T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERDE PERİODONTAL FARKINDALIK VE BÜTÜNLÜK DUYGUSU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferhat DANIŞMAN

UZMANLIK TEZİ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Mehtikar GÜRSEL

KONYA-2018

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERDE PERİODONTAL FARKINDALIK VE BÜTÜNLÜK DUYGUSU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferhat DANIŞMAN

UZMANLIK TEZİ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Mehtikar GÜRSEL

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Kordinatörlüğü tarafından 17102014 proje numarasıyla desteklenmiştir.

KONYA-2018

ÖNSÖZ

Bana olan destek ve güvenlerini her zaman hissettiğim, maddi ve manevi hiçbir desteği benden esirgemeyen, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan aileme,

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde olduğu kadar, uzmanlık eğitimim boyunca benimle tüm bilimsel tecrübesini paylaşan, hiçbir konuda desteğini benden esirgemeyen, her durumda bana güler yüzünü gösteren doktora danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehtikar GÜRSEL'e,

Uzmanlık eğitimim süresince üzerimde emeği olan çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Tamer ATAOĞLU'na, Sayın Prof. Dr. İsmail MARAKOĞLU'na, Sayın Prof. Dr. Sema Sezgin HAKKI'ya,

Tezimin istatistik analizlerinde bana yardımcı olan Sayın Dr. Öğr.Üyesi Aydın KARAKOCA ve Sayın Arş. Gör. Caner TANIŞ'a,

Dostlukları, yakınlıkları ve yardımları ile yanımda olan bölümdeki tüm asistan arkadaşlarıma, Sayın Hasan SEVMEZ'e, Sayın Fuat Hakan ÜLKER'e, Sayın Nur YÜKSEL'e, Sayın Nail AYBARS'a ve Sayın Deniz GÖRGÜLÜ'ye,

Çalıştığım sürece benden hoşgörü ve yardımlarını esirgemeyen fakültemizdeki tüm çalışanlarımıza,

Projemizi desteklediği için Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne;

Tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

SİMGELER VE KISALTMALAR

A. actinomycetemcomitans	*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
A. naeslundii	*Actinomyces naeslundii*
A.viscosus	*Actinomyces viscosus*
BPE	Basic Periodontal Examination
CPITN	Community Periodontal Index of Treatment Needs
C.rectus	*Campylobacter rectus*
D	Doğru
DIDL	Dental Impact on Daily Living
DIP	Dental Impact Profile
E. corrodens	*Eikenella corrodens*
F. nucleatum	*Fusobacterium nucleatum*
GRRs	Generalized Resistance Resources
GOHAI	General Oral Health Assessment Index
OIDP	Oral Impacts on Daily Performance
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHRQoL-UK	Oral Health Related Quality of Life- United Kingdom
P	p değeri
P. gingivalis	*Porphyromonas gingivalis*
P. intermedia	*Prevotella intermedia*
P. micros	*Peptostreptococcus micros*
s.d	Serbestlik derecesi
SOC	Sense of Coherence
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
S. mitis	*Streptococcus mitis*
S. sanguinis	*Streptococcus sanguinis*
T. denticola	*Treponema denticola*
T. forsythia	*Tannerella forsythia*
V. parvula	*Veillonella parvula*
Y	Yanlış
$\bar{x}$	İlgili puanın aritmetik ortalaması
$S_{\bar{x}}$	Ortalamanın standart hatası
WHO	World Health Organization

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iii
İÇİNDEKİLER iv
ÖZET v
SUMMARY vi
1. GİRİŞ 1
1.1. Periodontal Hastalıklar 2
1.1.1. Gingivitis 3
1.1.2. Periodontitis 4
1.2. Periodontal Farkındalık 8
1.2.1. Diş Hekimlerinin Ağız Sağlığı Açıdan Farkındalığı 9
1.2.2. Periodontal Hastalıkların Farkındalığını Etkileyebilecek Faktörler 9
1.3. Salutojenik Yaklaşım 11
1.3.1. Patogenez-Salutogenez 13
1.3.2. Hekim-Hasta İlişkisinde Salutogenetik Tutum 13
1.3.3. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu 14
1.4. Ağız Sağlığı 23
1.4.1. Diş hekimliği öğrencilerinin ağız sağlığı durumu 24
1.4.2. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi 24
1.4.3. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi 25
1.4.4. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede literatürde sık kullanılan ölçekler 26
2. GEREÇ VE YÖNTEM 29
2.1. Çalışma Dizaynı ve Örneklem Seçimi 29
2.2. Veri Toplama Formunun Hazırlanması 29
2.3. İstatiksel Değerlendirme 30
3. BULGULAR 31
4. TARTIŞMA 62
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
KAYNAKLAR 72
EK-A: Etik Kurul Onayı 83
EK-B: Anket Soruları 85
ÖZGEÇMİŞ 92

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERDE PERİODONTAL FARKINDALIK VE BÜTÜNLÜK DUYGUSU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferhat DANIŞMAN

Periodontoloji Anabilim Dalı

UZMANLIK TEZİ / KONYA-2018

Diş Hekimliği Fakültelerinde okuyan öğrencilerin stresli, yoğun ve pratiğe dayalı bir eğitim programları olduğundan, bu süreçte genel sağlık durumları, ağız bakım alışkanlıkları ve ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerinde önemli değişiklikler görülebilmektedir. Çalışmanın amacı, Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde periodontal farkındalık ve bütünlük duygusu (SOC) ile ilişkili faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Bu çalışmaya gönüllü olarak 550 öğrenci katıldı. Öğrencilerden "Sosyodemoğrafik Bilgiler", "Periodontal Farkındalık", "Bütünlük Duygusu", "Oral Hijyen Motivasyonu", "Genel Sağlık Davranışı" ve "Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi" olmak üzere altı bölümden oluşan anket formları doldurtuldu. Elde edilen verilerin normallik varsayımı *Shapiro Wilk's testi* ile test edildi ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler belirlenirken *Ki-kare testi* kullanıldı. İki kategorili değişkenler arasındaki ölçüm değişkeni açısından farklılıklar *Bağımsız Örneklem T testi* kullanılarak, ikiden çok kategorili değişkenler arasındaki ölçüm değişkenleri açısından farklılıklar ise *Tek Yönlü Varyans Analizi* ile test edildi. Ölçüm değişkenleri arasındaki doğrusal ilişkiler *Pearson Korelasyon Analizi* ile test edildi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin anket sorularına vermiş oldukları cevapların sonucunda, periodontal farkındalık bilgi düzeyleri oranı %57,6 bulunmuş ve üst sınıflara gidildikçe bu oranda artış görülmüştür. Ayrıca yüksek periodontal farkındalık bilgi düzeyine sahip öğrencilerin, düzenli diş fırçalama alışkanlığının olduğu saptanmıştır. Bütünlük duygusu açısından değerlendirdiğimizde, yüksek SOC seviyesine sahip öğrencilerin alkol, sigara gibi kötü alışkanlıklara sahip olmadıkları, iyi düzeyde oral hijyen davranışlarına sahip oldukları ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi seviyelerinin de yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan öğrencileri klinik ve preklinik olarak gruplandırdığımızda, klinik öğrencilerinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi preklinik öğrencilerine göre yüksek bulunmuş olup SOC açısından sınıf düzeyinde farklılık görülmemiştir.

Sonuç olarak, öğrencilerin periodontal farkındalık düzeyi ve SOC seviyesi ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmekle beraber bu konuda daha detaylı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Ağız Sağlığı; Bütünlük Duygusu; Periodontal Farkındalık; Yaşam Kalitesi

SUMMARY

T.C.
SELÇUK UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY

CONSIDERATION PERIODONTAL AWARENESS AND RELATED TO SENSE OF COHERENCE FAKTORS IN THE STUDENTS FACULTY OF DENTISTRY AT SELCUK UNIVERSITY

Ferhat DANISMAN

Department of Periodontology

THESIS / KONYA-2018

Since the students of faculty of dentistry have a stressful, intensive, and practice-based educational program, in this process, important changes can be seen in the general health states, habits of oral healthcare, and oral health related quality of life. The aim of study is to evaluate the relationship between the factors associated with periodontal awareness and sense of coherence (SOC) in the students of faculty of dentistry, Selcuk University.

In this study, 550 students were voluntarily participated. Questionnaires were completed by the students, which consist of 6 sections as "Sociodemographic Information", "Periodontal Awareness", "Sense of Coherence" (SOC), "Oral Hygiene Motivation ", "General Health Behavior", and "Oral Health Related to Quality of Life". Normality assumption of the dataobtained was tested by Shapiro Wilk's Test and, while the relationships between categorical variables were identified, *Chi-square Test* was used. The differences in terms of measurement variables between variables with two categories were tested by using *Independent Sample-T-Test* and the differences in terms of measurement variables with more than two categories, *One-Way Variance Analysis*. The linear relationships between measurement variables were tested by *Pearson Correlation Analysis.*

As a result of the answers of the students, participated in the study, to the questionnaires, the rate of information levels on periodontal awareness was detected as 57,6%, and an increase was seen in this rate, as it was proceeded to the upper classes. In addition, it was identified that the students having high information level on periodontal awareness had regular tooth brushing habits. When we evaluate in terms of sense of coherence, it was seen that the students having high SOC did not have bad habits such as alcohol and smoking, had oral hygiene behaviors at good level, and their levels of oral health related to quality of life health were high. When we group the students participating in study as clinic and pre-clinic, the level of oral health related quality of life of the clinic students was found high compared to pre-clinic students and any difference was not seen in terms of SOC at the class level.

As a conclusion, although it was seen that there was a positive relationship between the periodontal awareness level and SOC level of the students and their quality of life, there is need for conducting more detailed studies on this subject.

Key Words: Oral Health; Sense of Coherence; Periodontal Awareness; Quality of Life

1. GİRİŞ

Periodontoloji, periodonsiyumu oluşturan dişeti, alveolar kemik, periodontal ligament ve sement dokularında meydana gelen hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisi ile ilgilenen bilim dalıdır (Periodontology 2001, Schroeder 1986). Periodonsiyumu oluşturan bu yapıların sağlıklı halinin bilinmesi, bu dokuları etkileyen periodontal hastalıkların anlaşılması açısından önemlidir. Periodontal hastalık, dünya genelinde yaygın görülen bir ağız sağlığı problemidir (Oppermann 2007). Bireylerin yaşam biçimleri ile beraber diş fırçalama, düzenli diş hekimine kontrole gitme ve diş ipi kullanmak gibi hijyen alışkanlıklarının aksatılması bu hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir yere sahiptir (Renvert ve Persson 2004). Periodontal hastalıkların varlığının kendi kendine farkedilmesi ise çok düşük bir ihtimal olarak gösterilmiştir (Brady 1984). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), periodontal hastalıkların da içerisinde olduğu oral hastalıkların, ciddi sağlık problemi olduklarını ve dünya genelinde ağız sağlığı farkındalığının, genel sağlık ve yaşam kalitesi için önemli bir durum olarak dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir (Petersen 2009). İyi bir periodontal sağlık durumu için periodontal farkındalığın yalnız başına etkili olmayacağı da belirtilmektedir. Bu nedenle bireylerin periodontal farkındalıkları ışığında davranış değişikliklerinin de sağlanabilmesi gerekir. Bunu sağlayabilmek için bireyler tarafından periodontal bilginin anlaşılması, saklanması ve kullanılması gerekir (Nowjack-Raymer ve ark 1995).

Ağız sağlığı, bireyin genel sağlığının korunmasında ve idamesinde bütünün bir parçası olarak önemli bir role sahiptir (Allen 2003). İyi bir ağız sağlığına sahip olmak, kişisel davranış ve tutumlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir (Frandsen 1985). Bu tutum ve davranışlar üzerinde etkili olduğu düşünülen Sense of Coherence (bütünlük duygusu) kavramı, bireylerde hastalığın sebeplerini açıklamaktan çok sağlığın kaynaklarını keşfetmeye odaklanmıştır (Antonovsky 1979, 1987). Bu kavram belirli hastalıkların riskini arttıran faktörlerden farklı olarak sağlığın gelişmesini sağlayan faktörleri açıklamaya çalışır (Antonovsky 1997).

Üniversite öğrencileri, gelişim süreçlerinin en dinamik zamanındadırlar. Bu dönemde sağlıklarını ve yaşam tarzlarını etkileyebilecek hem gelişimsel sorumluluklar hem de potansiyel stresörler ile karşı karşıyadırlar (Tsouros ve ark 1998). Bu dönemde, yeni stresörlerin öğrencilerin sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, bütünlük duyguları

ile engellenebilir. Bütünlük duygusunun; üniversite öğrencilerinin sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarda, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, fiziksel ve ruhsal yönde iyilik hali, stres ve sosyal yaşam ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Heiman 2004, Bíró ve ark 2010). Diş hekimliği fakültelerinde okuyan öğrencilerin stresli, yoğun ve pratiğe dayalı bir eğitim programları vardır. Bu süreçte genel sağlık durumları, ağız bakım alışkanlıkları ile birlikte yaşam kalitelerinde de değişiklikler görülebilmektedir. Diş hekimliği öğrencileri için etkili sağlığı geliştirici programlar uygulayabilmek amacıyla eğitimleri esnasında öğrencilerin sağlık durumlarını belirleyebilecek direnç kaynaklarını ve küresel yönelimleri belirlemeye ihtiyaç vardır (Peker ve ark 2012). Diş hekimliği eğitimi sayesinde, öğrenciler, kendi ağız sağlıklarına yönelik tutumlarını/davranışlarını geliştirebilir ve değiştirebilirler (Kawamura ve ark 2002). Bu nedenle çalışmadaki hipotez 'Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin periodontal farkındalık ve bütünlük duygusu düzeyleri ile oral hijyen davranışları, genel sağlık durumları ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri arasında ilişki yoktur.' şeklindedir. Cross-sectional olarak planlanan araştırmanın amacı, Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde periodontal farkındalık ve bütünlük duygusu ile ilgili faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

1.1. Periodontal Hastalıklar

Periodontal hastalıklar, patojen mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyöz karakterli hastalıklardır (Claffey ve ark 2004). Bu hastalıklar, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir (Sağlam 1996). Orta Pleistosen evresine atfedilen insan örneklerinde, alveolar kemiğin ölüm öncesi kaybı, periodontal patolojiyi gösteren işaretler keşfedilmiştir. Örneğin, alveolar kemik rezorpsiyonlarını gösteren belirteçler Almanya'da 640-735.000 yaşlarındaki Mauer mandibulasında (Homo heidelbergensis) ve 169 ila 191,000 yılları arasında değişen, Bau de l' Aube'sier, Vaucluse, Fransa'da bulunmuştur (Lebel ve ark 2001, Czarnetzki ve ark 2003).

Periodontal hastalıklar, hafif düzeydeki gingivitisten şiddetli periodontitise kadar uzanan geniş bir hastalık yelpazesine sahiptir (Petersen ve Ogawa 2012). Periodontal hastalıkların ilerlemesinde en önemli faktör mikrobiyal dental plak'tır. Mikrobiyal dental plak, çok sayıda mikroorganizmanın bir araya gelmesiyle oluşan, heterojen ve zamanla değişim gösterebilen kompleks bir biyofilmdir (Listgarten 1976, Marsh 2010, Berezow ve Darveau 2011). Bu yapı temel olarak mikroorganizmalardan

oluşur. Bu mikroorganizmaların bir kısmı çeşitli mekanizmalar ile periodontal dokularda hasara yol açar (Socransky ve ark 1963). Dental plakta var olan bu patojenler, direk olarak salgıladıkları proteolitik enzimler sayesinde periodonsiyumda yıkıma neden olurken, indirekt olarakta toksin ve lipopolisakkarit gibi virülans faktörleri ile konak hürelerini uyararak doku yıkım enzimlerinin salgılanmasını sağlamaktadır (Kornman 1996).

Periodontal hastalıkların temel sebebi mikrobiyal dental plak olsada bunula birlikte sigara, stres, kötü beslenme, bazı kronik sistemik hastalıklar ve çevresel etkenler periodontal hastalıkların başlamasına ya da ilerlemesine neden olabilmektedirler (Scannapieco 1998).

Pek çok periodontal hastalik tipi vardir. En sık görülen hastalıklar şunlardır:

1.1.1. Gingivitis

Gingivitis, en sık görülen ve dental plak tarafından indüklenen dişeti iltihabıdır. Bu hastalık, doku renginde, hacimde, sıcaklıkta, krevicular eksuda ve sondlamada kanama gibi değişimler içermektedir (Mariotti 1999). Gingivitis, sadece dişeti dokusuyla sınırlı olmasından dolayı radyolojik olarak herhangi bir bulgu vermez ve mikrobiyal dental plak ortadan kaldırıldığında ise geri dönüşümü olan bir hastalıktır (Löe ve ark 1965, Hugoson ve Norderyd 2008). Gingival hastalıklar plağa bağlı olan ve olmayan olmak üzere 2 alt sınıfa ayrılır. Plağa bağlı gingivitis; sadece dental plağa bağlı gelişen gingivitis, sistemik faktörler ile modifiye olan gingival hastalıklar, ilaç kullanımına bağlı modifiye olan gingival hastalıklar ve kötü beslenme ile modifiye olan gingival hastalıklar olarak sınıflanır. Plağa bağlı olmayan gingival hastalıklar; spesifik bakteri kökenli gingival hastalıklar, viral kökenli gingival hastalıklar, mantarlara bağlı gelişen gingival hastalıklar, genetik orjinli gingival hastalıklar, sistemik durumlara bağlı gelişen gingival hastalıklar, travmatik lezyonlar ve yabancı cisim reaksiyonu olarak sınıflanır (Armitage 1999).

Gingivitis tablosunun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen mikroorganizmalar incelendiğinde ise gram pozitif fakültatif ve gram negatif anaerobik bakteriler yaklaşık olarak aynı oranlarda görülmüştür. Gram (+) bakteriler arasında *Streptococcus sanguinis (S.sanguinis), Streptococcus mitis (S.mitis), Actinomyces viscosus (A.viscosus), Actinomyces naeslundi (A.naeslundi)* ve

Peptostreptococcus micros (P.micros); gram (-) bakteriler arasında ise *Fusobacterium nucleatum (F.nucleatum), Prevotella intermedia (P.intermedia), Veillonella parvula (V.parvula), Haemaphilus ve Campylobacter türleri* bulunmaktadır (Slots 1979). Gingivitis tedavi edilmediği durumda olduğu gibi kalabileceği gibi zamanla konak faktörlerine bağlı olarak ilerleyip periodontitise de dönüşebilir (Needleman ve ark 2005).

1.1.2. Periodontitis

Periodontitis, patolojik periodontal ataçman kaybı ve kemik kaybı ile beraber geniş bir mikrobiyolojik ve immünolojik belirtiler gösteren, kompleks bir terapötik müdehale gerektirebilen periodontal hastalık türüdür (Armitage ve ark 2010). Başlangıç hastalık evrelerinde düzeltilebilir olmasına rağmen, bu hastalık, diş kaybı nedenlerinin başında gelmektedir. Şu anki görüş birliği, periodontitisin etiyopatojenitesinin, periodontopatik bakterilerin ve virüslerin, doğuştan gelen ve sonradan kazanılan bağışık yanıtların, olumsuz çevresel olayların ve genetik yatkınlık faktörlerinin çok yönlü dinamik etkileşimidir (Slots 1999). Periodontitisin başlaması ve ilerlemesinde periodontopatojenlerin tek belirleyici faktör olmadığı, konağın verdiği cevabın niteliğinin de periodontal dokularda yıkım meydana gelip gelmemesinde kritik rol oynadığı gözardı edilmemelidir (Conaghan ve Brooks 1995). Epidemiyolojik çalışmalar sonucunda periodontal hastalıkların yetişkin populasyonunun yaklaşık %50-%90'ını etkilediği gösterilmiştir (Albandar ve Rams 2002). Periodontal hastalıkların gelişmesiyle beraber dişetlerinde sondlamada kanama, renk, şekil, kıvam ve yüzey özelliklerinde değişimler, derin peridontal cepler ya da dişeti çekilmesi gibi klinik bulgular ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, periodontal hastalıkların yaşam kalitesi üzerinde etkisi sadece oral kavite ile sınırlı olmayıp, sistemik durumuda etkilemektedir. Bu hastalıkların kardiovasküler hastalıklar, diyabet, pnömoni, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma da mevcuttur (Scannapieco ve ark 2003).

Kronik periodontitis

Kronik periodontitis, en sık karşılaşılan periodontitis tipidir. Genellikle ileri yaşlarda görülen, hastalık seyri yavaş olan, dişlerin yüzeyinde biriken plak ve diştaşı birikimi ile orantılı olarak yıkımın gözlendiği bir hastalıktır (Grossi ve Genco 1998). Bu hastalık, ağız içerisinde hastalığa yol açtığı alana göre lokalize ya da generalize

formda olabilir. Ağız içerisindeki tüm dişlerin %30' undan daha az diş etkilenmiş ise lokalize kronik periodontitis, %30'undan fazlası etkilenmiş ise de generalize kronik periodontitis diye tanımlanmaktadır (Armitage 1999). Ayrıca kronik periodontitis klinik ataçman kaybı miktarına göre de 3 alt gruba ayrılır. Ataçman kaybı miktarı 1-2 mm ise hafif, 3-4 mm ise orta ve 5 mm veya fazla ise şiddetli kronik periodontitis teşhisi konularak sınıflandırılır (Demmer ve Papapanou 2010).

Kronik periodontitise neden olan bakteriler mikrobiyolojik açıdan incelendiğinde *Porphyromonas gingivalis (P.gingivalis), Tannerella forsythia (T.forsythia), Campylobacter rectus (C.rectus), Eikenella corrodens (E.corrodens), Aggregatibacter actinomycetemcomitans (A.actinoycetemcomitans), Treponema denticola (T.denticola), F.nucleatum, P.intermedia ve P.micros* yüksek oranda kültüre edilmiştir (Dzink, Socransky et al. 1988).

