, U. (1994). Comparison of different approaches to assess bleeding on probing as indicators of gingivitis. ***Journal of Clinical Periodontology***, 21:589-594.
82. van der Weijden, G. A., Timmerman, M. F., Saxton, C. A., Russell, J. I., Huntington, E. and van der Veiden, U. (1994). Intra-/inter-examiner reproducibility study of gingival bleeding. ***Journal of Periodontal Research***, 29, 236-241.
83. Haffajee, A., Socransky, S. and Goodson, J. (1983). Clinical parameters as predictors of destructive periodontal disease activity. ***Journal of Clinical Periodontology***, 10, 257-265.
84. Lang, N. P, Joss, A., Orsanic, T., Gusberti, F. A. and Siegrist, B. E. (1983). Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? ***Journal of Clinical Periodontology***, 13, 590-596.
85. Claffey, N., Nylund, K., Kiger, R., Garrett, S. and Egelberg, J. (1990). Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth for attachment loss. ***Journal of Clinical Periodontology***, 17:108-114.
86. Kaldahl, W. B., Kalkwarf, K. L., Patil, K. D. and Molvar, M. P. (1990). Relationship of gingival bleeding, gingival suppuration, and supragingival plaque to attachment loss. ***Journal of Periodontology***, 61, 347-351

87. Kallio, P. (1996). Self-assessed bleeding in monitoring gingival health among adolescents. ***Community Dentistry and Oral Epidemiology***, Volume 24, Issue 2, pages 128–132.
88. Armitage, G. C. and Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. (2003). Diagnosis of periodontal diseases. ***Journal of Periodontology***, 74(8), 1237-47.
89. Pradeep, A. R., Singh, S. P., Martande, S. S., Raju, A. P., Rustagi, T., Suke, D. K. and Naik, S. B. (2013). Clinical evaluation of the periodontal health condition and oral health awareness in Parkinson's disease patients. ***Gerodontology***.
90. Baser, U., Germen, M., Erdem, Y., Issever, H. and Yalcin, F. (2014). Evaluation of gingival bleeding awareness by comparison of self-reports and clinical measurements of freshman dental students. ***European Journal of Dentistry***, 8(3), 360-5.
91. Lee, J. H., Bennett, D. E., Richards, P. S. and Inglehart, M. R (2009). Periodontal referral patterns of general dentists: lessons for dental education. ***Journal of Dental Education***, 73(2), 199-210.
92. Park, C. H., Thomas, M. V., Branscum, A. J., Harrison, E. and Al-Sabbagh, M. Factors influencing the periodontal referral process. (2011). ***Journal of Periodontology***, 82:1288-1294.
93. Zemanovich, M. R., Bogacki, R. E., Abbott, D. M., Maynard, J. G. Jr. and Lanning, S. K. (2006). Demographic variables affecting patient referrals from general practice dentists to periodontists. ***Journal of Periodontology***, 77, 341-349.
94. Betof, N., Salkin, L. M. and Ferris, R. T. (1985). Why general dentists refer patients to periodontists. ***Journal of Dental Practice Administration***, 2, 106-110.
95. Goldenberg, A. S. (1992). Referral patterns of dentists: Analysis and implications of a questionnaire. ***International Journal of Psychosom***, 39, 76-80.
96. Mosley, M., Offenbacher, S., Phillips, C., Granger, C. and Wilder, R. S. (2014). North Carolina cardiologists' knowledge, opinions and practice behaviors regarding the relationship between periodontal disease and cardiovascular disease. ***Journal of Dental Hygiene***, 88(5), 275-84.
97. Östberg, A. L., Halling, A. and Lindblad, U. (1999). Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents ***Odontologica Scandinavica***, 57(4), 231-236.
98. Al-Ansari J. M. and Honkala, S. Gender differences in oral health knowledge and behavior of the health science college students in Kuwait. (2007). ***Journal of Allied Health***, 36(1):41-6.

99. Alwaeli, H. A. and Al-Jundi, S. H. (2005). Periodontal disease awareness among pregnant women and its relationship with socio-demographic variables. ***International Journal of Dental Hygen***, 3(2), 74-82.