Agresif periodontitis

Agresif periodontitis, ailesel geçiş gösteren, dental plak ve diştaşı birikimi ile doku yıkımı arasında doğru orantının olmadığı, puberte öncesi, sırası ve sonrasında ortaya çıkan, hızlı ilerleyen bir hastalıktır (Armitage 1999). Agresif periodontitis, lezyonların dağılımına göre lokalize ve generalize olmak üzere 2 gruba ayrılır (Berezow ve Darveau 2011). Lokalize agresif periodontitis, puberte öncesi, puberte dönemi veya sonrasında başlayan, enfeksiyona sebebiyet veren etkenlere karşı güçlü serum antikor cevabın görüldüğü, 1. molar ve/veya kesici dişlerde lokalize, bir tanesi 1. molar diş olmak üzere en az 2 daimi dişte ataşman ve kemik kaybının görüldüğü bir hastalıktır (Grossi ve Genco 1998, Armitage 1999). Generalize agresif periodontitis ise genellikle lokalize agresif periodontitis'ten farklı olarak enfeksiyona sebebiyet veren etkenlere karşı zayıf antikor cevabın görüldüğü, 1. molar dişler ile birlikte en az 3 daimi dişi etkileyen ataşman ve kemik kaybı ile karakterize bir hastalıktır (Armitage 1999). Bu hastalığın her iki formunda da görülen ortak özellikler, hastaların sistemik olarak sağlıklı genç hastalar olması, hızlı ataşman ve kemik kaybının görülmesi ve ailesel geçişin olmasıdır (Schenkein ve Van Dyke 1994).

Agresif periodontitise neden olan bakteriler mikrobiyolojik açıdan incelendiğinde *Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis,*

Tannerella forsythia, Eikenella corrodens, Prevotella intermedia, Campylobacter rectus ve Capnocytophaga olduğu belirtilmiştir (Tonetti ve Mombelli 1999).

Periodontal Hastalıkları Etkileyen Faktörler ve Etkenler

Periodontal hastalıklar, birçok ülkede önemli bir halk sağlığı problemidir (Güngör ve ark 1999). Periodontal hastalıkların başlamasında ve ilerlemesinde, dental plak ve konak savunma sistemi dışında, bazı risk faktörleri ve etkenlerinin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bu risk faktörleri ve etkenlerden en önemli olanları; yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, fiziksel aktivite düzeyi, stres, sigara ve alkol kullanma alışkanlığıdır (Norderyd ve ark 1999). Bunlardan sigara, risk faktörü olarak değerlendirilirken (Papapanou 1998) yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve stres ise risk etkeni olarak değerlendirilmektedir (Norderyd ve ark 1999).

I) Yaş

Yaşın periodontal hastalık için risk faktörü olduğuna ilişkin görüş farklılıkları vardır. Önceleri periodontitisin prevalans ve şiddetinin yaş ile birlikte arttığı ve yaşın, periodontal doku kaybının bir belirleyicisi olabileceği düşünülürken, günümüzde ise ileri yaşlarda periodontal hastalığın daha fazla görüldüğü düşüncesi daha fazla benimsenmektedir (Burt 1994, Armitage 1996).

II) Cinsiyet

Cinsiyetin periodontal hastalıklar için muhtemel bir risk etkeni olduğu öne sürülmektedir (Norderyd ve ark 1999). Gençlerde ve çocuklarda periodontitis prevalansı daha düşük olduğu için, cinsiyetin bu bireyler için bir risk etkeni olup olmadığı da tam olarak net değildir (Albandar ve Rams 2002). Yetişkinlerin cinsiyet açısından periodontitise yatkın olup olmadıkları değerlendirildiğinde bir farklılık ortaya konulamamıştır (Armitage 1999, Albandar ve Rams 2002). Yapılan çoğu epidemiyolojik çalışmada ise kadınların erkeklere oranla daha iyi ağız sağlığı davranışına sahip olduğu da gösterilmiştir (Reich ve Hiller 1993, Al-Hussaini ve ark 2003, Kawamura ve ark 2008, Peker ve Alkurt 2009).

III) Eğitim düzeyi

Bireyin ağız sağlığı konusunda tutum ve davranışları eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmaktadır (Nicolau ve ark 2007, Bernabé ve Marcenes 2011). Ağız sağlığı davranışları, çocukluk döneminden itibaren başlayıp yetişkinlik döneminde de devam ettiğinden dolayı küçük yaşta alınan iyi bir ağız sağlığı eğitimi önemlidir (Thomson ve ark 2004, Nicolau ve ark 2007). Bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe periodontal hastalıkların ortaya çıkma durumunun giderek azaldığı ve hekime kontrollere gitme sıklığının da arttığı bildirilmektedir (Ekanayake ve Dharmawardena 2003). Richard ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesinin önemi bir kez daha ortaya konulup, periodontal hastalık açısından önemli bir hastalık etkeni olduğunu belirtmişlerdir (Richard ve ark 2000).

IV) Sigara kullanımı

Sigara kullanımı, periodontal hastalıklar açısından ciddi bir risk faktörüdür (Tonetti 1998, Bergström 2003). Sigara, immün sistemi baskılamakta ve özellikle de nötrofil fonksiyonlarında değişiklikler sebebiyet vermektedir. Bu durum sigara kullanan bireylerde periodontal hastalığın görülme oranını arttırmaktadır (Grossi ve ark 1994, Khan 2011). Ayrıca sigara kullanan bireylerin ağız sağlıklarına yeterince önem vermedikleri ve bu durumdan dolayı da periodontal hastalığa daha yatkın oldukları görüşü de yaygındır (Işımer ve ark 1997).

V) Alkol kullanımı

Yüksek miktarda alkol alımı, kan basıncı, karaciğer sirozu, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve ağız kanserleri gibi hastalıkların görülme riskini arttırır (Kune 1993). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, aşırı alkol tüketiminin artmış periodontal hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Tezal ve ark 2001, Pitiphat ve ark 2003).

VI) Sosyo-ekonomik durum

Sosyo-ekonomik durum ile ağız sağlığı arasındaki ilişki ayrıntılı olarak araştırılmaktadır (Locker ve ark 2000, Thomson ve ark 2004). Sosyoekonomik durumu göz önüne alan çalışmalar, oral hijyen alışkanlıklarının yetersiz olması ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydanılamaması nedeniyle, düşük gelir ve

eğitim düzeyinin periodontal hastalık ve çürük insidansını etkileyebileceğini göstermiştir (Hobdell ve ark 2003, Alexandridi ve ark 2017).

Genel olarak; iyi eğitimli, refah seviyesi yüksek ve daha arzu edilen koşullarda yaşayan kişilerdeki ağız sağlığının daha iyi olduğu görülmüştür. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük insanların ağız hijyenlerinin, farkındalıklarının ve düzenli olarak diş hekimine kontrole gitme sıklıklarının az olmasından dolayı periodontal hastalık görülme sıklığı da artmaktadır (Albandar ve Tinoco 2002).

VII) Fiziksel aktivite

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktiviteler, genel sağlığı olumlu yönde etkiler ve yaşam kalitesini yükseltir (Al-Zahrani ve ark 2005). Fiziksel aktivite yetersizliği; obezite, diabet, hipertansiyon (Wendel-Vos ve ark 2004), kardiyovasküler hastalıklar (Joshi 2007), kolon kanseri ve yüksek kolesterol için bir risk olabileceği yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur (Al-Zahrani ve ark 2005). Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerin periodontal hastalık açısından daha yüksek risk altında olabileceği belirtilmiştir (Al-Zahrani ve ark 2005).

VIII) Psikososyal faktörler

Psikososyal stresin periodontal sağlığı hangi mekanizmalarla etkilediği net değildir ve davranışsal değişiklikler yoluyla periodontal sağlığı etkileyebileceği düşünülmektedir (Genco ve ark 1998). Epidemiyolojik çalışmalar stres ve depresyon altındaki kişilerde periodontal hastalığın daha yaygın ve şiddetli olduğunu ortaya koymaktadır (Aleksejunñiené ve ark 2002). Bunun nedeninin stres ve depresyon nedeniyle meydana gelen immün ve davranışsal değişikliklerin bireyin enfeksiyonlara karşı hassasiyetini arttırması veya sigara içme alışkanlığı ve kötü ağız hijyen davranışlarına sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Genco ve ark 1998).

1.2. Periodontal Farkındalık

Periodontal hastalıklar, dünya genelinde yaygın bir ağız sağlığı problemidir (Oppermann 2007). Bu hastalıklarda dişetlerinde kanama, kızarıklık, ödem gibi aslında bireyin fark edebileceği belirtiler görülebilmektedir (Brady 1984, Armitage 1999, Pihlstrom ve ark 2005). İnsanların bu belirtileri fark etmesi ile beraber sağlık

kurumlarına başvurması sonucunda hastalıkların teşhis süreci başlamaktadır. Bu süreçte hastaların bu belirtiler karşısındaki farkındalığı, kişilerin sosyokültürel seviyesine ve edindiği sağlık bilgisine bağlıdır (Noonan 2014). Bu konuda hastaların bilgi ve kaygı düzeyleri düşünülerek yapılan eğitim programları kişiselleştirildiğinde bu hastalıklara karşı farkındalık düzeyi daha da artmaktadır (Walsh 1985). Bunun içinde okul temelli ağız sağlığı eğitim programları geliştirip, bireylerin davranışlarını etkileyen, bilgi, tutum ve inançlar gibi psikolojik faktörlere odaklanabilen bir eğitim sistemine ihtiyaç vardır (Locker 1988). Okul temelli eğitim programlar dışında da periodontal hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde diş hekimlerinin kazandırdığı kişisel bakım becerileri de önemli bir yere sahiptir (Glavind 1986). Bu kişisel bakım becerilerini yüksek düzeyde sürdürmek ve başarmak için motivasyonun yanı sıra kişinin periodontal durumunu algılaması ve değerlendirmeside önemlidir (Glavind ve Attström 1979).

1.2.1. Diş Hekimlerinin Ağız Sağlığı Açıdan Farkındalığı

Günümüz dünyasında, ağız sağlığının genel sağlık üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde, koruyucu diş hekimliğinin önemi daha da ortaya çıkmaktadır (Jürgensen ve Petersen 2013). Ağız sağlığı; dişlerin, dişeti ve alveol kemiğin sağlığını bir bütün olarak tanımlar (Kinane 2001). Ağız sağlığına yönelik tutumlar, oral sağlığın durumunu belirler. Diş hekimlerinin tutum ve davranışları ise ağız sağlığı hizmetlerini sunma kapasitelerini etkileyebilmektedir (Brown 1996). Lisans eğitimi sayesinde diş hekimleri, periodonsiyum da dahil olmak üzere bütün ağızdaki yapıları etkileyen periodontal hastalıklar hakkında iyi bir periodontal farkındalığa sahip olmaktadırlar ve kendi ağız sağlıklarına yönelik tutumlarını ve davranışlarını geliştirip ve değiştirirler. Bu da hastaların ağız sağlığı konusundaki farkındalığını dolaylı olarak etkilemektedir (Kawamura ve ark 2002).

1.2.2. Periodontal Hastalıkların Farkındalığını Etkileyebilecek Faktörler

a) Periodontal hastalığın doğasını anlamak

Periodontal hastalıklar, plağa karşı ilerlemeyen kronik gingival enflamasyondan çok hızlı kemik kaybına kadar geniş bir hastalık sınıflamasına sahiptir (Johnson ve ark 1988). Bu hastalıkların doğasını anlama ile ilgili en büyük problemlerden biri ise diş hekimlerinin birçoğunun halen periodontal hastalığa karşı

tek başına mücadele etmesi ve bu alanda kendini yeterince geliştirmemesidir. Bu hastalıkların farkındalığını etkileyen bir diğer neden ise genellikle ağrı gibi şikâyetlerin olmamasıdır (Sheiham 1991).

b) Periodontal tedavi ihtiyacının değerlendirilmesini etkileyen faktörler

Sıklıkla hastalar, profesyoneller ve üçüncü şahıs olan fon sağlayıcıların tedavi için ihtiyaçlar konusunda görüşleri farklıdır. Tüm hastaların kapsamlı bir periodontal muayenesi periodontal hastalığın bir ölçüde farkındalığına katkıda bulunsa da, Gjermo (1991), bir profesyonelin hastalık ve sağlık kavramları, değer ve normlarıyla periodontal hastalıkların farkındalığı ve mevcut durumun iyileştirilmesi açısından sıklıkla değerlendirilmeye ihtiyacı olduğu sonucuna varmıştır. Bu faktörlerin yanı sıra, elde edilebilir periodontal sağlığın farkındalığı için profesyoneller bazı faktörlerden etkilenebilirler. Bunlar medikal ve teknik olanaklar, iş yükü, ödeme şekli, yardımcı personele erişim gibi benzeri faktörlerdir. Böylece, tedavinin objektif bir değerlendirmesi gerçekten mümkün değildir. Bu nedenle mükemmel tutulmuş hasta kayıtları ve pratik açıdan geçirelecek süre boyunca her türlü eğitime katılmak profesyonellerin periodontal hastalıklarla ilgili farkındalığını sürdürmede kilit unsurlardır.

c) Hasta kayıtları

Periodontal çizelgeler ve radyografiler de dâhil olmak üzere mükemmel kayıtlar olmadan, herhangi bir hastanın periodonsiyumundaki değişiklikleri izlemek zordur. İyi tasarlanmış çizelgeler ve kayıt formları, profesyonellerin düzenli aralıklarla bir hastanın periodonsiyumunu değerlendirirken geçmiş durumu hatırlatmak için ipuçları sağlar. Sonuç olarak bu kayıtlar diş hekimlerinin periodontal farkındalığını geliştirmeye yardımcı olan araçlardır. Ayrıca sevk kâğıtları da bu tür ipuçlarını verebilir (Snoad ve ark 1997).

Dental programların artan kullanımı ve bilgisayar ortamında kayıt altına alınmış hasta kayıtları profesyonellerin periodontal açıdan hastaların muayene edilmesini teşvik etmektedir ve hasta kayıtlarının kalitesinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Croxson 1993).

d) Hasta beklentileri

Artan yaşam standartları ve toplumdaki orta ve yükseköğrenim düzeyine sahip kişi oranın artması, hastaların daha talepkar olmasına neden olmaktadır. Birçok ülkede hastaların diş hekimleri de dâhil olmak üzere tüm profesyonellerin bilgi ve becerilerinden beklentileri şüphesiz artmıştır. Beklentilerin karşılanamaması halinde malpraktis adı altında davalar açılmaktadır. Periodontal sağlık açısından hastalıkların teşhis ve tedavisinde yapılan hatalardan dolayı da diş hekimlerine davalar açılmıştır. Böyle davalar diş hekimlerinin periodontal hastalıklarla ilgili farkındalıklarını korumaları ve geliştirmelerini daha fazla teşvik edebilmektedir (Strahan 1982). Bununla birlikte, diş hekimleri tarafından gerçekleştirilen herhangi bir periodontal tedavi sonrası hastalara verilen yetersiz oral hijyen eğitimi uzun vadede muhtemelen tedavinin başarısını olumsuz etkileyeceği düşünülerek hasta beklentilerini karşılayabilecek daha bilinçli eğitim programları verilmeye çalışılmaktadır (Glavind 1990).

e) Ulusal ağız sağlığı araştırmaları ve stratejileri

Ulusal hükümetler, periodontal hastalıklar da dâhil olmak üzere çok çeşitli diş konularında araştırma yapabilirler. Ağız sağlığı hakkındaki araştırma metodlarından biri de anketlerdir. Bu anketler gelecekteki olası tedavi ihtiyaçlarının ve epidemiyolojik eğilimlerin bir göstergesidir. Ulusal bir ağız sağlığı stratejisi olarak anketler diş hekimi profesyonellerinin ağız sağlığı konusunda ki ihtiyaçların farkındalığının gelişmesine yardımcı olabilirler. Bu tür ulusal stratejiler ve hedefler, mesleğe bir uyaran sağlar ve periodontal hastalıkların tedavisi ve önlenmesi dâhil olmak üzere hedefleri olan tüm alanlarda farkındalığı arttırır (Eaton 1998).

1.3. Salutojenik Yaklaşım

"Salus" ve "genesis" kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşan salutogenez, kelime olarak "sağlığın ortaya çıkışı" ya da "sağlığın kökeni" anlamına gelir (Wermke ve ark 2006). Salutogenesiz, 1979 yılında ortaya çıkmış, sosyolojik bir fikirdir. Tıbbi sosyolog Antonovsky'nın, bilim dünyasını salutogenez kavramıyla tanıştırmasının üzerinden yaklaşık yarım asır geçmiştir (Antonovsky 1991, 1997). Aaron Antonovsky, Nazi toplama kamplarından kurtulanlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, bu kişilerden bir kısmının oldukça sağlıklı olduğunu ve yaşadıkları korkunç deneyimlerin

üstesinden rahatlıkla gelebildikleri sonucuna vardı ve salutogenetik teorinin temelini oluşturmuş oldu (Antonovsky 1979, 1987).

Antonovsky'nin modelinde insanların sağlıklı veya sağlıksız olarak nitelendirilmelerinden ziyade sağlıklı ya da sağlıksız olmanın bir derece sorunu olduğunu ve bir eksende var olan doğrunun bir boyutunda sağlıklılığın diğer boyutunda da sağlıksızlığın olduğunu açıklamaktadır (Antonovsky 1987). Antonovsky, salutogenez olarak isimlendirdiği modelini geliştirirken klasik bir yaklaşım olan "sağlık" veya "hastalık" kavramlarını kullanmak yerine, kişinin kendi sağlığını oluşturabilme kapasitesine ve sağlığını güçlendirmesine yarayan çevresindeki mevcut kaynaklara odaklanmayı tercih eder (Antonovsky 1991, 1997). Salutogenezin gelişimindeki bu anahtar ögeler iki aşamalıdır. Sağlıkla ilgili herhangi bir problem ortaya çıktığında bu modele göre ilk aşamada problemin çözümüne, ikinci aşamada ise kişinin probleminin çözümü için kendisinde veya çevresinde var olan mevcut kaynakları kullanmaya yöneltmiştir (Antonovsky 1991, Eriksson ve Lindström 2006).

Salutojenik yaklaşım, bireyin uyum gösterebilme yeteneğini ve zorluklar karşısında daha iyi mücadele edebildiklerini ve iyi hallerini nasıl koruyabildiklerini açıklamaya çalışmaktadır. Güçlü tutarlık duygusuna sahip kişiler karşılaştıkları zorluklarla mücadele edebilme konusunda kendilerine güvenirler (Antonovsky 1979).

"Antonovsky'nin modeline göre insanın günlük olaylarla başa çıkmak için kullandığı stratejilerin, bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Antonovsky, bu olumsuz yaşamsal durumları, biyolojik (virüsler ve bakteriler), kimyasal (zehirli maddeler) ve psikososyal etmenler (sevilen birinin kaybı veya bireyin çevresi ve kendisiyle alakalı beklentilerin yüksek olması gibi) olarak üçe ayırır. Modelde tüm bu etmenler stresör olarak adlandırılır. Günlük yaşamda gerilim yaratan bu stresörler, bireyde belirli duyguların ortaya çıkmasında ve fiziksel reaksiyonlarda kendini gösterir. Bireyin stres yaratan duruma karşı geliştirdiği duygu spektrumu öfke ve kızgınlıktan sevince, yas sürecinden kabullenmeye kadar oldukça geniştir. Olaya tepki olarak ortaya çıkan duyguların sağlığa etkisi, gösterilecek olan reaksiyonla ilgilidir" (Bag 2017).

1.3.1. Patogenez-Salutogenez

Modelle ilgili açıklamalarda oldukça sık kullanılan patogenez (pathogenese), Yunanca bir terimdir. Terim "pathos" (acı) ve "genesis" (köken) kavramlarının birleşiminden oluşur (Bag 2017). Bu terim, hastalığın ortaya çıkışı ve gelişimiyle ilgili tüm süreçleri kapsar. Patogenez hastalığın doğuşu ve oluşumu, salutogenez ise sağlığın doğuşu ve oluşumu anlamına gelir (KOPTAGEL-İLAL).

Hastalıkları patogenetik açıdan ele aldığımızda, ister istemez, insanları belirti ve semptomlara göre kategorize edip, hastalıkların nedenlerini bu açıdan değerlendirerek tedavi etmeye çalışırız. Hâlbuki sağlık oluşturma veya sağlığı geliştirme manasındaki salutogenez kavramından yola çıkarsak, öncelikle sağlığın nasıl oluştuğunu kavramaya çalışıp, araştırmaya koyulursak, bu bizi sağlık bilimlerinde çok daha yararlı bir sonuca ulaştırabilir. Patogenetik yaklaşımın aksine, Salutogenetik yönelimde, sağlığın kaynağını ararken, insanların neden hastalanmış olduklarını değil, nasıl sağlıklı kalabildiklerini, yaşam halkasının hastalık/sağlık sürekliliğinde, bu halkanın olumlu ucuna, yani sağlık kutbuna daha yakında olmayı nasıl başardıklarını sorup araştırırız.

1.3.2. Hekim-Hasta İlişkisinde Salutogenetik Tutum

Yaşam süreci boyunca hekim-hasta ilişkilerinde salutogenetik tutumun rolü büyüktür. Patogenetik yaklaşımla eğitilen hekimler, öncelikle hastalığın hangi kategoriye uygun olduğunu belirleyip, hastalığı o kategoriye koyma nedenlerini ortaya koyduktan sonra hangi tedavi seçeneğinin benimsenmesi gerektiği konusunda yoğunlaşma eğilimindedirler. Bu durum insanın çok boyutlu özellikleriyle tanınma olasılığını riske atmaktadır. Bu da hekimlerin dikkatlerini sağlık sorunu olan hastaya değil de var olan hastalığın patolojisi üzerine çevirmiştir (Antonovsky 1997).

Hastayı Salutogenik açıdan değerlendiren hekim, hastadaki semptomlara yönelmek yerine hastayı bir bütün olarak ele alıp, öncelikle onun "iyi" olmadığını farkeder ve neden "iyi" olmadığı konusunda araştırmalarda bulunur. Hekim, salutogenetik yaklaşımıyla, hastanın kendisinde var olan özgüçlerini tanıyıp, bu özgüçleri harekete geçirmeyi hedefler. Bunun sonucunda sadece hastalığın belirtilerini ortadan kaldırmış olmayacak, aynı zamanda hastayı "iyi" etmeyi sağlayacak, daha

doğrusu koşulların elverdiği ölçüde hastanın kendi kendini "iyi" etmesine katkı sağlamış olacaktır (KOPTAGEL-İLAL, Eriksson ve Lindström 2006).

Hekim-hasta karşılaşmasındaki ilişkinin olumlu ve olumsuz türlerine sık sık rastlanılmaktadır. Olumlu ilişkide, bütünlük duygusunun ilk sahnesi sergilenir. Karşılıklı bilişim, anlam verme ve edimleme, yani ele alıp başetme eylemlerinin başlangıç adımı atılmış olur. Hekim, hasta karşısında duyduğu yabancılık duygusunun ve bunun yarattığı stresin üstesinden gelirken, hastanın tutarlılık duygusunu kazanması için gerekli güçlerini tanıyıp bunları ona da tanıtmaya ve durumu içinde verimli kullanmasını sağlamaya yönelik bir tutuma girecektir. İşte o zaman, izlediği yol ve yönelimi salutogenik, yani sağlığa ya da başka türlü söylersek, sağaltıma yönelik olacaktır. Burada ilke, hastayı bir bütün olarak ele almak, onu yalnızca organik nitelikleriyle, organik bozukluğu, organik savunma gücü ile değil, psikolojik ve sosyal olanakları, gücü ve savunma araçlarıyla tanıyıp, bu güçlerini sağlıklı olma yönünde harekete geçirmesine yardımcı olmaktır (KOPTAGEL-İLAL).

Salutogenez'de ilk adım, hekim ile hasta arasında olumlu ilişkinin kurulması olmakla birlikte, bunu gerçekleştirecek ikinci adım da hekimler arasında iletişimin, olumlu etkileşimin ve işbirliğinin geliştirilmesidir.

1.3.3. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu

Bütünlük duygusunun (SOC) tanımı

İnsan, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birbirleriyle etkileşim ve iletişim içerisinde bulunan bir organizmadır. Bu sistemik yapının işlerliğinde uyumluluk veya ortaya çıkan uyumsuzluk durumunda sistemde ilerleme ve gelişmeler ortaya çıkabileceği gibi sistemi yavaşlatan, gerileten ya da bozan sonuçlar da ortaya çıkabilir (KOPTAGEL-İLAL). Bütüncül açıdan değerlendirdiğimizde, "bütün, onu oluşturan parçaların toplamından daha fazla şey ifade eden bir kimliğe sahiptir" ilkesine göre ilişkinin verimini ve olumlu ya da olumsuz yöndeki üreticiliğini gösteren, o ilişkinin bütünsel yapısıdır. Bütünlük duygusu kavramı burada önemli rol oynamaktadır. Bu kavram dikkati insanda bunu sağlayan güçlere yöneltmektedir ve bu güçler kendisini "bilişsel", "edimsel" ve "duygusal" olarak gösterir (Antonovsky 1979).

Antonovsky (1979, 1987) tarafından ilk kez dile getirilen bütünlük duygusu (Sense of Coherence) kavramı, bireylerde hastalığın sebeplerini açıklamaktan çok sağlığın kaynaklarını keşfetmeye odaklanmıştır. Bu kavram, bireyin hayata ve dünyaya yönelik bir nevi duruşunu açıklamaktadır.

Kişinin yaşam oryantasyonu olarak bütünlük duygusu üç bileşende tanımlanır (Bag 2017):

a) Anlaşılabilirlik

Anlaşılabilirlik, bütünlük duygusunun kavrama ile ilgili bileşenidir (Lindström ve Eriksson 2005). Yüksek anlaşılabilirlik duygusuna sahip bir birey, bilgi ve uyarıları düzenli, tutarlı ve öngörülebillir şekilde kavrar. Ölüm gibi travmatik yaşam olayları meydana geldiğinde ise bu birey durumu sağduyu içerisinde kavramaya daha muktedir olabilir (Antonovsky 1987).

b) Yönetilebilirlik

Yönetilebilirlik, bütünlük duygusunun davranışsal bileşenidir (Lindström ve Eriksson 2005). Yüksek yönetilebilirlik duygusuna sahip bir birey, hayatta karşılaştığı haksız olaylara kendini kurban etmez ve onlarla baş eder (Antonovsky 1987).

c) Anlamlılık

Anlamlılık, bütünlük duygusunun motivasyonel bileşenidir (Lindström ve Eriksson 2005). Yüksek anlamlılık duygusuna sahip bir birey, yaşamı duygusal anlamda hisseder ve bundan dolayı da önemli düzeyde enerjiklik ve bağlılık gösterir (Antonovsky 1987). Morrison ve Clift (2006)' e göre insan sadece anlam duygusu ile mutsuz deneyimlerin üstesinde gelemez, fakat bunları zorluk olarak tecrübe eder, bunların anlamını araştırmak için kararlılık gösterir ve hassasiyetle üstesinden gelmek için elinde geleni yapar.

Bu üç bileşen, anlayabilme, yönetebilme ve anlam verebilme, "bütünlük duygusunu" meydana getirir. Yani, kişinin tutarlılık duygusu oluşturabilmesi ve durumuna uyum sağlayabilmesi için durumunun ne olduğunu anlaması, bu durumla nasıl başedebileceğini kararlaştırması ve içinde bulunduğu duruma bir anlam verebilmesi önemli olmaktadır. Bunun sonucunda kişi, kendi gücünü, .iç ve dış

ortamında olup bitenlerin ne olduğu veya ne olabileceklerini doğru kestirip, duygu ve davranışlarını ona göre hazırlayarak, daha güven içinde yaşayabilir (Bag 2017).

Bütünlük duygusunun (SOC) gelişimi

Bütünlük duygusu kavramı çocukluktan itibaren gelişmeye başlamakta olup ergenlik döneminde ana hatlarıyla şekillenip ergenlik sonrası ise bütünlük duygusu üzerinde çok küçük değişiklikler olabilmektedir (Benz ve ark 2014). Ergenlik döneminde yaşam deneyimlerini algılama biçimlerine göre bu tutarlılık duygusu kişide güçlenmekte ya da zayıflamaktadır (Antonovsky 1979, 1987). Çocukluk ve ergenlik döneminde geçici olarak güçlü bir SOC elde edilebilir. Bunun, sağlık durumu ve stres etkenleri ile başa çıkma konusunda kısa süreliğine kullanışlı olabileceği öngörülebilir. Yetişkinlik dönemine geçişte, görev ve sorumluluklar açısından, çocukluk ve ergenlik dönemindeki deneyimler taşınır ya da tam tersi meydana gelir (Antonovsky 1987). SOC'un tam olarak otuz yaşında geliştiği farzedilmektedir ve sonraki süreçte de SOC düzeyinde küçük değişiklikler olabileceği vurgulanmaktadır (Antonovsky 1987).

Bütünlük duygusunun (SOC) ölçümü

Hayata Yöneliş Anketi, bütünlük duygusunu ölçmek için kültürlerarası bir araç olarak geliştirildi. Antonovsky ölçeğini yaşamları için kaçınılmaz büyük sonuçları olan ciddi travma geçirmiş 51 kişiyle yapılan yoğun görüşmeler sonrasında geliştirdi. Güçlü ya da zayıf bir tutarlılık anlayışı bulunan katılımcıların kullandığı kelimeler ve cümleler kullanılarak bir yanıt profili hazırladı. Sonrasında, oluşturulan her maddenin SOC öğelerinden (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik, anlamlılık) birini içermesi için teorik olarak rehberli bir seçim yapıldı (Feldt 2002).

Hayata Yöneliş Anketi genel olarak 29 veya 13 madde olmak üzere iki biçimde kullanılmaktadır. Anketin katılımcılarından, bağlama cümlelerine göre 7 puanlı bir semantik farklılık üzerinden yanıt seçmeleri istenir. 29 maddeden oluşan formu sekiz yönetilebilirlik, on bir anlaşılabilirlik ve on anlamlılık öğesinden oluşur. Zaman veya mekân sınırlaması durumunda 13 maddelik form önerilir. Bu form, dört anlamlılık, beş anlaşılabilirlik ve dört yönetilebilirlik öğesi içerir (Antonovsky 1987).

29 maddelik anketin geçerliliği çeşitli çalışmalarda desteklenmiştir. Yaşamaya Yöneliş Ölçeği'ndeki skorlar ile değişik sağlık ve refah ölçekleri skorları arasında

güçlü pozitif ilişkiler tespit edilmiştir (Langius ve Björvell 1993, Carstens ve Spangenberg 1997, Söderberg ve ark 1997). 29 madde ölçeğinin puanı da algılanan kaynaklarla (Kalimo ve Vuori 1991), kontrol odağı, sağlamlık, benlik saygısı ve sağlık davranışları gibi diğer psikososyal teoriler ile pozitif ilişkilidir (Williams 1990, Kravetz ve ark 1993, Gallagher ve ark 1994).

13 madde ölçeğinin geçerlilik eğilimi de benzerdir. 13 madde ölçeğinin puanı, çeşitli sağlık ve refah ölçekleri ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (Antonovsky 1993, Klang ve ark 1996, Steiner ve ark 1996, Kivimäki ve ark 1998). Eriksson ve Lindström (2006), ölçeğin Türkçenin de içinde yer aldığı 33 dile çevrildiğini belirlemişlerdir. 13 maddelik ölçeğin 1., 4., 7. ve12. maddeleri; Anlamlılık, 2., 6., 8., 9. ve 11. maddeleri; Anlaşılabilirlik ve 3.,5.,10. ve 13. maddeleri ise Yönetilebilirlik bileşenleri ile ilgilidir.

Genel olarak, bu çalışmaların sonuçları ölçeğin güvenilirliği (Cronbach alpha) ve geçerliliğini desteklemektedir. 29 maddelik versiyonun Cronbach alfaları 0,85 ile 0,95 arasındadır (Antonovsky 1993, Bishop 1993, Frenz ve ark 1993, Söderberg ve ark 1997). 13 maddelik versiyonun Cronbach alfa'ları da 0,74 ile 0,91 arasında değişen yükseklik arzetmiştir (Antonovsky 1993, Steiner ve ark 1996, Brooks 1998, Kivimäki ve ark 1998).

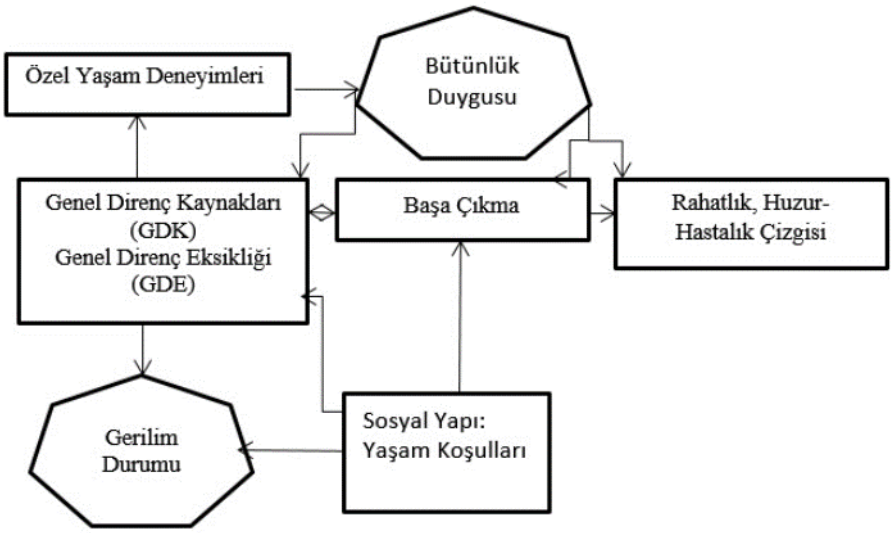
Ölçek, yetişkinler için geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçekteki en iyi sonuç ortalama bir puana erişimle sağlanır. Ölçekte en yüksek puana erişilmesi, söz konusu katılımcının yaşamında gerçekleşen tüm olayların öngörülebilir olduğu ve bu nedenle gerçeğe uyumsuzluğun oldukça az olduğu anlamına gelir (Köppel 2010).

Bütünlük duygusu (SOC) ve ilişkili diğer kavramlar

"Modele göre sağlık-hastalık ekseninde stresörlerin (strese neden olan faktörler) oluşturdukları gerilime karşı bireyin başa çıkma mekanizmalarını devreye sokması, kişinin hasta olmasına ya da söz konusu durumun ortadan kaldırılması sonucu sağlıklı olmasına neden olur. Bu özelliği bütünlük duygusunun oluşmasında, sağlık ve hastalık ekseninde toplumsal olarak biçimlendirilmiş yaşam koşullarının önemini artırır. Diğer yandan stresörler bireydeki mevcut kaynaklarla ilişkili olarak nötr bir işlev de görebilir. Mevcut gerilimle mücadele bireyde var olan genel direnç

kaynaklarına ve bu kaynakların bu durumda kullanılıp kullanılmayacağına bağlıdır" (Bag 2017).

Literatürde, Bütünlük Duygusu (SOC) kavramı ve bununla ilişkili kavramlar olan genel direnç kaynakları, sağlamlık ve öz yeterlilik ile alakalı geniş çaplı araştırmalar yapılmaktadır. Genel direnç kayrakları kavramı (GRRs), Antonosky'ın salutagen teorisinin kaçınılmaz bir parçasıdır. GRRs insan hayatındaki biyolojik ve psikolojik faktörleri içine almaktadır. Antonovsky bireylerin, "Genelleştirilmiş direniş kaynakları"nı stresi yönetmek ve hergün karşılaştıkları çevresel olayların patojenik etkilerinin ve aşırı taleplerin üstesinden gelmek için hareketlendirdiğini doğru varsayar (Almedom 2005). Koelen ve Lindström (2005), bu çalışmaların tutarlı ve anlaşılır olduğunu, ayrıca insanların kendi yaşamlarını algılamak için onlara yardım ettiğini söylemektedir. Onlar malzeme (para), kültürel istikrar, sihir, din / felsefe (istikrarlı bir cevap kümesi) önleyici sağlık, ego kimliği, bilgi, istihbarat, başa çıkma stratejisi (rasyonel, esnek, uzak görüşlü), sosyal destek, taahhüt (devamlılık, bütünleşme, kontrol) oryantasyon ego kişilik gibi kaynakları listeler. Lindström ve Eriksson (2005)' a göre GRR'ler, kapasitelerine bağlı oranda insanlarda bulunabilir.



Şekil 1.1. Salutogenez modeli (Bag 2017)

"Modelde yer alan genelleştirilmiş direnç kaynaklarından, yaşam deneyimlerine ulaşılarak, bütünlük duygusu geliştirilip desteklenirken, "genelleştirilmiş direnç eksikliğinde" zayıf bir bütünlük (tutarlılık) duygusu ortaya çıkabilir. Güçlü bütünlük duygusu için ön koşul, stresörün oluşturduğu gerilime yönelik uygun genelleştirilmiş direnç kaynaklarının aktive edilmesidir. Bu durum

kişinin sağlığını olumlu olarak etkileyerek sağlık ve hastalık ekseninde kişinin yaşamını hem bireysel sağlık davranışlarını açıklayabileceği gibi hem de organizmayı doğrudan fizyolojik olarak etkileyerek kişinin sağlıklı veya hastalıklı olma durumunda belirleyici rolü üstlenebilir. Bir yetişkinin otuz yaşından itibaren kişilik gelişimini tamamladığını varsayan Antonovsky, söz konusu zaman dilimine kadar yaşamda edinilmiş deneyimlerin sonradan yaşanacak sosyal deneyimlerin algılanmasında etkili olduğunu belirtir ve bu durumun bütünlük duygusuna etkisinden söz eder" (Bag 2017).

Antonovsky'ın yazdıkları yaşam durumlarını şekillendirmede kültürün rolüne, stres etkenlerinde ve kaynaklarında yükselişe neden olurken, yaşam deneyimlerine öngörülebilir katkıda bulunmayı, denge ve anlamlı rollerde, bütünlük duygusunun gelişimini kolaylaştırmak ve sağlık ve esenlik algılarını şekillendirmeyi içeriyordu (Braun-Lewensohn ve Sagy 2011).

Morrison ve Clift (2006), SOC ve GRRs arasındaki ilişkiyi gösteren iki yol olduğunu söylemektedir. İlk yola göre GRRs, güçlü bir SOC'un gelişimini destekleyen hayat tecrübeleri olarak görülmektedir. Dolayısıyla, kişinin GRRs'leri ne kadar fazlaysa, onun geliştirdiği SOC da o kadar iyi olur. İlişkinin ikinci yolunda ise, SOC'un gerektiğinde bu GRRs'leri kullanma kabiliyetinin olduğu ve GRR'ler ile SOC arasındaki ilişkinin dinamik ve sinerjik olduğu belirtilmektedir. Öte yandan, Koelen ve Lindström (2005), salutojenik görüşte GRRs'lerin ve SOC'un önemini karşılaştırmışlar ve tutarlılık duygusunu kullanma yeteneğinin kaynakların kendisinden daha önemli olduğunu tesbit etmişlerdir.

Tutarlılık duygusuna benzer diğer salutogenik kavramlar söz konusu olduğunda Kobasa'nın "sert kişilik" (kontrol, taahhüt ve mücadele) kavramı ile SOC (anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılıktan), çok benzer içeriklerle neredeyse aynı bileşenleri içerir (Geyer 1997).

Bütünlük duygusu ve sağlık arasındaki ilişki

a) Bütünlük duygusunun sağlığı geliştirici mekanizmaları

Orijinal teoriye göre SOC, sağlık durumuna üç farklı yolla katkıda bulunur:

Birinci yol, bir bireyin karşılaştığı uyarıcıların anlaşılabilir, öngörülebilir ve anlamlı olduğunu varsayan fizyolojik sağlık bakım yöntemidir; amaç homeostaziyi

korumak için diğer organlara komutlar vermek üzere beyni aktive etmektir (Antonovsky 1987).

İkinci yol, SOC'un işlev görebileceği sağlığı teşvik edici davranışların seçilmesidir. Güçlü bir SOC'a sahip bir bireyin, uyarılarla baş edebilme yeteneğini olumsuz olarak etkileyebilecek stres faktörlerinden kaçınması gerekir.

Üçüncü yol, stres faktörleriyle başarılı bir şekilde baş etmektir.

Antonovsky'ye göre, değerlendirmenin ilk aşamasında bir uyarıcı bir stres yaratıcı olarak tanımlanır. Değerlendirmenin ikinci aşamasında, güçlü bir SOC'a sahip bir kişi, karşılaştığı stres faktörüne meydan okur. Değerlendirmenin üçüncü aşamasında ise, güçlü bir SOC'a sahip olan kişi, bir sorunun doğasını kavrayabilir ve onunla karşılaşmaya heveslidir.

Dördüncü aşama, yeniden değerlendirmedir. Bu aşamada, güçlü bir SOC'a sahip olan kişi, geri bildirime ve düzeltme olasılığına açıktır (Antonovsky 1979, Antonovsky 1987).

b) Bütünlük duygusu ve sağlık davranışları

SOC, birçok sağlık davranışı ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivitenin, SOC'un gücü ile ilişkili olduğu bulunmuştur, ancak sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile SOC arasında bir ilişki bulunamamıştır (Kuuppelomäki ve Utriainen 2003). Bir başka çalışmada ise SOC'un beslenme alışkanlıklarıyla anlamlı şekilde korelasyon gösterdiği, ancak egzersiz, sigara ve alkol tüketimi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Larsson ve Kallenberg 1996). Hassmen ve ark. (2000) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, yüksek SOC'un, haftada en az iki kez fiziksel aktivite yapan kişiler arasında daha yüksek bulunmuştur. SOC ile sigara kullanma davranışı arasındaki ilişki ise halen belirsizdir.

c) Bütünlük duygusu ve sağlık

SOC, psiko-sosyal bir faktördür ve bireyin sağlık durumunu etkileyebileceği düşünülmektedir (Ing ve Reutter 2003). Bu kavram, çocukluk faktörlerinin yetişkin sağlığı üzerindeki etkisine de aracılık etmektedir (Lundberg 1997). Fakat sağlığın

gelişimi üzerine önemli katkısı bulunmasına karşın sağlığın oluşumunu da tek başına açıklayamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Eriksson ve Lindström 2006).

Sağlık, SOC düzeyinin korunması ve geliştirilmesinden sorumlu kaynaklardan biridir (Antonovsky 1987). Yapılan çalışmalarda güçlü bir SOC seviyesinin yüksek derecede sağlık ve refah düzeyi ile ilişkili olduğu göstermiştir (Kalimo ve Vuori 1990, Ryland ve Greenfield 1991, Nilsson ve ark 2000, Suominen ve ark 2005). Literatürde SOC ile birçok hastalık arasında ilişki olduğu da çalışmalarda ortaya konulmuştur (Agardh ve ark 2003).

I) Bütünlük duygusu ve psikolojik sağlık

Literatürde SOC ve zihinsel sağlık arasındaki ilişkinin iki yönlü olabileceği ileri sürülmektedir (Geyer 1997). Bazı çalışmalar kötü zihinsel sağlık durumunun daha düşük SOC düzeyleri ile sonuçlanabileceğini iddia ederken, literatürlerin çoğu SOC'un bir öngördürücü olarak kişilerin zihinsel sağlıklarını belirlediğini savunur.

SOC'un, insanların yaşamda karşılaştıkları travmatik deneyimlerle baş edebilmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (Frommberger ve ark 1999). Yüksek bir SOC'a sahip bireylerin, adaptif baş etme stratejilerini daha fazla kullandığı ve uyarlamasız stratejilere daha az bağımlı oldukları bildirilmiştir (Armitage 2000, Boscaglia ve M Clarke 2007).

II) Bütünlük duygusu ve fiziksel aktiviteler

SOC, sağlığın açıklanmasında ana denetleyici ve arabulucu rol oynamaktadır (Eriksson ve Lindström 2006). Read ve ark. (2005), SOC'un insan sağlığını üç farklı kanal aracılığıyla etkilediğini söylediler. İlk olarak, yüksek SOC'a sahip insanlar, daha sağlıklı başa çıkma stratejilerine sahip olduklarından stresin kötü etkilerinden daha az etkilenirler. İkincisi, fizyolojik olarak, yüksek SOC'a sahip insanlar, stresli durumlar karşısında vücudun homeostazisini sürdürebilme eğilimindedirler. Üçüncü olarak ise, yüksek SOC'a sahip insanlar egzersiz gibi sağlığı teşvik edici davranışlarla daha fazla ilgilenme eğilimindedirler.

III) Bütünlük duygusu ve ağız sağlığı davranışları

Diş hekimi ziyareti

Diş hekimi ziyareti, literatürde çeşitli şekillerde tanımlanır (Richards ve Cohen Lois 1971). Diş hekimine gitme sıklığı genel olarak kategorilendirecek olursa bunlar; düzenli diş hekimine gidenler, ara sıra kontrole gidenler ve sadece problem ortaya çıkınca gidenlerdir. Bu kategoriler 1968 yılında yapılan ulusal bir diş hekimliği araştırmasında ortaya konulmuş olup halen kullanılmaktadır (Gray ve ark 1970).