EKLER

EK-1. Etik kurul onayı sayfa 1



GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 73
E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Periodontal Hastalığın Farkındalığının Saptanması			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kaya EREN			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
		DİĞER <input type="checkbox"/>	Doktora Tezi <input type="checkbox"/>		
	İLAC DIŞI ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/>	İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL <input type="checkbox"/>			
		İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN 2-Anket Çalışmaları <input checked="" type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon No	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİL. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 386	Toplantı tarihi: 12.12.2012
	<p>Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesinde Prof.Dr.Kaya Eren'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı başvuru bilgileri verilen, <i>Doktora Tezi</i> olan klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.</p>	

ÇALIŞMA ESASI	ETİK KURUL BİLGİLERİ					
	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP) kılavuzu ve bununla ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıbbın uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin onaylanmasının uygun bulunduğu dair kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmi Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmi Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Arzu BAKIRTAŞ BAŞKAN YRD.	Çocuk Sağ.ve Hast. Çocuk Allerji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji	G.Ü.T.F Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

EK-1.(devam) Etik kurul onayı sayfa 2

Prof.Dr.Füsün BOZKIRLI ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	G.Ü.T.F Anest.ve Rea. A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Emin TÜRKÖZ ÜYE	Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti	G.Ü.D.F Restoratif Diş Ted. ve Endodonti A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Seyhan ERSAN ÜYE	Farmasötik Kimya	G.Ü.E.F (Ecz.Mes.Bil.) Farmasötik Kimya A.D.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı	G.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Öznur L.BOYUNAÇA ÜYE	Radyoloji	G.Ü.T.F Radyoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Galip GÜZ ÜYE	İç Hastalıklar Erişkin Nefroloji	G.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Aylar POYRAZ ÜYE	Tıbbi Patoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Patoloji A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Metin YILMAZ ÜYE	Kulak-Burun-Boğaz Hast.	Kulak-Burun-Boğaz Hast. A.D	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Etiği ve Tıp Tarihi	G.Ü.T.F Tıp Etiği ve Tıp Tarihi A.D	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Öğr.Gör. Adem GELİR ÜYE	Hukukçu Üye	Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	Sivil Temsilci	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-2. Anket formu sayfa 1

Hasta no:

Tarih:

Hasta telefon no:

HASTA DEĞERLENDİRME ANKETİ

I. Hastanın Adı ve Soyadı:

II. Cinsiyeti:

Kadın

Erkek

III. Yaş:

IV. Eğitim Durumu:

-İlköğretim

-Lise

-Üniversite

Lisansüstü/Doktora

V. Medikal Hikaye

> Herhangi bir sistemik hastalığınız var mı? Evet Hayır

Diyabet

Kardiyovasküler hastalık

Yüksek tansiyon

Astım

Karaciğer rahatsızlığı

Böbrek rahatsızlığı

Romatoid artrit

EK-2.(devam) Anket formu sayfa 2

Diğer _____

> Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet Hayır

> Kullanılan ilacın adı ve dozu: _____

VI. Diş hekimliği Fakültesine başvuru nedeniniz nedir?

VII. Dişetlerinizle ilgili bir sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

-Evet

-Hayır

-Bilmiyorum

VIII. Dişetlerinizin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?

-Evet

-Hayır

-Bilmiyorum

IX. Dişetlerinizin sağlık durumunu derecelerseniz, ne derdiniz?

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

X. Bugüne kadar sadece dişeti rahatsızlığınız nedeniyle diş hekimine gittiğiniz oldu mu?

Evet Hayır

EK-2.(devam) Anket formu sayfa 3

XI. Bugüne kadar gittiğiniz diş hekimi veya sağlık kuruluşunda size dişetlerinizle ilgili sorunuz olduğu söylendi mi?

Evet Hayır

XII. Daha önce diş hekimine gidişlerinizde dişeti tedavisiyle ilgili bir girişim oldu mu?

Evet Hayır

XIII. Dişeti problemi dışındaki herhangi bir nedenden dolayı (dolgu,protez vb...) diş hekimine gittiğinizde hekim tarafından dişeti tedavisi görmeniz konusunda yönlendirildiniz mi?