Genel olarak, düzenli diş hekimine gidenlerin oranı yıllar içinde artmaktadır (Nuttall ve ark 2001). 1978 ile 1997 yılları arasındaki dönemde, Finlandiya'da yapılan bir çalışmada diş sağlığı hizmetlerinden yararlananların oranının % 53'den % 64'e yükseldiği görülmüştür (Kronström ve ark 2002). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1983 yılında düzenli diş hekimine giden kişilerin oranı % 55 iken, 1989 yılında bu oran % 58 olduğu görülmüştür (Statistics ve Research 1991). Kanada'da yıllık diş hekimi ziyaretleri için benzer yüzdeler gözlemlenmiştir (Brodeur ve ark 1990). Danimarka'da, düzenli diş hekimine gidenlerin oranı, 1975-1990 yılları arasındaki 15 yıllık dönemde % 56'dan % 76'ya yükselmiştir (Schwartz 1991). Birleşik Krallık'ta, yüksek sosyal sınıfa mensup kişilerin % 70'i düzenli olarak diş hekimine gittiğini belirtirken bu oran düşük sosyal sınıftaki kişiler arasında sadece % 27'dir (Ritchie ve ark 1981). İngiltere'de 1978 yılı ve takip eden beş yıl boyunca yetişkinlere uygulanan diş sağlığı anketlerinde katılımcıların yalnızca % 31'inin yılda bir ya da iki kez diş hekimine kontrole gittiği belirlenmiştir (Eddie 1984).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma, yaş ve cinsiyetin diş hizmetlerinden yararlanmada eğitim ve gelir düzeyi gibi faktörlerden daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (Reisine 1987). Östberg ve ark. (1999), son 1 yılda diş hekimine gitmeme oranının, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip dişsiz kişiler, evli olmayanlar, kırsal alanda yaşayanlar insanlar, sigara kullananlar ve düşük sosyal ve fiziksel aktivite sahipleri arasında yüksek olduğunu bildirmiştir.

Danimarka'da yapılan bir araştırmada, 25-44 yaş arası 749 Danimarkalı muayene edilmiş ve yapılan düzenli diş hekimi ziyaretlerine gidenlerin oranının % 86 olduğu görülmüştür. Bu ziyaretlerin, eğitim, gelir düzeyi, vardiyalı çalışma, cinsiyet ve diş sağlığının öz değerlendirmesi gibi faktörlerden etkilendiği bildirilmiştir. Diş

fırçalama alışkanlığının ise şehirleşme, cinsiyet, eğitim, ailedeki çocuk sayısı ve diş sağlığının öz değerlendirmesi gibi faktörlerden etkilendiği görülmüştür (Petersen 1986).

Japon ve Finlandiyalı diş hekimliği öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, Finlandiyalı öğrencilerin sadece % 2'si, diş ağrısı çekene kadar diş hekimine gitmeyi erteleditklerini bildirmiş, Japon öğrenciler de bu oranın % 56 olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, Finlandiyalı diş hekimliği öğrencileri okula girdikleri ilk yıllarda diş sağlığı konusunda daha çok bilinçlendirilmiştir (Kawamura ve ark 2001).

Diş fırçalama sıklığı

Diş fırçalama, ağız hijyeninin muhafaza edilmesi ve diş hastalıklarının önlenmesi için kullanılan ağız bakım yöntemidir. Düzenli olarak diş fırçalamak, diş plağı ve diş eti iltihabını azaltmanın basit ve etkili bir yoludur (Sheiham 1970). Diş fırçalama sıklığı açısından en çok kabul gören, günde iki kez diş fırçalamaktır (Sheiham 1977).

1.4. Ağız Sağlığı

Ağız sağlığı, bireyin genel sağlığının korunmasında ve idamesinde bütünün ayrılmaz bir parçası olarak önemli bir role sahiptir (Allen 2003). Bu rol, başta bireylerin yemelerini, konuşmalarını, yaşam kalitelerini ve refah seviyelerini değiştirerek genel sağlıklarını etkilemektedir (Petersen 2003).

Ağız sağlığı; diş çürüğü, periodontal hastalıklar ve ağız kanserleri olmak üzere üç temel hastalık grubunu kapsar. Bu hastalıkların bireyler ve toplumlar üzerinde ağrı, fonksiyon kayıpları ve yaşam kalitesinin düşürülmesi gibi kayda değer etkisi vardır (Petersen 2008).

Ağız hastalıkları, kronik hastalıkların en yaygın olanıdır. Bu hastalıkların tedavi giderleri, bireyler ve toplumlar üzerindeki etkileri ve prevalansı düşünüldüğünde önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Yazıcıoğlu 2006). Ayrıca, tedavi maliyeti açısından ağız hastalığı en pahalı dördüncü hastalıktır.

1.4.1. Diş hekimliği öğrencilerinin ağız sağlığı durumu

Diş hekimliği öğrencilerinin ağız sağlığı açısından durumları değerlendirildiğinde alınan eğitimin kalitesi önemlidir (Cortes ve ark 2002). Bu eğitim sürecinde öğrencilerin ağız sağlığı hakkındaki tutum ve davranışları, diş hekimliği eğitiminin dördüncü ve beşinci yıllarında önemli ölçüde geliştiği görülmektedir (Polychronopoulou ve ark 2002). Cortes ve ark. (2002)'nın yaptıkları çalışmada genel olarak diş hekimliği öğrencilerinin, iyi bir oral sağlık tutumunu sürdürülebilmesi konusunda motive olduğu tespit edilmiştir. Polychronopoulou ve ark. (2002)' nın yaptıkları çalışmada da diş hekimliğinde preklinik ve klinikteki öğrenciler arasında ağız sağlığı hakkındaki tutum ve davranışlarında farklılılar tesbit etmişlerdir (Kawamura ve ark 2000, Kawamura ve ark 2001).

Cinsiyet açısından diş hekimliği öğrencilerini değerlendirdiğimizde kız öğrencilerin daha iyi ağız sağlığı tutum ve davranışlarına sahip oldukları görülmüştür (Östberg ve ark 1999). Nanakorn ve ark. (1999) ile Kassak ve ark. (2001) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda ise kadınların erkeklere göre diş fırçalama alışkanlıklarının dahi iyi olduğunu bulmuşlardır. Al-Omari ve Hamasha (2005)'nın yaptıkları çalışmada da diş hekimliği öğrencileri arasında kadınların erkeklere göre ağız sağlığı konusunda tutum ve davranışları daha pozitif görülmüştür.

1.4.2. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi

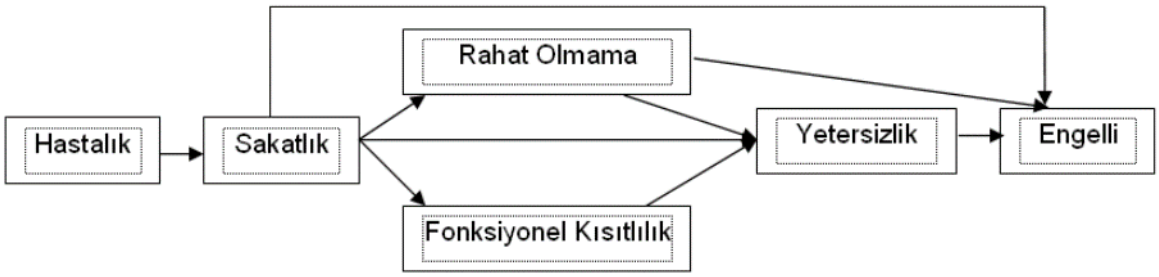
Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu durumu gösteren kültürel ve değerler sistemi içindeki algısıdır (Group 1995). Bir başka deyişle, kişinin fiziksel hali, sosyal ilişkileri, psikolojik durumuyla ilişkili bir kavramdır (Group 1994). Locker, yaşam kalitesinin hem kişinin karakteristik özellikleri hem de tıbbi olmayan faktörler tarafından belirlendiğini düşünerek sağlıktan çok daha geniş bir kavram olarak belirtmektedir (Locker 1997).

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (John ve ark 2004). Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin subjektif değerlendirmesi, bireylerin yemek yeme, uyuma, sosyal etkileşimlerde bulunma esnasındaki öz güveni ve ağız sağlıkları ile ilişkili memnuniyetlerini yansıtır (Christie ve ark 1993).

1.4.3. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Çağımızda toplumların refah seviyesinin ve farkındalığının giderek artması sonucunda ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesine verilen değerin giderek arttığı görülmektedir. Buna bağlı olarakta diş hekimliği alanında da ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren birçok anket ve ölçekten faydanılmaktadır (Naito ve ark 2006).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan sağlık durumu ölçeklerinin diş hekimliğinde kullanımları çok yaygın değildir (Allen 2003). Locker tarafından ilk olarak ağız–diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bireysel ölçeklerin kullanılması gerektiğini önermiş ve 1988'de ağız sağlığının ölçümü ile ilgili kavramsal bir taslak oluşturmuştur (Locker 1988).



Şekil 1.2. Locker ağız sağlığı ölçüm modeli (Locker 1988).

Bu modeldeki kavramların tanımları;

1. Fonksiyonel kısıtlılık: Genellikle vücudun bileşenlerinin ya da organlarının beklendiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanır.

2. Rahatsızlık: Hastalığa karşı verilen cevaptır.

3. Sakatlık: Fiziksel, psikolojik veya anatomik yapının yokluğu ya da anormalliği olarak tanımlanır.

4. Yetersizlik: Normal kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir.

5. Eksiklik: Bireylerin bulunduğu grup içerisinde sosyal olarak beklentileri yerine getirememesidir.

Bu taslağa göre dişlerini kaybeden insanlar vücutlarında bir parçayı kaybederler ve sakatlık hissine kapılırlar. Bu durum da yemek yeme, konuşma gibi

günlük aktivitelerin yapılmasını engelleyerek yetersizlik duygusu yaratır ve sonuçta sorunlara yol açmaktadır (Allen 2003).

1.4.4. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede literatürde sık kullanılan ölçekler

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçekler ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Araştırmacılar	Kullanılan Ölçekler
Cushing ve ark, 1986	Social Impacts of Dental Disease
Atchinson ve Dolan, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)
Strauss ve Hunt, 1993	Dental Impact Profile (DIP)
Slade ve Spencer, 1994	Oral Health Impact Profile (OHIP)
Locker ve Miller, 1994	Subjective Oral Health Status Indicators
Leao ve Sheiham, 1996	Dental Impact on Daily Living (DIDL)
Adulyanon ve Sheiham, 1997	Oral Impacts on Daily Living (OIDP)
McGrath ve Bedi, 2000	Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL-UK)

Şekil 1.3. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar (Allen 2003).

General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI)

'Geriatric Oral Health Assessment Index' olarak yaşlılardaki ağız sağlığı ile ilişkili problemleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Atchison ve Dolan 1990). Ölçek diş veya protezleriniz ile ilişkili problemler nedeniyle insanların yanında yemek yerken sorun yaşadınız mı gibi fiziksel fonksiyon ve psikososyal fonksiyonu değerlendiren 12 sorudan ve 5'li Likert tipi cevap seçeneğinden (0= hiç, 1= nadiren, 2= bazen; 3= sık, 4= çok sık; 5= her zaman) meydana gelir. Bu 12 sorunun cevapları toplanarak 0-60 arasında bir skor elde edilir (Cushing ve ark 1986).

Oral Impacts on Daily Performance (OIDP)

Ağız sağlığının günlük aktivitelere etkisini; yemek yeme, yemekten zevk alma, uyuma, konuşma, kelimeleri düzgün telaffuz etme, dişlerini temizleyebilme,

gülümserken utanma yaşamadan dişlerini gösterebilme ve normal sosyal ilişki kurabilme gibi sekiz alanda değerlendirir. Bireylere son altı aydır ağız-diş sağlığı ile ilişkili problemler yüzünden bu aktiviteleri yaparken ne sıklıkla problem yaşadıkları sorulur. Yanıtlar 0-5 arası cevap seçeneği (0= son 6 aydır hiç, 5= son 6 aydır hemen hemen her gün) şeklindedir (Strauss ve Hunt 1993).

Dental Impact on Daily Living (DIDL)

Bu ölçek, ağız sağlık durumunun günlük yaşam kalitesine etkilerini ölçmeyi amaçlar. Beş ana kategoride toplam 36 sorudan meydana gelir. Bu kategoriler; dış görünüş, rahatlık, ağrı, performans ve yemek yemede kısıtlılıktır. Soruları yanıtlarken pozitif yanıt (+1), nötr yanıt (0), negatif yanıt ise (-1) olarak değerlendirilir (Slade 1997).

Dental Impact Profile (DIP)

Hastaların olaylara karşı algılarını değerlendiren bir ölçektir. Yemek yeme, sağlık/iyilik hali, sosyal ilişkiler, romantizm gibi dört alt başlık ve 25 sorudan oluşur. Sorular 'Size göre dişleriniz veya protezlerinizin yemek yemeniz üzerinde pozitif (iyi), negatif (kötü) etkisi vardır veya etkisi yoktur?' şeklindedir. Tüm cevaplar arasında pozitif veya negatif cevapların yüzdesi toplanarak toplam skor elde edilir (Strauss ve Hunt 1993).

Oral Health Impact Profile (OHIP)

Fonksiyonel limitasyon, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, psikolojik yetersizlik, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engellilik gibi yedi bölüm ve 49 sorudan meydana gelen bir ölçektir. Ölçeğin 14 sorudan oluşan kısa formunun (OHIP-14) güvenilirliği ve geçerliliği 1997 yılında Slade tarafından meydana getirilmiş ve kanıtlanmıştır (Slade 1997). OHIP, Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Anketteki sorulara 0-4 arası puanı olan 5 cevap seçeneğinden (0= hiçbir zaman, 1= nadiren, 2= bazen, 3= sıklıkla, 4= çok sık) biri ile cevap verilmektedir. Etkilerin derecesi sorulardaki negatif cevap skorunun (çok sık, sıklıkla) toplanmasıyla hesaplanır. Bu ölçeğin en önemli avantajı, ölçekteki soruların örnek hasta grubu değerlendirilmesi sonucu hazırlanmış olmasıdır (Locker 1998).

Oral Health Related Quality of Life- United Kingdom (OHRQoL-UK)

McGrath ve Bedi (2002) 'nin oluşturduğu bu ölçek, ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini pozitif ve negatif alanda değerlendiren dört farklı bölüm ve 16 sorudan meydana gelmektedir. Bu bölümler sırasıyla; semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru), sosyal durum (4 soru)'dur (McGrath ve Bedi 2002). Ölçeğin Türkçeye çevrilmiş halinin güvenilirliği ve geçerliliği Mumcu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kanıtlanmış ve rapor edilmiştir (Mumcu ve ark 2006). Ağız-diş bölgesiyle ilişkili hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkilerinin, günlük yaşantıda sağlıklı durumun yaratmış olduğu pozitif etkilerin bireyler tarafından fark edilmesine engel olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle hem pozitif hem de negatif değerlendirme yapan OHRQoL-UK'nin sadece negatif değerlendirme yapan OHIP-14'e göre üstün olduğu düşünülmektedir. Hem pozitif hem de negatif değerlendirme yapan OHRQoL-UK ölçeğinde elde edilen düşük skor ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi değerinin düşük olduğunu göstermektedir (McGrath ve Bedi 2002). OHRQoL-UK anketinde Likert ölçeğine göre skorlanan sorulara 1-5 arası değer verilmektedir. Toplam 16 sorunun skoru toplandığında 16-80 arası değer bulunmaktadır (McGrath ve Bedi 2002).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışma Dizaynı ve Örneklem Seçimi

Bu tez çalışmasının evrenini Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde 2016-2017 eğitim-öğretim yılında 1., 2., 3., 4. ve 5. sınıflarda kayıtlı olan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmaya toplam 632 öğrenciden 550 öğrenci kolayda örnekleme yöntemine göre seçilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan 2016/06 tarih ve sayılı onay ile gerçekleştirildi. (Ek-A)

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilere 21-25 Kasım 2016 tarihinde, çalışmadan kısaca söz edildi ve bilgilendirilmiş onam formları imzalatıldı. Anket formunu doldurmayı kabul etmeyen öğrenciler çalışmaya dâhil edilmedi. Anket formundaki sorular, katılımcıların eğitim gördükleri sınıflar ziyaret edilerek çalışmanın ana amacı ve içeriği ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılımcılar tarafından ad ve soyadları belirtilmeden içtenlikle ve tarafsız olarak cevap vermeleri istenmiştir.

2.2. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır ve ilgili literatür taraması sonucu hazırlanan anket formlarından yararlanılmıştır. Araştırma, "Sosyodemografik Bilgiler", "Periodontal Farkındalık", "Bütünlük Duygusu", "Oral Hijyen Motivasyonu", "Genel Sağlık Davranışı" ve "Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi" olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk 7 sorusu diş hekimliği öğrencileri hakkındaki sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, ailenin gelir düzeyi ve ikameti, anne ve babanın eğitim düzeyi ve kişinin nerede yaşadığını) içermektedir. Periodontal Farkındalık bilgisini ölçen bölümde öğrencilere 5 soru yönlendirilmiş ve her soru için 4 seçenek konularak doğru cevabı ya da cevapları vermeleri istenmiştir (Üstün ve ark 2013). Oral Hijyen Motivasyonunu ölçmek için 4 soru ve Genel Sağlık Davranışı ve Genel Sağlık Konularını ölçen bölümde de 5 soru sorulmuş olup uygun cevapların verilmesi istenmiştir (Savolainen 2005). Anketin Bütünlük Duygusu ile ilgili bölümü 13 maddeden oluşmakta ve öğrencilerden,

bağlama cümlelerine göre 7 puanlı bir semantik farklılık üzerinde bir yanıt seçmeleri istenmiştir (Öztekin ve Tezer 2009). Bu 13 maddenin 4'ü anlamlılık, 5'i anlaşılabilirlik ve kalan 4'ü ise yönetilebilirlik öğesi içermektedir. Anketin son bölümünü oluşturan Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesini Değerlendiren OHRQoL-UK Ölçeği, ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini pozitif ve negatif alanda değerlendiren 4 farklı bölüm ve 16 sorudan meydana gelmektedir (Kutsal 2014). Bu ölçeğin bölümleri sırasıyla; semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru), sosyal durum (4 soru)'dur. OHRQoL-UK anketinde Likert ölçeğine göre skorlanan sorulara 1-5 arası değer verilmektedir. Öğrencilerden bunlardan birini işaretlemeleri istenmiştir.

2.3. İstatiksel Değerlendirme

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS Statistics Versiyon 22 ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik varsayımı *Shapiro Wilk's testi* ile test edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlerken Ki-kare testi kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ölçüm değişkeni açısından farklılıklar *Bağımsız Örneklem T testi* kullanılarak, ikiden çok kategorili değişkenler arasındaki ölçüm değişkenleri açısından farklılıklar *Tek Yönlü Varyans Analizi* ile test edilmiştir. Testler için geçerli olan normallik varsayımı yanı sıra *Tek Yönlü Varyans Analizi* için ön varsayım olan varyansların homojenliği *Levene testi* kullanılarak test edilmiştir. Ölçüm değişkenleri arasında doğrusal ilişkiler *Pearson Korelasyon Analizi* ile test edilmiştir. Bütünlük Duygusu ölçeğinin Cronbach-alpha değeri 0,718 olup, Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi ölçeğinin ise Cronbach-alpha değeri 0,957'dir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi (1. tip hata olasılığı) 0,05 alınarak ($p<0,05$) istatistiksel anlamlılıklar belirlenmiştir.

3. BULGULAR

Çalışma grubunu Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde 2016-2017 eğitim-öğretim yılında okumakta olan 1., 2., 3., 4. ve 5. sınıf öğrencileri oluşturdu. Resmi olarak kayıtlı 632 öğrenciden 550'si (% 87) çalışmaya gönüllü olarak dahil oldu. Çalışmaya 1. sınıf öğrencilerinin % 81,1'i, 2. sınıf öğrencilerinin % 82,4'ü, 3. sınıf öğrencilerinin % 81,2'si, 4. sınıf öğrencilerinin % 94'ü, 5. sınıf öğrencilerinin ise % 97,5'i katıldı.

Tablo 1. Diş Hekimliği Fakültesi'nde okuyan öğrencilerin araştırmaya katılım oranı

Sınıf	Resmi Kayıtlı Öğrenci Sayısı	Katılan Öğrenci Sayısı (N%)
1. sınıf	138	112 (81,1)
2. sınıf	125	103 (82,4)
3. sınıf	133	108 (81,2)
4. sınıf	117	110 (94)
5. sınıf	120	117 (97,5)
Toplam	632	550 (87)

Cinsiyet açısından çalışmamıza dahil olanların % 57,3' ü kadın % 42,7' sini ise erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 43,1'inin yurtta kaldığı, % 9,8'inin yalnız başına, % 23,8'i ise ailesi ile beraber yaşadığı belirlendi.

Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, öğrencilerin % 33,8'inin annesinin eğitim düzeyi ilkokul, % 23,1'inin üniversite mezunu iken, % 14'ünün babasının eğitim düzeyi ilkokul, % 44,5'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Ailelerinin ortalama gelir düzeylerine bakıldığında öğrencilerin % 40'ının geliri 2000-3500 TL aralığında iken % 22,5' inin gelir düzeyi 2000 tl'nin altında bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin % 67,8'inin ailesi il merkezinde yaşar iken, % 6,4' ü de köyde yaşamaktadır.

Araştırmaya katılanlara ait demografik veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanlara ait demografik veriler

Değişken		**n**	**Yüzde(%)**
Cinsiyet	kadın	315	57,3
	erkek	235	42,7
Yaş	<20	139	25,3
	20-22	300	54,5
	23-25	96	17,5
	>25	15	2,7
Anne öğrenim durumu	okur-yazar değil	22	4,0
	okur yazar	15	2,7
	ilkokul	186	33,8
	ortaokul	73	13,3
	lise	116	21,1
	fakülte-yüksekokul	127	23,1
	lisansüstü	11	2,0
Baba öğrenim durumu	okur-yazar değil	4	0,7
	okur yazar	11	2,0
	ilkokul	77	14,0
	ortaokul	56	10,2
	lise	123	22,4
	fakülte-yüksekokul	245	44,5
	lisansüstü	34	6,2
Şuan yaşamakta olduğunuz yer	ailemle	131	23,8
	evde arkadaşlarımla	128	23,3
	yalnız	54	9,8
	yurtta	237	43,1
Aileniz nerede ikamet etmektedir?	il	373	67,8
	ilçe	142	25,8
	köy	35	6,4
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?	<2000	124	22,5
	2000-3500	220	40,0
	>3500	205	37,3

n=550

Demografik soruların SOC puanına göre frekans dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Demografik soruların SOC puanına göre frekans dağılımı

Demografik Sorular (p değeri)		**SOC**			
		SOC≤51		**SOC>51**	
		Frekans	**Yüzde (%)**	**Frekans**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	kadın	161	51,3	153	48,7
(0,998)	erkek	120	51,3	114	48,7
Yaşınız (0,402)	<20	75	54,3	63	45,7
	20-22	155	51,8	144	48,2
	>23	51	45,9	60	54,1
Annenizin öğrenim durumu (0,523)	okur-yazar değil	15	68,2	7	31,8
	okur yazar	10	66,7	5	33,3
	ilkokul	88	47,6	97	52,4
	ortaokul	38	52,1	35	47,9
	lise	60	52,2	55	47,8
	fakülte-yüksek okul	65	51,2	62	48,8
	lisansüstü	5	45,5	6	54,5
Babanızın öğrenim durumu (0,297)	okur-yazar değil	3	75	1	25
	okur yazar	7	63,6	4	36,4
	ilkokul	32	42,1	44	57,9
	ortaokul	26	46,4	30	53,6
	lise	59	48	64	52
	fakülte-yüksekokul	134	54,9	110	45,1
	lisansüstü	20	58,8	14	41,2
Şuan yaşamakta olduğunuz yer (0,097)	ailemle	55	42	76	58
	evde arkadaşlarımla	66	52	61	48
	yalnız	30	55,6	24	44,4
	yurtta	130	55,1	106	44,9
Aileniz nerede ikamet etmektedir? (0,692)	il	189	50,9	182	49,1
	ilçe	76	53,5	66	46,5
	köy	16	45,7	19	54,3
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır? (0,848)	<2000	66	53,2	58	46,8
	2000-3500	109	50	109	50
	>3500	105	51,2	100	48,8

SOC-13 ölçeğinden elde edilen toplam puanlar medyan değeri olan 51 baz alınarak yüksek SOC puanlı bireyler (SOC>51) ve düşük SOC puanlı bireyler (SOC≤51) olmak üzere iki kategorili hale getirilerek Tablo 3'de SOC toplam puanlarına göre diğer soruların cevaplarının frekans dağılımı verilmiştir.

SOC puanının düşük (SOC≤51) ya da yüksek (SOC>51) olma durumu ile demografik sorular arasında yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeğinin 4 alt boyutu semptom, fiziksel durum, psikolojik durum ve sosyal durum puanları açısından demografik özelliklere göre puan istatistikleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puanlarının demografik sorulara göre tanımlayıcı istatistikleri

		semptom			fiziksel durum			psikolojik durum			sosyal durum		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p
Cinsiyet	kadın	7,07	0,1	0,83	19,08	0,23	**0,003***	18,02	0,21	**0,027***	14,23	0,17	**0,037***
	erkek	7,04	0,11		18,02	0,28		17,3	0,24		13,7	0,2	
Yaşınız	<20	6,91	0,15	0,501	18,47	0,34	0,873	17,24	0,27	0,213	13,56	0,2	0,113
	20-22	7,09	0,1		18,67	0,24		17,93	0,22		14,2	0,18	
	>23	7,15	0,17		18,7	0,44		17,71	0,42		14,03	0,33	
Annenizin öğrenim durumu	okur-yazar değil	6,68	0,48	0,338	16,41	1,15	**0,010***	15,77	1,11	**0,015***	12,45	0,93	**0,018***
	okur yazar	6,73	0,41		18,27	1,11		18,07	1,03		14,2	0,79	
	ilkokul	6,89	0,13		18,24	0,3		17,5	0,25		13,82	0,2	
	ortaokul	7,11	0,21		18,85	0,49		17,58	0,47		13,84	0,36	
	lise	7,11	0,16		18,73	0,39		17,71	0,36		13,94	0,29	
	fakülte-yüksek okul	7,34	0,14		19,56	0,33		18,56	0,3		14,74	0,24	
	lisansüstü	6,91	0,64		16,82	1,35		15,82	1,38		13,27	0,98	
Babanızın öğrenim durumu	okur-yazar değil	5	0,82	**0,017**	12,25	1,6	**0,001***	10,5	1,85	**0,000***	8,5	2,06	**0,005***
	okur yazar	6,09	0,39		15,82	1,21		15,55	1,23		13,45	0,72	
	ilkokul	6,65	0,21		17,75	0,52		16,97	0,43		13,64	0,32	
	ortaokul	7,14	0,24		18,68	0,58		18,11	0,52		14,13	0,47	
	lise	7,15	0,15		18,92	0,37		18,12	0,33		14,35	0,27	
	fakülte-yüksek okul	7,2	0,11		19,05	0,24		17,92	0,23		14,11	0,18	
	lisansüstü	7,06	0,32		18,12	0,8		17,29	0,7		13,44	0,57	
Şuan yaşamakta olduğunuz yer	ailemle	7,05	0,15	0,114	18,56	0,37	0,222	17,71	0,33	0,25	13,87	0,26	0,094
	evde arkadaşlarımla	7,28	0,14		19,05	0,32		18,02	0,31		14,24	0,25	
	yalnız	7,33	0,25		19,3	0,61		18,37	0,56		14,81	0,45	
	yurtta	6,88	0,11		18,28	0,28		17,4	0,25		13,77	0,2	
Aileniz nerede ikamet etmektedir?	il	7,07	0,09	0,593	18,68	0,21	0,602	17,74	0,2	0,164	14,05	0,15	0,468
	ilçe	7,1	0,14		18,65	0,35		17,92	0,32		14,04	0,27	
	köy	6,77	0,32		17,94	0,75		16,57	0,54		13,4	0,43	
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?	<2000	6,83	0,16	0,09	17,91	0,42	**0,031***	16,81	0,36	**0,003***	13,4	0,29	**0,014***
	2000-3500	7,01	0,12		18,55	0,27		17,72	0,24		14	0,19	
	>3500	7,25	0,12		19,15	0,28		18,25	0,26		14,39	0,21	

($\bar{X}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası),* (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Cinsiyetler arasında ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanlarından fiziksel, psikolojik ve sosyal durum puan ortalamaları açısından farklılık olduğu ($p<0,05$) bağımsız örneklem t testi ile belirlenmiştir. İlgili puanlar açısından kadınların puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu görülmektedir.

Yaş grupları arasında ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları açısından farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve puanlar açısından yaş grupları arasında farklılık bulunmamıştır.

Anne öğrenim durumu grupları arasında ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları açısından farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi; fiziksel, psikolojik ve sosyal durum puan ortalamaları açısından farklılık olduğu bulunmuştur. Anne öğrenim düzeyi fakülte ve yüksekokul olanların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu görülmektedir.

Baba öğrenim durumu grupları arasında ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları açısından farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları ortalamaları açısından farklılık olduğu bulunmuştur. Sosyal durum puanı haricinde baba öğrenim düzeyi fakülte ve yüksekokul olanların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu görülmektedir.

Aile ikamet yeri ve kişinin yaşamakta olduğu yerler açısından ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır.

Ailenin aylık ortalama gelir durumları arasında ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları açısından farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanlarından fiziksel, psikolojik ve sosyal durum puan ortalamaları açısından farklılık olduğu bulunmuştur. Aile geliri yüksek olanların puan ortalamalarının da yüksek olduğu görülmektedir.

SOC ölçeğinin toplam puanı ile 3 alt boyut puanları açısından demografik özelliklere göre puan istatistikleri Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. SOC ölçeği puanlarının demografik sorulara göre tanımlayıcı istatistikleri

		SOC Toplam puan			**Anlaşılabilirlik**			**Yönetilebilirlik**			**Anlamlılık**		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	**p**	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	**p**	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	**p**	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	**p**
Cinsiyet	kadın	50,9	0,5	0,44	18,3	0,3	0,12	15,7	0,2	0,4	17	0,2	0,38
	erkek	51,5	0,6		18,9	0,3		15,9	0,2		16,7	0,2	
Yaşınız	<20	51,15	0,8		18,4	0,4		16,1	0,3		16,7	0,3	
	20-22	50,93	0,6	0,71	18,4	0,3	0,46	15,7	0,2	0,49	16,8	0,2	0,68
	23-25	51,78	0,8		19	0,4		15,7	0,3		17,1	0,3	
Annenizin öğrenim durumu	okur-yazar değil	48,1	1,9		18	1		15,1	0,7		15,1	0,7	
	okur yazar	48,3	2		17,3	1,1		13,9	0,7		17,1	1	
	ilkokul	51,3	0,7		18,6	0,4		16,1	0,3		16,6	0,3	
	ortaokul	51,2	0,9	0,56	17,9	0,5	0,74	16,1	0,4	0,3	17,2	0,4	0,19
	lise	51,2	1		18,7	0,5		15,5	0,4		17	0,3	
	fakülte-yüksekokul	51,9	0,8		18,9	0,4		15,9	0,3		17,2	0,4	
	lisansüstü	50,1	2,5		18,5	1,4		15,4	0,9		16,3	0,9	
Babanızın öğrenim durumu	okur-yazar değil	48,8	2,8		20,5	1		13,5	1		14,8	1,3	
	okur yazar	49,9	2,1		19	1,2		16	1		14,9	1,1	
	ilkokul	51,7	1		19,4	0,5		15,8	0,4		16,6	0,5	
	ortaokul	51,9	1,4	0,97	18	0,7	0,64	16,5	0,5	0,21	17,3	0,5	0,32
	lise	51,1	0,8		18,2	0,4		16,2	0,3		16,7	0,3	
	fakülte-yüksekokul	51	0,6		18,5	0,3		15,6	0,2		16,9	0,2	
	lisansüstü	50,5	1,7		18,3	0,8		14,8	0,7		17,4	0,6	
Şuan yaşamakta olduğunuz yer	ailemle	53,4	0,8		19,5	0,4		16,8	0,3		17,2	0,3	
	evde arkadaşlarımla	50,1	0,9	**0,01**	18,5	0,4	**0,04**	15,2	0,3	**0,00**	16,4	0,3	0,38
	yalnız	50	1,3		18,4	0,7		15,1	0,6		16,6	0,4	
	yurtta	50,7	0,6		18	0,3		15,7	0,2		17	0,3	
Aileniz nerede ikamet etmektedir	il	51,5	0,5		18,6	0,3		16,1	0,2		16,8	0,2	
	ilçe	50,8	0,7	0,34	18,5	0,4	0,87	15,4	0,3	**0,03**	16,9	0,3	0,73
	köy	49,3	1,6		18,2	0,8		14,7	0,6		16,4	0,7	
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?	<2000	51,4	0,8		18,9	0,4		15,7	0,3		16,9	0,3	
	2000-3500	51	0,6	0,92	18,5	0,3	0,67	15,83	0,3	0,96	16,7	0,2	0,09
	>3500	51,2	0,7		18,4	0,3		15,77	0,3		17	0,3	

($\bar{x}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

SOC puanları açısından cinsiyet, yaş grupları, anne-baba öğrenim durumu ve ailenin aylık ortalama gelir düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p değerleri >0,05).

"Şu an yaşamakta olduğunuz yer" sorusuna verilen cevaplar arasında SOC toplam, anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik puanları açısından farklılık bulunmuştur.

Ailesiyle beraber yaşayanların ilgili puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

"Aileniz nerede ikamet etmektedir?" sorusuna verilen cevaplar arasında yönetilebilirlik puanları açısından farklılık bulunmuştur. Ailesi il merkezinde yaşayanların yönetilebilirlik puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Periodontal farkındalık bilgisi sorularına verilen doğru cevapların demografik özelliklere göre frekans dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Periodontal farkındalık bilgisi ölçen sorulara ilişkin frekanslar

		Dental plak nedir?			Dental plağın uzun süre ağızdan uzaklaştırılamaması sonucu neler oluşabilir?			Dişetindeki kanama neyi gösterir?			Dişeti hastalıklarından nasıl korunabilirsiniz?			Dişlerin fırçalanması günün hangi döneminde daha önemlidir?		
		Y	**D**	**P**	**Y**	**D**	**P**	**Y**	**D**	**P**	**Y**	**D**	**P**	**Y**	**D**	**P**
Cinsiyet	kadın	140	175	**0,03**	137	178	0,24	72	243	**0,01**	33	282	**0,01**	20	295	**0,05**
	erkek	127	108		114	121		79	156		43	192		26	209	
Yaşınız	<20	103	36		117	22		75	64		42	97		16	123	
	20-22	126	174	**0,00**	111	189	**0,00**	59	241	**0,00**	26	274	**0,00**	23	277	0,27
	23-25	38	73		23	88		17	94		8	103		7	104	
Annenizin öğrenim durumu	okur-yazar değil	11	11		12	10		5	17		2	20		1	21	
	okur yazar	7	8		5	10		4	11		3	12		3	12	
	ilkokul	82	104		78	108		45	141		17	169		8	178	
	ortaokul	33	40	0,28	40	33	0,48	25	48	0,76	20	53	**0,01**	5	68	**0,02**
	lise	69	47		54	62		31	85		13	103		11	105	
	fakülte-yüksekokul	60	67		58	69		38	89		20	107		15	112	
	lisansüstü	5	6		4	7		3	8		1	10		3	8	
Babanızın öğrenim durumu	okur-yazar değil	4	0		3	1		2	2		2	2		1	3	
	okur yazar	5	6		4	7		4	7		2	9		1	10	
	ilkokul	41	36		32	45		26	51		12	65		5	72	
	ortaokul	18	38	**0,05**	22	34	0,34	16	40	0,69	8	48	0,29	1	55	0,43
	lise	65	58		64	59		33	90		14	109		12	111	
	fakülte-yüksekokul	115	130		114	131		61	184		36	209		22	223	
	lisansüstü	19	15		12	22		9	25		2	32		4	30	
Şuan yaşamakta olduğunuz yer	ailemle	55	76		58	73		29	102		23	108		10	121	
	evde arkadaşlarımla	58	70	**0,02**	47	81	**0,00**	30	98	**0,04**	17	111	0,2	9	119	0,8
	yalnız	21	33		17	37		12	42		3	51		4	50	
	yurtta	133	104		129	108		80	157		33	204		23	214	
Aileniz nerede ikamet etmektedir?	il	171	202		166	207		94	279		51	322		25	348	
	ilçe	71	71	**0,01**	71	71	0,42	42	100	0,07	17	125	0,25	16	126	0,11
	köy	25	10		14	21		15	20		8	27		5	30	
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?	<2000	69	55		62	62		35	89		20	104		11	113	
	2000-3500	100	120	0,18	98	122	0,52	61	159	0,92	31	189	0,51	17	203	0,9
	>3500	97	108		90	115		54	151		24	181		18	187	

(Y: Yanlış, D: Doğru, P: p değeri)

Cinsiyet ile “Dental plağın uzun süre ağızdan uzaklaştırılamaması sonucu neler oluşabilir?” sorusu haricindeki diğer sorulara verilen cevaplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların doğru cevap verme oranları erkeklerden anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$).

Yaş grupları ile “Dişlerin fırçalanması günün hangi döneminde daha önemlidir?” sorusu haricindeki diğer sorulara verilen cevaplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe doğru cevap verme oranı artmıştır ($p<0,05$).

Annenin öğrenim durumu ile “Dişeti hastalıklarından nasıl korunabilirsiniz?” ve “Dişlerin fırçalanması günün hangi döneminde daha önemlidir?” sorularına verilen cevaplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Annenin öğrenim düzeyi arttıkça doğru cevap verme oranının arttığı görülmektedir.

Babanın öğrenim durumu ile “Dental plak nedir?” sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Değişkenler arası ilişkinin ölçüsü kontenjans katsayısı 0,15 bulunmuştur. Sıfıra yakın düşük bir değer olduğundan ayırt edici derecede güçlü bir ilişki görülmemektedir.

“Şu an yaşamakta olduğunuz yer” sorusu ile “Dental plak nedir?”, “Dental plağın uzun süre ağızdan uzaklaştırılamaması sonucu neler oluşabilir?” ve “Dişetindeki kanama neyi gösterir?” sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yurtta kalanların doğru cevap verme oranı diğerlerinden düşük bulunmuştur.

“Aileniz nerede ikamet etmektedir” sorusu ile “Dental plak nedir?” sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İl merkezinde yaşayanların doğru cevap verme oranları diğerlerinden yüksek bulunmuştur.

Beş adet periodontal farkındalık sorusuna verilen doğru cevap sayısı dikkate alınarak düşük (0-1), orta (2-3) ve yüksek (4-5) bilgi düzeyleri oluşturulmuş ve demografik özelliklere göre frekans dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

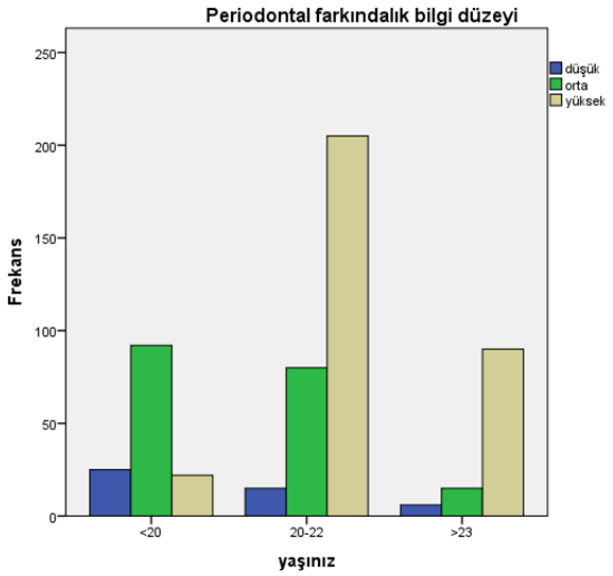
Tablo 7. Periodontal farkındalık bilgi düzeylerinin demografik özelliklere göre frekans dağılımı

Demografik Sorular (p değeri)		Periodontal farkındalık bilgi düzeyi					
		Düşük		Orta		Yüksek	
		Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
Cinsiyet **(0.006)**	kadın	19	6	98	31,1	198	62,9
	erkek	27	11,5	89	37,9	119	50,6
Yaşınız **(0.000)**	<20	25	18	92	66,2	22	15,8
	20-22	15	5	80	26,7	205	68,3
	>23	6	5,4	15	13,5	90	81,1
Annenizin öğrenim durumu (0.522)	okur-yazar değil	1	4,5	9	40,9	12	54,5
	okur yazar	2	13,3	4	26,7	9	60
	ilkokul	9	4,8	59	31,7	118	63,4
	ortaokul	6	8,2	31	42,5	36	49,3
	lise	12	10,3	41	35,3	63	54,3
	fakülte-yüksekokul	15	11,8	40	31,5	72	56,7
	lisansüstü	1	9,1	3	27,3	7	63,6
Babanızın öğrenim durumu (0,210)	okur-yazar değil	1	25	3	75	0	0
	okur yazar	0	0	5	45,5	6	54,5
	ilkokul	8	10,4	25	32,5	44	57,1
	ortaokul	0	0	20	35,7	36	64,3
	lise	11	8,9	46	37,4	66	53,7
	fakülte-yüksekokul	24	9,8	79	32,2	142	58
	lisansüstü	2	5,9	9	26,5	23	67,6
Şuan yaşamakta olduğunuz yer **(0.004)**	ailemle	12	9,2	37	28,2	82	62,6
	evde arkadaşlarımla	10	7,8	33	25,8	85	66,4
	yalnız	2	3,7	15	27,8	37	68,5
	yurtta	22	9,3	102	43	113	47,7
Aileniz nerede ikamet etmektedir? (0.116)	il	27	7,2	120	32,2	226	60,6
	ilçe	13	9,2	53	37,3	76	53,5
	köy	6	17,1	14	40	15	42,9
Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır? (0.530)	<2000	10	8,1	50	40,3	64	51,6
	2000-3500	17	7,7	73	33,2	130	59,1
	>3500	18	8,8	64	31,2	123	60

Tablo 7 incelendiğinde Periodontal bilgi düzeyleri ile cinsiyet, yaş ve şu anda yaşamakta olduğunuz yer sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p değerleri <0,05).

Demografik sorularla ilişkilerin ne yönde olduğu incelendiğinde yüksek periodontal bilgi düzeyindeki kadınların, erkeklerden daha çok olduğu, yaş ilerledikçe bilgi düzeyinin arttığı ve yurtta kalan öğrencilerin bilgi düzeylerinin ise diğerlerinden daha düşük olduğu söylenebilir. Şu an yaşadığınız yer sorusu ile periodontal farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki ölçüsü olan kontenjans katsayısı 0,18 bulunmuştur. Sıfıra yakın düşük bir değer olduğundan ayırt edici derecede güçlü bir ilişki görülmemektedir.

Periodontal farkındalık bilgi düzeyi ile yaş arasındaki ilişki durumu Şekil 3.1' de verilmiştir.