Evet Hayır

XIV. Dişeti tedavisine gitmenizde sizi yönlendiren etken ne/kimdir?

Basın (Radyo,televizyon,internet)

Diş hekimi

Çevre,aile

Diğer _____

XV. Diş Fırçalama Alışkanlığı

-Günde iki-üç defa

-Günde bir defa

-Bazen

-Hiç

XVI. Sizce bir dişin kaç yüzeyi vardır? _____

EK-2.(devam) Anket formu sayfa 4

XVII. Diş fırçalama dışında ara yüz temizliği için diş ipi veya ara yüz fırçası kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız, kullandığınız araç ve sıklığı nedir?

Evet Hayır _____

XVIII. Düzenli aralıklarla, herhangi bir şikayetiniz olmadan diş hekimi kontrolüne gider misiniz?

Evet Hayır

XIX. Diş hekimine gitme sıklığınız nedir?

6 ayda bir kez

Yılda bir kez

Şikayetim olduğunda

Diş hekimine hiç gitmedim

Klinik ve/veya radyografik tetkikler sonucu teşhis:

Sağlıklı

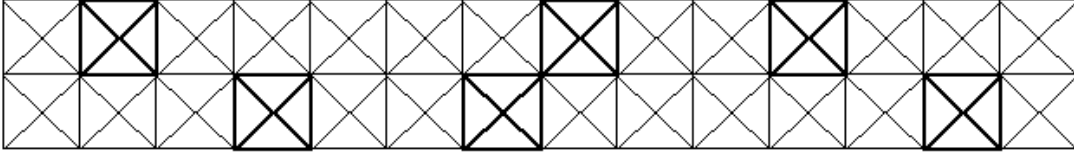
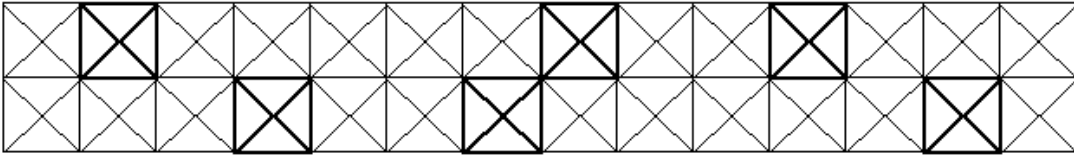
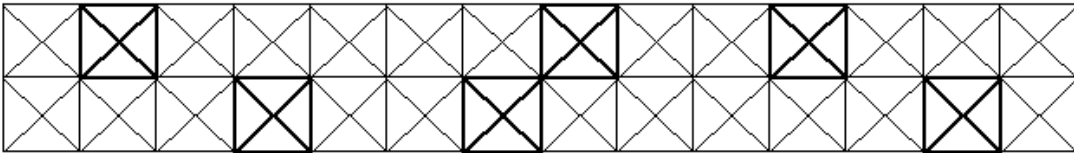
Gingivitis

Periodontitis

Sorulara eksiksiz ve doğru yanıt verdiğimi, sağlığımda veya tedavimde herhangi bir değişiklik olduğunda bunu diş hekimime bildireceğimi temin ederim. Kimlik bilgilerim gizli tutulmak kaydıyla bu verilerin her türlü teşhis, bilimsel, eğitimsel ve araştırma amaçlı kullanılmasına onay veriyorum.

İMZA

EK-3. İndeks formu

KLİNİK ÖLÇÜMLER**Plak İndeksi****Sondlamada Kanama İndeksi****Cep Derinliği**

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Altınok Tunca
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 22.09.1984
Medeni hali : Bekar
Telefon : 05332696650
e-mail : tunca-altinok@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi Periodontoloji A.B.D	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2007
Lise	Ankara Atatürk Lisesi	2002

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2008-2015	Gazi Üniv.Diş.Hek.Fak. Periodontoloji A.B.D.	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİ GELECEKTİR..