Şekil 3.1. Periodontal farkındalık bilgi düzeyi ile yaş arasındaki ilişki durumu

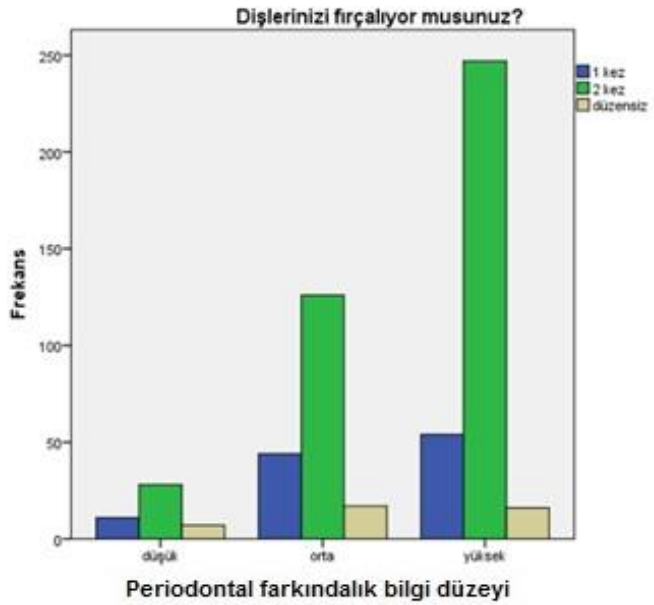
Periodontal farkındalık düzeylerinin oral hijyen motivasyonuna göre frekans dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Periodontal farkındalık bilgi düzeylerinin oral hijyen motivasyonuna göre frekans dağılımı

Oral hijyen motivasyonu soruları (p değeri)		Periodontal farkındalık bilgi düzeyi					
		Düşük		Orta		Yüksek	
		Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? (0,013)	1 kez	11	10,1	44	40,4	54	49,5
	2 kez	28	7	126	31,4	247	61,6
	düzensiz	7	17,5	17	42,5	16	40
Diş ipi ve/veya diş arası(ara yüz) fırçası kullanıyor musunuz? **(0,000)**	hayır	27	12,4	102	46,8	89	40,8
	1 ya da 2 kez	9	5,7	40	25,2	110	69,2
	düzensiz	10	5,8	45	26	118	68,2
Gargara veya ağız spreyi kullanıyor musunuz? (0,431)	hayır	34	8,5	142	35,5	224	56
	evet	12	8	45	30	93	62
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz? **(0.000)**	6 ay önce	2	8,3	16	66,7	6	25
	1 yıl önce	19	5,7	100	29,9	216	64,5
	2 yıl önce	9	7,8	32	27,6	75	64,7
	3 yıl ve daha fazla	5	13,2	18	47,4	15	39,5
	hiç	11	29,7	21	56,8	5	13,5

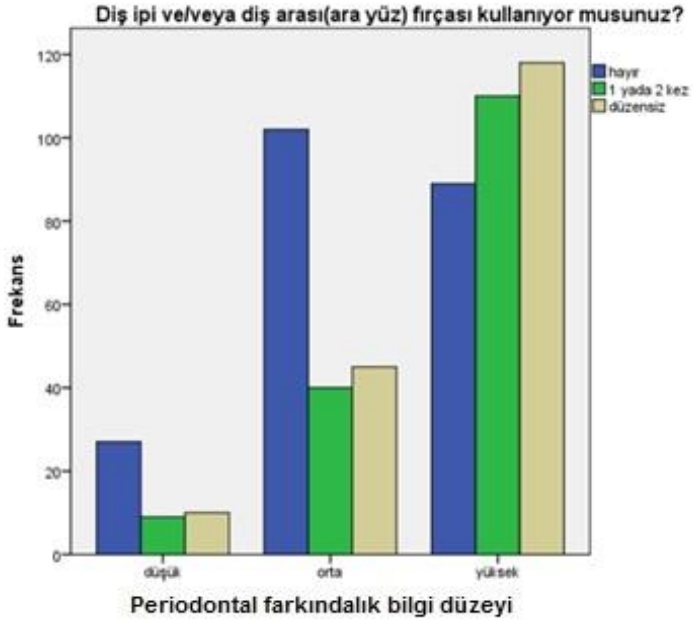
Oral hijyen motivasyonu sorularından "Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? ", "Diş ipi ve/veya diş arası (ara yüz) fırçası kullanıyor musunuz?" ve "En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?" sorularına verilen cevaplar ile periodontal farkındalık bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p değerleri <0,05). Bulunan ilişkilerin ne düzeyde olduğu soru bazında incelendiğinde düzenli olarak dişlerini fırçalayanların, diş ipi ve/veya diş arası (ara yüz) fırçası kullananların ve yılda bir ya da iki defa diş muayenesi yaptıranların periodontal farkındalık bilgi düzeyleri yüksek kişiler olduğu söylenebilir.

Diş fırçalama sıklığı ile periodontal farkındalık bilgi düzeyi arasındaki ilişki Şekil 3.2'de verilmiştir.



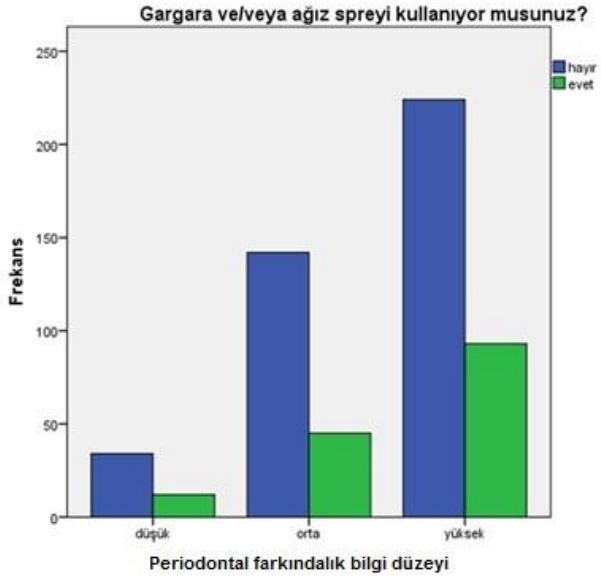
Şekil 3.2. Diş fırçalama sıklığı ile periodontal farkındalık bilgi düzeyi arasındaki ilişki

Diş ipi ve /veya (arayüz fırçası) kullanma sıklığının periodontal farkındalık bilgi düzeylerine göre frekans dağılımı Şekil 3.3'te verilmiştir.



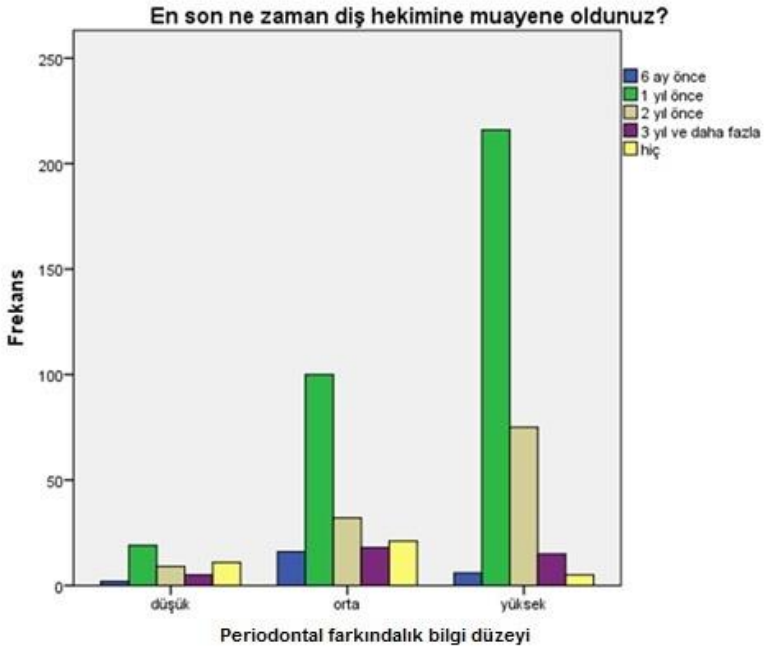
Şekil 3.3. Diş ipi ve /veya (arayüz fırçası) kullanma sıklığının periodontal farkındalık bilgi düzeyleri arasındaki ilişki durumu

Gargara ve/veya ağız spreyi kullanma sıklığının periodontal farkındalık bilgi düzeylerine göre frekans dağılımı Şekil 3.4'te verilmiştir.



Şekil 3.4. Gargara ve/veya ağız spreyi kullanma sıklığının periodontal farkındalık bilgi düzeyleri arasındaki ilişki durumu

En son diş hekimine muayene olma durumunun periodontal farkındalık bilgi düzeylerine göre frekans dağılımı Şekil 3.5'te verilmiştir.



Şekil 3.5. En son diş hekimine muayene olma durumunun periodontal farkındalık bilgi düzeyleri arasındaki ilişki durumu

Cinsiyet ile oral hijyen davranışları arasındaki tanımlayıcı istatistiklere ait bulgular Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Cinsiyet ile oral hijyen davranışları arasındaki tanımlayıcı istatistiklere ait bulgular

Sorular	Yanıtlar	Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		n	Yüzde(%)	n	Yüzde(%)
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? **(p<0,01)**	hayır	1	14,3	6	85,7
	1 kez	46	42,2	63	57,8
	2 kez	256	63,8	145	36,2
	düzensiz	12	36,4	21	63,6
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz? (p>0,05)	hayır	91	41,7	127	58,3
	1 kez	96	66,2	49	33,8
	2 kez	8	57,1	6	42,9
	düzensiz	120	69,4	53	30,6
Gargara veya ağız spreyi kullanıyor musunuz? **(p<0,01)**	hayır	219	54,8	181	45,3
	evet	96	64	54	36
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz? (p>0,05)	6 ay önce	13	54,2	11	45,8
	1 yıl önce	195	58,2	140	41,8
	2 yıl önce	73	62,9	43	37,1
	3 yıl ve daha fazla	17	44,7	21	55,3
	hiç	17	45,9	20	54,1

n=550 p=P değeri

Diş fırçalama sıklığı, diş ipi veya arayüz fırçası kullanma ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,01). Düzenli diş fırçalayanların oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Gargara veya ağız spreyi kullanma, diş hekimine muayene olma durumu ile cinsiyet arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Anne eğitim düzeyi ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 10'de verilmiştir.

Tablo 10. Anne eğitim düzeyi ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Sorular	Ki-kare test değeri	s.d.	p değeri
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?	18,10	18	0,45
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz?	5,52	18	1,00
Gargara veya ağız spreyi kullanıyor musunuz?	11,22	6	0,08
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?	33,79	24	0,09

s.d: Serbestlik derecesi

Anne eğitim düzeyi ile oral hijyen davranışları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Baba eğitim düzeyi ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Baba eğitim düzeyi ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiye ait bulgular

Sorular	Ki-kare Test değeri	s.d.	p değeri
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz	24,44	18	0,14
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz	21,91	18	0,24
Gargara veya ağız spreyi kullanıyor musunuz	3,50	6	0,75
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz	7,41	9	0,59

s.d: serbestlik derecesi

Dişleri fırçalama sıklığı, diş ipi veya arayüz fırçası kullanma, gargara veya ağız spreyi kullanma, diş hekimine muayene olma durumu ile baba eğitim düzeyi arasında % 5 anlam seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puanlarının genel sağlık durumlarına göre istatistikleri Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puanlarının genel sağlık durumlarına göre tanımlayıcı istatistikleri

		semptom			fiziksel durum			psikolojik durum			sosyal durum		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p
Ne kadar sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?	Günlük	6,7	0,6	0,54	18,4	1,3	0,12	17,7	1,2	0,54	14	1	0,28
	Haftada 4-6 kez	7	0,4		17,7	0,9		16,8	0,8		13,1	0,6	
	Haftada 2-3 kez	7,2	0,2		19	0,4		18,1	0,4		14,4	0,3	
	Haftada 1 kez	7,1	0,2		19	0,4		17,7	0,4		13,9	0,3	
	Ayda 2-3 kez	7,3	0,2		19,4	0,4		18,1	0,4		14,3	0,3	
	nadiren	6,9	0,1		18,1	0,3		17,5	0,3		13,9	0,2	
Sigara kullanıyor musunuz?	günlük	6,8	0,2	0,52	17,5	0,5	**0,03**	17	0,4	0,15	13,6	0,4	0,58
	arasıra	7,1	0,2		18,3	0,5		17,4	0,4		14	0,3	
	hiçbir zaman	7,1	0,1		18,9	0,2		17,9	0,2		14,1	0,2	
Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	İyi	7,4	0,1	**0,00**	19,6	0,3	**0,00**	18,6	0,3	**0,00**	14,8	0,2	**0,00**
	Fena değil	6,9	0,1		18,4	0,3		17,4	0,2		13,7	0,2	
	Orta	6,4	0,2		16,9	0,5		16,2	0,4		12,8	0,4	
	Kötü veya çok kötü	6,6	0,4		16,3	1,2		15,9	1,1		12,5	0,8	
Günlük uyku süreniz ne kadardır?	7 saat' ten az	7	0,1	0,19	18,3	0,2	**0,02**	17,4	0,2	**0,01**	13,8	0,2	**0,02**
	7 saat ya da fazla	7,2	0,1		19,1	0,3		18,2	0,3		14,4	0,2	
Alkol kullanıyor musunuz?	kullanıyor	6,8	0,2	0,19	17,9	0,4	0,06	17	0,4	0,33	13,4	0,3	**0,04**
	kullanmıyor	7.1	0.1		18.8	0.2		17.9	0.2		14.2	0.1	

($\bar{X}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 12'ye göre Sempton puanı açısından sağlık durumları arasında farklılık olduğu, sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan bireylerin semptom puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Fiziksel durum puanı açısından değerlendirildiğinde ise sigara içmeyenlerin, sağlık durumu iyi olanların ve 7 saat'ten fazla uyuyanların puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Psikolojik durum puanı açısından değerlendirildiğinde ise sağlık durumu iyi olanların ve 7 saat'ten fazla uyuyanların puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Sosyal durum puanı açısından değerlendirildiğinde ise sağlık durumu iyi olanların, 7 saat'ten fazla uyuyanların ve alkol kullanmayanların puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

SOC ölçeği puanlarının genel sağlık durumlarına göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. SOC ölçeği puanlarının genel sağlık durumlarına göre tanımlayıcı istatistikleri

		SOC Toplam Puan			Anlaşılabilirlik			Yönetilebilirlik			Anlamlılık		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p
Ne kadar sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?	Günlük	52	3	0,2	19,2	1,5	0,21	14,6	1,2	0,36	18,1	0,9	0,08
	Haftada 4-6 kez	50	1,5		18,9	0,7		15,2	0,7		15,4	0,6	
	Haftada 2-3 kez	51	0,9		18,2	0,4		15,7	0,3		16,8	0,3	
	Haftada 1 kez	53	0,8		19,5	0,4		16,4	0,3		17,4	0,4	
	Ayda 2-3 kez	50	1,1		17,8	0,6		15,9	0,4		16,5	0,4	
	nadiren	51	0,7		18,4	0,3		15,7	0,3		16,8	0,3	
Sigara kullanıyor musunuz?	günlük	48	1,1	**0,00**	17,8	0,6	0,17	14,2	0,4	**0,00**	15,7	0,4	**0,00**
	arasıra	49	1,1		18	0,6		15,6	0,4		16	0,5	
	hiçbir zaman	52	0,5		18,8	0,2		16,1	0,2		17,2	0,2	
Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	İyi	53	0,6	**0,00**	19,2	0,3	**0,02**	16,7	0,2	**0,00**	17,5	0,2	**0,01**
	Fena değil	49	0,6		18,1	0,3		15,1	0,3		16,2	0,3	
	Orta	50	0,9		18,4	0,5		14,9	0,4		16,5	0,4	
	Kötü veya çok kötü	46	3,1		15	1,6		14	1,1		16,7	1	
Günlük uyku süreniz ne kadardır?	7 saat' ten az	51	0,5	0,93	18,5	0,3	0,65	15,7	0,2	0,39	17,1	0,2	0,09
	7 saat ya da fazla	51	0,6		18,7	0,3		16	0,3		16,5	0,2	
Alkol kullanıyor musunuz?	kullanıyor	49	0,9	**0,05**	17,9	0,5	0,15	15	0,3	0,08	16	0,3	0.06
	kullanmıyor	52	0,4		18,7	0,2		16	0,2		17	0,2	

($\bar{X}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 13'e göre SOC toplam puanı, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanları açısından sigara kullanmayanların ortalama puanlarının diğerlerinden anlamlı derecede farklı ve daha yüksek olduğu görülmüştür.

SOC toplam puanı, anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanları açısından sağlık durumu iyi olanların puanlarının diğerlerinden anlamlı derecede farklı ve daha yüksek bulunmuştur.

SOC toplam puanı, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanları açısından alkol kullanmayanların puanlarının alkol kullananlardan anlamlı derecede farklı ve daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC ölçeği puanlarının periodontal farkındalık bilgi düzeylerine göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14. Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC puanlarının periodontal farkındalık bilgi düzeylerine göre tanımlayıcı istatistikleri

Puan	p değeri	Periodontal farkındalık bilgi düzeyi					
		düşük		orta		yüksek	
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Semptom	0,07	7,35	0,20	6,83	0,14	7,15	0,10
Fiziksel durum	0,68	18,69	0,50	18,41	0,30	18,74	0,24
Psikolojik durum	0,06	17,15	0,38	17,3	0,27	18,03	0,22
Sosyal durum	**0,02**	13,57	0,31	13,59	0,21	14,31	0,18
SOC toplam puan	0,87	50,48	1,26	51,16	0,71	51,25	0,51
Anlaşılabilirlik	0,79	18,98	0,56	18,45	0,36	18,53	0,27
Yönetilebilirlik	0,82	15,52	0,53	15,89	0,27	15,77	0,21
Anlamlılık	0,22	15,98	0,52	16,83	0,27	16,97	0,20

($\bar{x}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası)

Tablo 14'e göre sosyal durum puanı açısından periodontal farkındalık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Periodontal farkındalık düzeyi yükseldikçe sosyal durum puanlarının arttığı görülmektedir.

Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puanlarının oral hijyen motivasyonu sorularına göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Ağız-diş ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği puanlarının oral hijyen motivasyonu sorularına göre tanımlayıcı istatistikleri

		semptom			fiziksel durum			psikolojik durum			sosyal durum		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?	1 kez	6,88	0,18	**0,02**	18,73	0,35	**0,01**	17,54	0,35	**0,01**	13,73	0,26	**0,01**
	2 kez	7,17	0,08		18,85	0,21		17,97	0,19		14,22	0,15	
	düzensiz	6,40	0,28		16,05	0,69		15,58	0,48		12,58	0,45	
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz?	hayır	6,84	0,11	0,13	18,12	0,26	0,11	17,30	0,22	0,19	13,70	0,18	0,08
	1 yada 2 kez	7,28	0,13		18,92	0,34		17,95	0,31		14,15	0,26	
	düzensiz	7,12	0,14		18,99	0,34		18,01	0,32		14,26	0,24	
Gargara veya agız spreyi kullanıyor musunuz?	hayır	7,04	0,09	0,76	18,56	0,21	0,63	17,77	0,19	0,56	14,01	0,15	0,88
	evet	7,10	0,14		18,81	0,34		17,57	0,31		13,99	0,25	
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?	6 ay önce	6,79	0,37	0,58	18,46	0,80	0,47	17,46	0,71	0,74	13,71	0,51	0,59
	1 yıl önce	7,09	0,09		18,75	0,24		17,89	0,22		14,13	0,17	
	2 yıl önce	7,04	0,16		18,79	0,32		17,59	0,30		14,06	0,24	
	3 yıl ve daha fazla	6,70	0,30		17,53	0,73		17,26	0,66		13,53	0,50	
	hiç	7,30	0,29		18,25	0,71		17,11	0,58		13,38	0,53	

($\bar{x}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Düzenli diş fırçalayanların semptom, fiziksel durum, psikolojik durum ve sosyal durum puanları açısından düzenli fırçalamayanlara göre puanları anlamlı derecede farklı bulunmuştur (p<0,05). Düzenli diş fırçalayanların puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu görülmektedir.

SOC puanlarının Oral hijyen motivasyonu sorularına göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. SOC puanlarının oral hijyen motivasyonu sorularına göre tanımlayıcı istatistikleri

		SOC toplam puan			Anlaşılabilirlik			Yönetilebilirlik			Anlamlılık		
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	p
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?	1 kez	51.34	0.85	**0.02**	18.49	0.46	0.36	16.12	0.35	**0.04**	16.73	0.32	**0.01**
	2 kez	51.56	0.46		18.67	0.24		15.85	0.18		17.05	0.18	
	düzensiz	46.65	1.57		17.30	0.70		14.35	0.76		15.00	0.64	
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz?	hayır	50.20	0.64	0.17	18.38	0.32	0.38	15.73	0.25	0.44	16.11	0.25	**0.00**
	1 ya da 2 kez	51.92	0.68		18.45	0.36		15.59	0.27		17.88	0.26	
	düzensiz	51.65	0.73		18.80	0.37		16.05	0.29		16.79	0.27	
Gargara veya agız spreyi kullanıyor musunuz?	hayır	51.24	0.47	0.86	18.62	0.24	0.59	15.82	0.19	0.89	16.80	0.19	0.59
	evet	50.94	0.75		18.32	0.39		15.71	0.29		16.94	0.27	
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?	6 ay önce	48.13	1.61	0.40	18.29	0.76	0.82	14.88	0.59	0.81	14.96	0.84	**0.04**
	1 yıl önce	51.57	0.52		18.47	0.27		15.89	0.21		17.22	0.20	
	2 yıl önce	50.85	0.82		18.59	0.42		15.68	0.33		16.61	0.31	
	3 yıl ve daha fazla	50.21	1.66		18.45	0.84		15.82	0.66		15.95	0.56	
	hiç	51.27	1.34		19.19	0.66		15.81	0.58		16.27	0.52	

($\bar{X}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 16'ya göre dişlerini düzenli fırçalayanların SOC toplam, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanlarının, dişlerini düzenli fırçalamayanlardan anlamlı derecede farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Düzenli diş ipi veya arayüz fırçası kullananların anlamlılık puanlarının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek ve farklı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Kısa süre içerisinde diş hekimine muayene olmaya gidenlerin (6 ay önce ve 1 yıl önce) anlamlılık puanlarının diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

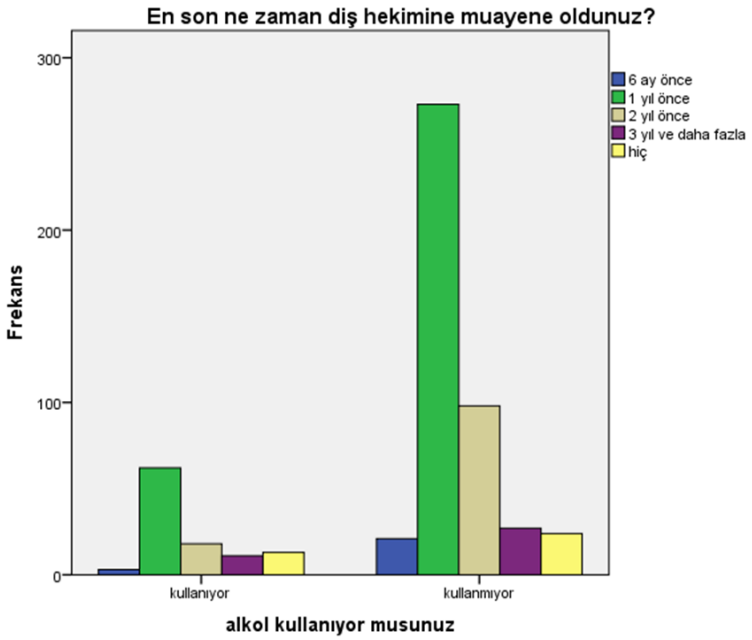
Alkol kullanım durumunun en son diş hekimine muayene olma durumuna göre frekans dağılımı Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Alkol kullanım durumunun en son diş hekimine muayene olma durumuna göre frekans dağılımı

(p değeri=0,039)		Alkol kullanımı			
		kullanıyor		kullanmıyor	
		Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?	6 ay önce	3	12,50	21	87,50
	1 yıl önce	62	18,50	273	81,50
	2 yıl önce	18	15,50	98	84,50
	3 yıl ve daha fazla	11	28,90	27	71,10
	hiç	13	35,10	24	64,90

Tablo 17'ye göre alkol kullanımı ile en son diş hekimine muayene olma zamanı ve sigara kullanım durumu ile diş fırçalama sıklığı soruları arasında ilişki bulunurken, oral hijyen motivasyonu ve genel sağlık düzeylerini ölçen diğer sorular arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Alkol kullanmayanların kısa süre zarfında diş hekimine muayeneye gitme oranı kullananlara göre daha yüksektir.

Alkol kullanma durumu ile en son diş hekimine muayene olma durumu arasındaki ilişki Şekil 3.6'da verilmiştir.



Şekil 3.6. Alkol kullanma durumu ile en son diş hekimine muayene olma durumu arasındaki ilişki

Sigara kullanımının diş fırçalama durumuna göre frekans dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

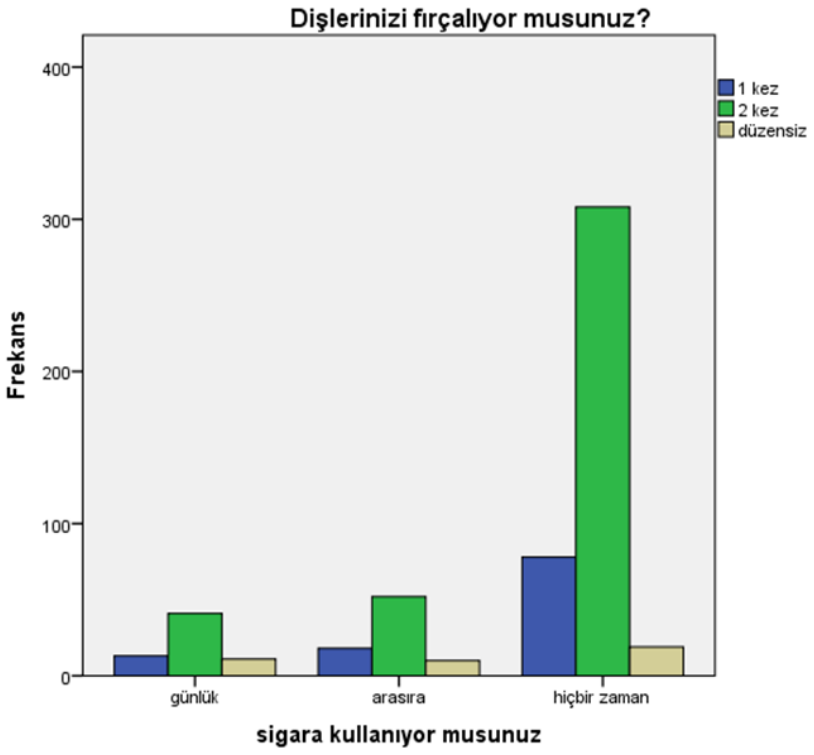
Tablo 18. Sigara kullanımının diş fırçalama sıklığına göre frekans dağılımı

(p değeri=0.002)		Sigara kullanıyor musunuz?					
		günlük		arasıra		hiçbir zaman	
		Frekans	%	Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?	1 kez	13	12	18	16,5	78	71,6
	2 kez	41	10	52	13	308	76,8
	düzensiz	11	28	10	25	19	47,5

Tablo 18'e göre düzenli diş fırçalama durumu ile sigara kullanma durumu arasında ki-kare testi yapılmış olup anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Sigara kullanmayanların dişlerini daha düzenli fırçaladıkları görülmektedir.

Sigara kullanma durumu ile diş fırçalama sıklığı arasındaki ilişki durumu Şekil 3.7'de verilmiştir.



Şekil 3.7. Sigara kullanma durumu ile diş fırçalama sıklığı arasındaki ilişki durumu

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC puanları arasındaki korelasyon katsayıları

		semptom	fiziksel durum	psikolojik durum	sosyal durum	SOC toplam puan	Anlaşılabilirlik	Yönetilebilirlik	Anlamlılık
semptom	r	1	0,69**	0,63**	0,59**	0,21**	0,10*	0,21**	0,19**
	p		**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,015**	**0,00**	**0,00**
fiziksel durum	r		1	0,80**	0,76**	0,14**	0,04	0,13**	0,19**
	p			**0,00**	**0,00**	**0,001**	0,42	**0,002**	**0,00**
psikolojik durum	r			1	0,86**	0,16**	0,06	0,12**	0,22**
	p				**0,00**	**0,00**	0,17	**0,005**	**0,00**
sosyal durum	r				1	0,12**	0,039	0,09*	0,17**
	p					**0,004**	0,362	**0,039**	**0,00**
SOC toplam puan	r					1	0,832**	0,79**	0,68**
	p						**0,00**	**0,00**	**0,00**
Anlaşılabilirlik	r						1	0,51**	0,31**
	p							**0,00**	**0,00**
Yönetilebilirlik	r							1	0,33**
	p								**0,00**

r=pearson corelasyon *p<0,05 **p<0,001

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puanlar ile SOC ölçeğinden elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Puan çiftleri arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde anlaşılabilirlik puanı ile fiziksel, psikolojik ve sosyal durum ikilileri dışında kalan tüm puanlar arasında ilişki katsayılarının anlamlı olduğu (p<0,05) görülmektedir. Tablo 19 incelendiğinde belirtilen puanlar dışında tüm puan çiftleri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki olduğu, ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları yüksek olan bireylerin SOC puanlarının da yüksek olduğu söylenebilir.

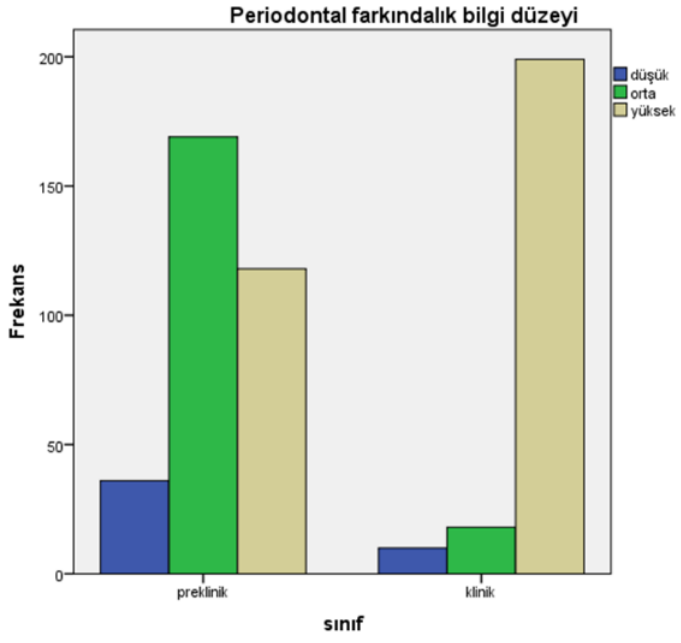
Periodontal farkındalık bilgisi düzeylerinin sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Periodontal farkındalık bilgisi düzeylerinin sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı

P değeri=0.000			Periodontal farkındalık bilgi düzeyi		
			Düşük	Orta	Yüksek
Sınıf	Preklinik	Frekans	36	169	118
		Yüzde(%)	11,1	52,3	36,5
	Klinik	Frekans	10	18	199
		Yüzde(%)	4,4	7,9	87,7

Tablo 20'ye göre sınıf düzeyleri ile periodontal farkındalık bilgisi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Klinik sınıftaki öğrencilerin bilgi düzeyi preklinik sınıftaki öğrencilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sınıf düzeyine göre periodontal farkındalık bilgi düzeyi arasındaki ilişki durumu Şekil 3.8' de verilmiştir.



Şekil 3.8. Sınıf düzeyine göre periodontal farkındalık bilgi düzeyi arasındaki ilişki durumu

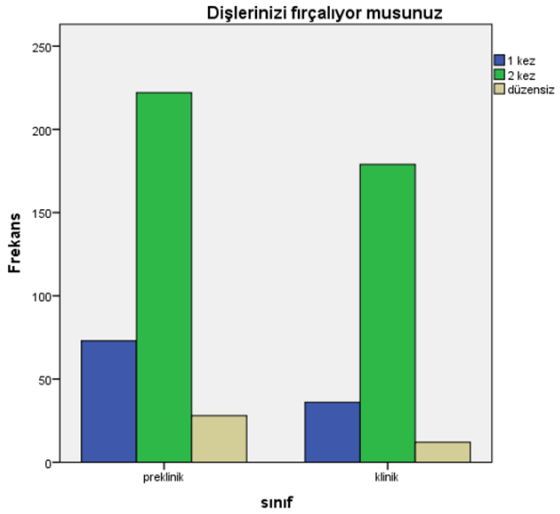
Oral hijyen motivasyonu sorularına verilen cevapların sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Oral hijyen motivasyonu sorularına verilen cevapların sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı

		Sınıf			
		Preklinik		Klinik	
		Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? **(p=0,030)**	1 kez	73	67	36	33
	2 kez	222	55,4	179	44,6
	düzensiz	28	70	12	30
Diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz? **(p=0,000)**	hayır	166	76,1	52	23,9
	1 yada 2 kez	71	44,7	88	55,3
	düzensiz	86	49,7	87	50,3
Gargara veya ağız spreyi kullanıyor musunuz? (p=0,426)	hayır	239	59,8	161	40,3
	evet	84	56	66	44
En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz? **(p=0,003)**	6 ay önce	20	83,3	4	16,7
	1 yıl önce	184	54,9	151	45,1
	2 yıl önce	68	58,6	48	41,4
	3 yıl ve daha fazla	21	55,3	17	44,7
	hiç	30	81,1	7	18,9

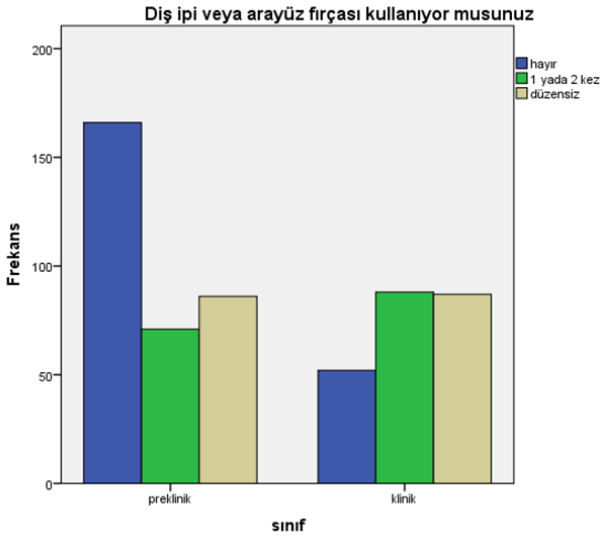
Tablo 21'e göre sınıf düzeyi ile "dişlerinizi fırçalıyor musunuz?", "diş ipi veya arayüz fırçası kullanıyor musunuz?" ve "en son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?" sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sınıf düzeyine göre diş fırçalama sıklığı açısından ilişki durumu Şekil 3.9'da verilmiştir.

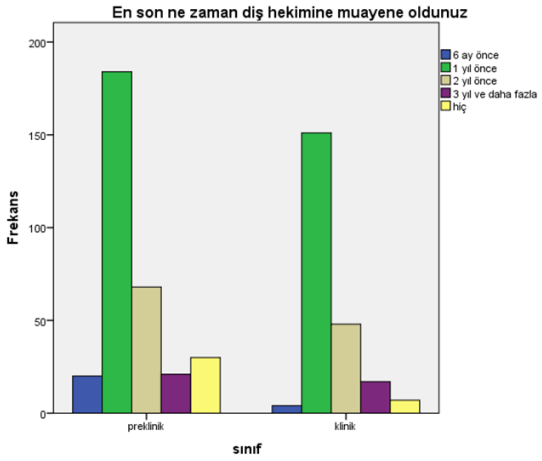


Şekil 3.9. Sınıf düzeyine göre diş fırçalama sıklığı açısından ilişki durumu

Sınıf düzeyine göre diş ipi veya arayüz fırçası kullanma durumu açısından ilişki durumu Şekil 3.10'da verilmiştir.



Şekil 3.10. Sınıf düzeyine göre diş ipi veya arayüz fırçası kullanma durumu açısından ilişki durumu



Şekil 3.11. Sınıf düzeyine göre diş hekimine muayene olma zamanı açısından ilişki durumu

Genel sağlık ile ilgili sorulara verilen cevapların sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Genel sağlık ile ilgili sorulara verilen cevapların sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre frekans dağılımı

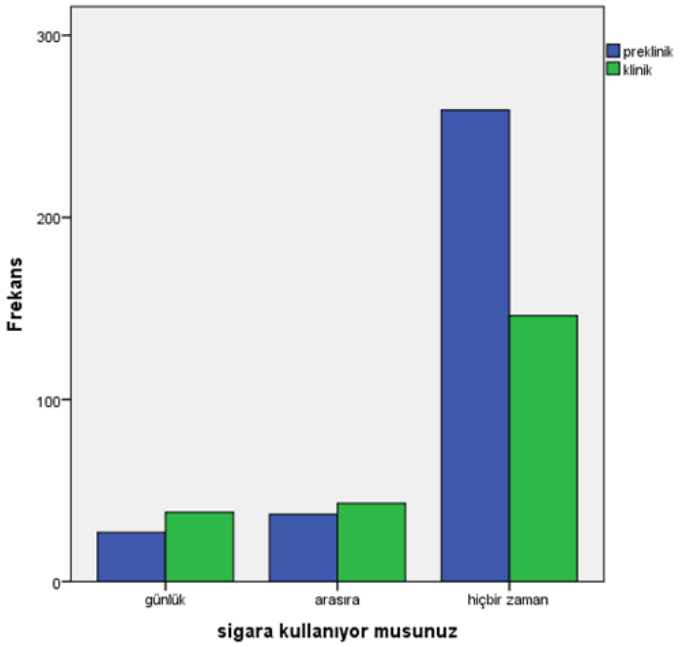
		sınıf			
		preklinik		klinik	
		Frekans	Yüzde (%)	Frekans	Yüzde(%)
Ne kadar sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz? (p=0.650)	Günlük	8	53,3	7	46,7
	Haftada 4-6 kez	20	64,5	11	35,5
	Haftada 2-3 kez	70	60,9	45	39,1
	Haftada 1 kez	62	58,5	44	41,5
	Ayda 2-3 kez	47	65,3	25	34,7
	Nadiren	116	55	95	45
Sigara kullanıyor musunuz? **(p=0.000)**	Günlük	27	41,5	38	58,5
	Arasıra	37	46,3	43	53,8
	Hiçbir zaman	259	64	146	36
Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? **(p=0.009)**	İyi	140	55,8	111	44,2
	Fena değil	130	67	64	33
	Orta	48	53,3	42	46,7
	Kötü veya çok kötü	5	33,3	10	66,7
Günlük uyku süreniz ne kadardır? (p=0.242)	7 saat' ten az	199	60,7	129	39,3
	7 saat ya da fazla	123	55,7	98	44,3
Alkol kullanıyor musunuz? **(p=0.031)**	Kullanıyor	53	49,5	54	50,5
	Kullanmıyor	270	60,9	173	39,1

p= P değeri

Tablo 22'de sınıf düzeyi ile "sigara kullanıyor musunuz?", "sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" ve "alkol kullanıyor musunuz?" sorularına verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

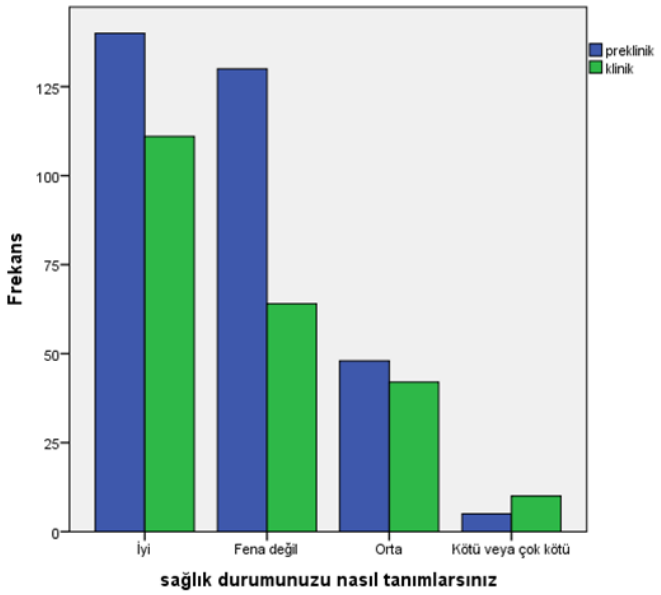
Preklinik öğrencilerde sigara ve alkol kullanma oranı klinik sınıftaki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük bulunurken, klinik sınıfta sağlık durumunu kötü veya çok kötü şeklinde bildirenlerin, preklinik sınıftakilerden anlamlı derecede fazla olduğu görülmektedir.

Sınıf düzeyine göre sigara kullanma düzeyi açısından ilişki durumu Şekil 3.12'de verilmiştir.



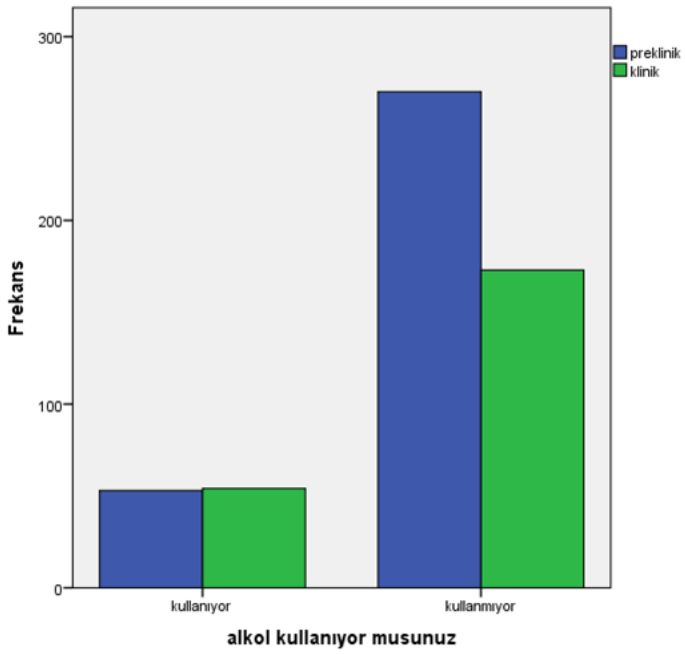
Şekil 3.12. Sınıf düzeyine göre sigara kullanma düzeyi açısından ilişki durumu

Sınıf düzeyine göre sağlık durumunu tanımlama açısından ilişki durumu Şekil 3.13'de verilmiştir.



Şekil 3.13. Sınıf düzeyine göre sağlık durumunu tanımlama açısından ilişki durumu

Sınıf düzeyine göre alkol kullanımı açısından ilişki durumu Şekil 3.14'de verilmiştir.



Şekil 3.14. Sınıf düzeyine göre alkol kullanımı açısından ilişki durumu

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC ölçek puanlarının sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve SOC ölçek puanlarının sınıf düzeylerine (preklinik-klinik) göre tanımlayıcı istatistikleri

	p	Sınıf düzeyi			
		Preklinik		Klinik	
		$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Semptom	**0.000**	6,83	0,1	7,37	0,11
Fiziksel durum	**0,039**	18,32	0,23	19,06	0,28
Psikolojik durum	**0,001**	17,26	0,19	18,36	0,27
Sosyal durum	**0,002**	13,67	0,15	14,48	0,22
SOC toplam puan	0,226	50,75	0,52	51,73	0,61
Anlaşılabilirlik	0,348	18,38	0,27	18,76	0,31
Yönetilebilirlik	0,971	15,8	0,2	15,78	0,25
Anlamlılık	0,061	16,6	0,21	17,18	0,23

($\bar{x}$ İlgili puanın aritmetik ortalaması, $S_{\bar{x}}$ ortalamanın standart hatası), (p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 23'e göre preklinik ve klinik sınıf öğrencilerinin ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p değerleri <0,05). Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanları açısından klinik sınıf puanları preklinik sınıf puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

SOC puanları açısından preklinik ve klinik sınıflar arasında farklılık bulunmamıştır (p değerleri >0,05).

Periodontal farkındalık bilgisi düzeylerinin sigara kullanımına göre frekans dağılımı Tablo 24'te verilmiştir.

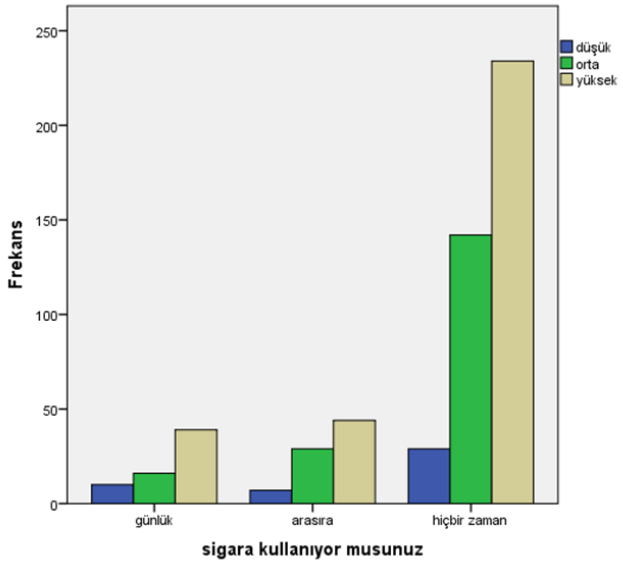
Tablo 24. Periodontal farkındalık bilgisi düzeylerinin sigara kullanımına göre frekans dağılımı

p=0,156		Periodontal farkındalık bilgi düzeyi					
		Düşük		Orta		Yüksek	
		Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)	Frekans	Yüzde(%)
Sigara kullanıyor musunuz?	Günlük	10	15,4	16	24,6	39	60
	Arasıra	7	8,8	29	36,3	44	55
	Hiçbir zaman	29	7,2	142	35,1	234	57,8

(p<0,05, istatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 24’e göre periodontal farkındalık bilgi düzeyi ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Periodontal farkındalık bilgi düzeyi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki durumu Şekil 3.15’te verilmiştir.



Şekil 3.15. Periodontal farkındalık bilgi düzeyi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki durumu

Yukarıdaki şekilde görüleceği üzere her sigara kullanım durumu için periodontal farkındalık bilgi düzeylerinin oransal dağılımı benzer yapıdadır.

4. TARTIŞMA

Ağız sağlığı, bireyin genel sağlığının korunmasında ve idamesinde önemli bir role sahiptir (Allen 2003). İnsanların görünüşlerini, hayattan aldıkları zevki, konuşmalarını, çiğnemelerini, yiyeceklerden aldıkları lezzeti ve sosyalleşmelerini fiziksel ve psikolojik olarak etkilemektedir (Locker 1997). Bu durum iyi bir ağız sağlığına sahip olmanın, kişisel davranış ve tutumlarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu da ortaya koymaktadır (Frandsen 1985). Bu tutum ve davranışlar üzerinde diş hekimlerinin oluşturacağı motivasyonel etki de önemli bir yere sahiptir. Motivasyonel etkiyi oluşturacak olan diş hekimlerinin görevi, yanlızca var olan hastalığı tedavi edebilmek değil aynı zamanda bireyleri ağız sağlığı konusunda bilinçlendirerek hastalıklardan korunmalarını da sağlamaktır. Diş hekimlerinin koruyucu diş hekimliği konusunda lisans düzeyinde aldıkları eğitim oldukça önemlidir. Fakat bu eğitim süreci diş hekimleri için stresli ve yoğun geçmektedir. Bu da toplumun ağız sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlarını etkileyecek diş hekimi adaylarının genel sağlık durumlarında, ağız bakım alışkanlıklarında ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerinde de değişikliklere neden olabilmektedir.

Bu araştırmaya Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde okumakta olan toplam 550 öğrenci katılmıştır. Öğrenciler eğitim aldıkları zaman dilimine göre preklinik veya klinik öğrencisi olarak değerlendirilmiştir. Bu anket çalışmasının uygulandığı 19-23 Eylül 2016 tarihlerinde 3. sınıf öğrencilerine müfredat üzerinden anlatılan konular baz alındığında bu öğrenciler çalışmanın preklinik grubunda değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan preklinik öğrencilerinin (1., 2. ve 3. sınıf) sayısı 323, klinik öğrencilerinin (4. ve 5. sınıf) sayısı ise 227'dir. Çalışmada elde edilen veriler ilk olarak tümü bir arada olacak şekilde değerlendirildikten sonra da preklinik-klinik olarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaklaşık olarak % 87'si çalışmamıza gönüllü olarak dâhil olmuştur. Bu yüksek katılım, çalışmanın sonuçlarının güvenirliği açısından önemlidir. Literatürde diş hekimliği öğrencileri üzerinde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Yakın zamanda Kınacı ve Doğan (2012) tarafından diş hekimleri öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada katılım oranı % 98,4 gibi yüksek bir orana sahip iken, önceki çalışmaların büyük bir kısmında çalışmaya katılım oranı

% 87'nin daha aşağısında olup bazı çalışmalarda ise çalışmaya dahil olanların oranı belirtilmemiştir (Yılmaz ve ark 1997, Kawamura ve ark 2005, Polychronopoulou ve Kawamura 2005, Maatouk ve ark 2006, Dagli ve ark 2008). Bu açıdan araştırma yüksek katılım oranı ile evrenini doğru bir şekilde yansıtabilme özelliğine sahiptir. Bu da çalışmaya katılım oranının araştırma evrenini doğru yansıtabilinmesi açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça aynı doğrultuda oral hijyen davranışları da gelişebilmektedir (Midanik ve ark 1992, Suominen ve ark 1999). Bu doğrultuda araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, öğrencilerin % 33,8'inin annesinin eğitim düzeyi ilkokul, % 23,1'inin üniversite mezunu iken, % 14'ünün babasının eğitim düzeyi ilkokul, % 44,5'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmada anne ve baba eğitim düzeyi ile çocuklarının oral hijyen alışkanlıkları arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocuklarının oral hijyen davranışları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Bernabé ve ark 2011, Leroy ve ark 2011). Bernabe ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada annenin ağız sağlığı durumuna gösterdiği önemin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça ağız sağlığına verdiği önemin arttığı ve bunun da çocukların oral sağlık davranışlarını etkilediği gösterilmiştir (Güngör ve ark 1999, Suresh ve ark 2010, Bernabé ve ark 2011). Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış benzer bir çalışma; bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir (Kınacı ve Doğan 2012). Dori ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada ise babanın eğitim seviyesi ile düzenli diş fırçalama alışkanlığı arasında ilişki bulunmuş olmasına rağmen annenin eğitim seviyesi ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin annenin eğitim düzeyi ile babanın eğitim düzeyi kıyaslandığında ciddi bir seviye farkı ortaya çıkmaktadır. Bu da ülkemizdeki kadınların eğitimine yeterince önem verilmediğinin bir göstergesidir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin periodontal farkındalık sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde periodontal açıdan yüksek farkındalık düzeyine sahip öğrencilerin oranı % 57,6 bulunmuştur. Alemdar ve ark. (2016) ile Başer ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarda periodontal farkındalık düzeyini sırası ile % 43,2 ve

% 44 bulmuşlardır. Bu çalışmada, cinsiyet açısından periodontal farkındalık düzeyi kadınlar da erkeklere nazaran daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların periodontal farkındalık bilgi düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Başer ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada bu sonucu desteklemektedir. Ülkemizde yapılmış olan başka bir çalışmada ise periodontal farkındalık düzeyi erkeklerde yüksek olmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Yeta 2016). Yaş ile periodontal farkındalık düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda, yaşı büyük öğrencilerin periodontal farkındalık sorularına doğru cevap verme oranının daha fazla olduğu ve yüksek periodontal farkındalık düzeyine sahip olanların oranının da yaş ile birlikte arttığı saptanmıştır. Birçok çalışmada da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Howat ve ark 1979, Kawamura ve ark 2000, Cortes ve ark 2002, Barrieshi-Nusair ve ark 2006). Yaşın ilerlemesi ile doğru orantılı bir biçimde doğru cevap verme oranında ki artış, ileri sınıflara geçildikçe alınan eğitimin olumlu etkisini göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin oral hijyen davranışları ile periodontal açıdan farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiye baktığımızda istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli bir şekilde günde 2 kez diş fırçalayan öğrencilerin % 61,6'sının yüksek periodontal farkındalık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Üstün ve ark. (2013), oral hijyen davranışları ile periodontal farkındalık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri bir çalışmada; eğitim seviyesi yüksek bireylerin periodontal farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu ve ağız sağlığına verdikleri önemin de arttığını bildirmişlerdir. En son diş hekimine muayene olma durumu açısından sorulan soruya verilen cevaplar ışığında bir yıl ve daha az süre içinde ziyarette bulunan öğrencilerin periodontal farkındalık düzeyi de genel olarak bir yıldan uzun süre önce ziyarette bulunan ya da hiç bulunmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Diş hekimine 1 yıldan daha kısa süre içinde muayeneye gidenlerin oranının yüksek olması, ağız sağlığı konusundaki farkındalığının yüksek olması ile ilişkilidir. Literatürde bu sonucu destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Savage 1994, Kawamura ve Iwamoto 1999, Taani 2002).

Çalışmaya katılan öğrencilerin SOC ile demografik verileri arasındaki ilişkiye baktığımızda ailesi ile beraber yaşayanların ilgili puanlarının SOC toplam, anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik puanları açısından anlamlı derecede yüksek olduğu

görülmüştür. Ailesi il merkezinde yaşayanların ise yönetilebilirlik puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bütünlük duygusu ile anne-baba öğrenim durumu, ailenin aylık ortalama gelir düzey, cinsiyet ve yaş grupları arasında ilişki bulunamamıştır. Peker ve ark. (2012)'ın diş hekimliği öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada bu sonucu desteklemektedir. Dori ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ise babanın eğitim seviyesi ile SOC arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildirmişlerdir. Savolainen ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada bütünlük duygusu ile gelir ve eğitim seviyesi arasında bir ilişki bulamamışlardır. Ancak literatürde aksini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Larsson ve Kallenberg 1996, Lundberg 1997, Kanhai ve ark 2014). Cinsiyet açısından literatüre bakıldığında erkeklerin kadınlara göre daha güçlü bütünlük duygusuna sahip olduklarını destekleyen çalışmalar olmasına rağmen (Larsson ve Kallenberg 1996, Buddeberg-Fischer ve ark 2001, Savolainen ve ark 2005, Dorri ve ark 2010), Kanhai ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada bütünlük duygusunun kadınlarda daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde yapılmış bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile bütünlük duygusu arasında ilişki bulunamamış olsa da (Due ve Holstein 1998, Abel ve ark 1999), bazı çalışmalarda anlamlı bir ilişki görülmüştür (Larsson ve Kallenberg 1996, Schumacher ve ark 2000, Buddeberg-Fischer ve ark 2001, Suominen ve ark 2001, Savolainen ve ark 2005, Dorri ve ark 2010, Nilsson ve ark 2014). Cinsiyet ile bütünlük duygusu arasındaki ilişki farklılıklarının sebebi, bu çalışmaların farklı kültürlere sahip toplumlarda yapılmış olması ve bu toplumlarda erkek ve kadınlara yüklenen sosyal rollerin farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır (Dorri ve ark 2010).

Çalışmaya katılan öğrencilerin bütünlük duygusu ile genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde SOC değeri, sigara ve alkol kullanmayanlarda ve genel sağlık durumunu iyi tanımlayanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bütünlük duygusu ile genel sağlık durumunu inceleyen çalışmalarda, bütünlük duygusu yüksek öğrencilerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma olasılıklarının daha fazla olduğu ve sağlığa zarar verici davranışlarda bulunma olasılıklarının ise daha düşük olduğu belirtilmektedir (Wainwright ve ark 2007, Lindmark ve ark 2011). Eriksson ve Lindström (2007) tarafından yapılan sistematik derlemede de bütünlük duygusu ile kişinin kendi sağlık durumunu değerlendirebilmesi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bunu destekleyen birçok çalışma da literatürde mevcuttur (Midanik ve ark 1992, Langius ve Lind 1995, Suominen ve ark 1999, Savolainen ve

ark 2004). Literatürdeki çeşitli çalışmalar öğrencilerin genel sağlık durumunu etkileyen davranışlardan sigara kullanımı (Kivimäki ve ark 2002), alkol tüketimi (Midanik ve ark 1992) ve fiziksel aktivitede (Hassmen ve ark 2000) bulunma ile bütünlük duygusu arasında ilişki olduğu desteklenmektedir. Kuuppelomäki and Utriainen (2003) tarafından yapılan çalışmada ise SOC'da gözlenen değişikliklerin sağlık çalışanlarındaki sigara kullanımı, alkol tüketimi ve fiziksel aktivitede bulunma gibi sağlık davranışlarındaki değişikliklerle ilişkili olmadığını belirtmektedir. Kanhai ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada da sigara kullanmayan bireylerin yüksek SOC'a sahip oldukları gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bütünlük duyguları ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, dişlerini düzenli fırçalayanların SOC toplam, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanları dişlerini düzenli fırçalamayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Düzenli diş ipi veya arayüz fırçası kullanan öğrencilerin anlamlılık puanlarının diğerlerinden önemli derecede daha yüksek ve farklı olduğu tespit edilmiştir. Çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmaların bulguları da elde ettiğimiz sonucu desteklemektedir (Savolainen ve ark 2005, Ayo-Yusuf ve ark 2009, Dorri ve ark 2010, Peker ve ark 2012, Kanhai ve ark 2014). Bireylerin düzenli olarak diş hekimine kontrole gitmeleri ağız sağlıklarının optimum düzeyde idamesi açısından önemlidir. En son diş hekimine muayene olma durumu bir yılın altında olan öğrencilerin bütünlük duygularının alt kategorilerinden anlamlılık puanları yüksek bulunmuştur. Kanhai ve ark. (2014) ile do Carmo Matias Freire ve ark. (2001), diş hekimine muayene olma durumu bir yılın altında olması ile yüksek bütünlük duygusu puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca güçlü bütünlük duygusuna sahip bireylerin oral hijyen davranışlarının da iyi olduğu belirtilmiş olup (Bernabé ve ark 2010), Savolainen ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada da SOC'un alt kategorileri ile oral sağlık davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu durumu gösteren kültürel ve değerler sistemi içindeki algısıdır (Group 1995). Bir başka deyişle, kişinin fiziksel hali, sosyal ilişkileri, psikolojik durumu ile ilişkili bir kavramdır (Group 1994). Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri değerlendirildiğinde kadınların ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeyi erkeklerden daha yüksek

bulunmuştur. Moksnes ve ark. (2013) yaptıkları bir çalışmada; erkeklerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi puanlarının ergenlik dönemde kadınlardan daha yüksek olduğu ve genç erişkinlik döneminde ise erkeklerin ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir. Aynı şekilde Goldbeck ve ark. (2007) ile Salmela-Aro ve Tuominen-Soini (2010) yaptıkları çalışmalarda bu durumu desteklemektedirler.

Bütünlük duygusunun bireyin kendi sağlığını değerlendirmesi üzerinde geniş kapsamlı bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Savolainen ve ark 2005). Çalışmamıza katılan öğrencilerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve bütünlük duyguları arasındaki ilişki incelendiğinde, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi yüksek öğrencilerin SOC puanlarının da yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmaya katılan öğrenciler klinik-preklinik olarak gruplandırıldığında, klinik öğrencilerinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi preklinik öğrencilerine göre yüksek bulunmuş olup, bütünlük duygusu açısından sınıf düzeyinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Ekman ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada, total puan düzeyinde ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve bütünlük duygusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ise birçok çalışmada, yüksek bütünlük duygusu ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir (Forsberg ve ark 1996, Ekman ve ark 2002, Savolainen 2005, Eriksson ve Lindström 2007, Langius-Eklöf ve ark 2009, Nilsson ve ark 2010).

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği aracılığıyla; ağız sağlığı problemleri ve fonksiyonlarının kişinin psikososyal olarak iyi oluşunu ne ölçüde etkilediğine bakılmaktadır (Locker ve ark 2000). Çalışmaya katılan öğrencilerin ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ile oral hijyen davranışları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde öğrencilerden düzenli diş fırçalayanların ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi yüksek bulunmuştur. Peker ve ark. (2012) yaptıkları çalışma da bu bulguyu desteklemektedirler. Ayrıca literatürde oral hijyen düzeyi düşük bireylerin daha düşük bir ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesine sahip olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Hjern ve ark 2001, Jamieson ve Thomson 2002, Green ve ark 2003, Montero ve ark 2014). Bu durum problem odaklı diş hekimine gidenlerin daha düşük ağız-diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesine sahip olduğunu da ortaya koymaktadır (Mc Grath ve Bedi 2001, Brennan ve Spencer 2005, Brennan ve ark 2006,

Crocombe ve ark 2012). Çalışmaya katılan öğrencilerden sigara kullanmayanların dişlerini düzenli fırçaladıkları, alkol kullanmayan öğrencilerin ise diş hekimine muayene olmaya kısa süre zarfında gittikleri görülmüştür. Düzenli diş hekimine ziyaret ile ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren çok fazla çalışma bulunmamasına rağmen, Montero ve ark. (2014)'ları yaptıkları çalışmada, diş hekimine ziyaret ile ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu göstermişlerdir. Literatürde bunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Slade ve ark 1996, Mc Grath ve Bedi 2001).

Glavind (1990) yaptığı çalışmada bireylerin eğitim sürecinde oral hijyen konusundaki ilgilerinin, periodontal farkındalık açısından en etkili yol olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza katılan öğrencilerin periodontal farkındalık bilgi düzeyleri sınıf seviyelerine (preklinik-klinik) göre değerlendirildiğinde, klinik sınıftaki öğrencilerin bilgi düzeyi preklinik sınıftaki öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Kawamura ve ark. (2002), yapmış oldukları çalışmada ileri sınıflarda olan öğrencilerin periodontal farkındalıklarının alt sınıflarda olan öğrencilere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Diş hekimliği eğitimine başlayan öğrencilerin periodontal farkındalığının düşük olduğu ve eğitim süreçleri boyunca periodontal farkındalıklarının arttığı ve oral hijyen davranışlarının da geliştiği bildirilmiştir. Bunun sebebini ilerleyen eğitim süreçlerinde Koruyucu Diş Hekimliği ve Periodontoloji derslerini almaya başlamalarına bağlayabiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli diş fırçalama ve diş ipi veya arayüz fırçası kullanma alışkanlığı klinik öğrencilerinde daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen, en son diş hekimine muayeneye gitme durumu açısından preklinik öğrencilerinin oranı daha yüksek bulunmuştur. Al-Wahadni ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada diş hekimliğinde ileri sınıflara gidildikçe oral sağlık davranışlarının geliştiği belirtilmiştir. Barrieshi-Nusair ve ark. (2006) tarafından diş hekimliği öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada; diş ipi kullanma alışkanlığı açısından eğitim süreci boyunca anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yeta (2016) yaptığı bir çalışmada, diş hekimliği son sınıf öğrencilerinin düzenli diş fırçalama ve diş ipi kullanma alışkanlıklarının ve düzenli diş hekimine gitme sıklığının birinci sınıftaki öğrencilere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Sigara kullanımı sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan ve periodontal sağlığı da etkileyen bir risk faktörüdür (Karlıkaya ve Ozdemir 2011). Çalışmaya katılan preklinik öğrencilerde sigara ve alkol kullanma oranı, klinik sınıftaki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük bulunurken, klinik sınıfta sağlık durumunu kötü veya çok kötü şeklinde bildirenlerin, preklinik sınıftakilerden anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır. Diş hekimliği öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini bilmelerine rağmen sigara kullanmaya devam ettikleri görülmüştür (Pizzo ve ark 2010). Al-Omari ve Hamasha (2005)'nın yaptıkları çalışmada ise diş hekimliği öğrencileri arasında sigara kullanma oranı % 17,2 bulunmuştur. Barrieshi-Nusair ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada ise sigara alışkanlığı açısından eğitim süreci boyunca anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Marmara Üniversitesi diş hekimliği öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, preklinik öğrencilerinin sigara kullanma oranı, klinik öğrencilerinin sigara kullanma oranına göre düşük bulunmuştur (Kınacı ve Doğan 2012).

Bu araştırmada öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, periodontal farkındalık düzeyleri, bütünlük duyguları, oral hijyen davranışları, genel sağlık durumları ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri arasındaki ilişki düzeyi değerlendirildi. Yüksek periodontal farkındalık bilgi düzeyine sahip öğrencilerin, düzenli diş fırçalama alışkanlığının olduğu ve en son diş hekimine muayeneye bir yıldan daha kısa sürede gittikleri saptandı. Bütünlük duygusu açısından, yüksek SOC seviyesine sahip öğrencilerin alkol, sigara gibi kötü alışkanlıklara sahip olmadıkları, iyi düzeyde oral hijyen davranışlarına sahip oldukları ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi seviyelerinin de yüksek olduğu görüldü. Literatürde bu konu ile alakalı yapılmış çalışmaların bir kısmı, araştırma sonucunda elde edilen bulguları desteklerken, bir kısmı ise farklı bulgulara sahiptir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diş hekimliği fakültesinde okuyan öğrencilerin demografik verileri ile beraber periodontal farkındalık düzeyi, bütünlük duygusu düzeyi, oral hijyen alışkanlıkları ve genel sağlık durumu arasındaki ilişki durumunu değerlendirmeyi amaçladığımız araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ndeki öğrencilerin tümü değerlendirildiğinde, periodontal farkındalık bilgi düzeyi % 57,6 bulunmuş olup, üst sınıflara gidildikçe farkındalık düzeyinde artış görülmüştür. Bu durum, alınan eğitimin olumlu etkisini göstermektedir.
2. Öğrencilerin oral hijyen davranışlarıyla periodontal açıdan farkındalık bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiye baktığımızda, yüksek periodontal farkındalık bilgi düzeyine sahip öğrencilerin düzenli olarak diş fırçalama alışkanlığına sahip oldukları ve düzenli olarak diş hekimine kontrole gittikleri sonucuna varılmıştır.
3. Bütünlük duygu seviyesi yüksek öğrencilerin genel olarak sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıklara sahip olmadıkları ve genel sağlık durumlarını iyi olarak tanımladıkları belirlenmiştir.
4. Öğrencilerin ağız bakım becerileri ile bütünlük duyguları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, düzenli diş fırçalama alışkanlığına sahip öğrencilerin SOC toplam, yönetilebilirlik ve anlamlılık puanları yüksek bulunmuş olup diş ipi veya arayüz fırçası kullanımı ve en son diş hekimine muayene gitme açısından ise anlamlılık puanı yüksek bulunmuştur. Bu da güçlü bütünlük duygusuna sahip bireylerin oral hijyen davranışlarının da genel olarak iyi olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.
5. Çalışmamıza katılan öğrencilerin bütünlük duygusu ve ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, yüksek bütünlük duygusu puanlarına sahip öğrencilerin ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi de yüksek bulunmuştur.
6. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi düşük öğrencilerin oral hijyen davranışlarının yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.

7. Üst sınıflara gidildikçe oral sağlık davranışları gelişmekte olup, diş hekimine kısa süre zarfında muayeneye gitme durumu preklinik öğrencilerine nazaran klinik öğrencilerinde daha yüksek bulunmuştur.
8. Üst sınıflara doğru gidildikçe sigara ve alkol kullanma oranı artmaktadır.
9. Çalışmamıza katılan öğrenciler klinik-preklinik olarak gruplandırıldığında, klinik öğrencilerinin ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düzeyi preklinik öğrencilerine göre yüksek bulunmuş olup, bütünlük duygusu açısından sınıf düzeyinde farklılık görülmemiştir.

Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgulardan ve ulaşılan sonuçlardan faydalanılarak oluşturulan öneriler aşağıda özetlenmiştir:

- ✓ Öğrencilerin yüksek bilinç düzeyine sahip olarak mezun olabilmeleri için, periodontal farkındalık bilgi düzeyi ve ağız sağlığı konusundaki becerilerinin iyi bir duruma gelebilmesi gerekir. Bu da ilgili eğitim programlarının ilk yıllarından itibaren verilmesiyle sağlanabilir.
- ✓ Sigara ve alkol kullanımının ağız sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri derslerde anlatılmasına rağmen, bu zararlı alışkanlıkların üst sınıflarda daha yüksek düzeyde olmasının nedenleri kapsamlı olarak araştırılmalıdır.
- ✓ Bütünlük duygusu, ağız-diş sağlığının geliştirilmesine yönelik stratejilerin planlanması açısından faydalı olabilir. Bu yüzden ileride yapılacak ayrıntılı çalışmalar, etkin eğitim programlarının hazırlanmasına kaynaklık edebilir.

KAYNAKLAR

Abel T, Walter E, Niemann S, Weitkunat R, 1999. The Berne-Munich Lifestyle Panel. Sozial-und Präventivmedizin, 44, 3, 91-106.

Abrams K, Caton J, Polson A, 1984. Histologic comparisons of interproximal gingival tissues related to the presence or absence of bleeding. Journal of Periodontology, 55, 11, 629-32.

Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, Norman A, Östenson C-G, 2003. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. Diabetes care, 26, 3, 719-24.

Ainamo J, Löe H, 1966. Anatomical characteristics of gingiva. A clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. Journal of periodontology, 37, 1, 5-13.

Al-Hussaini R, Al-Kandari M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S, Memon A, 2003. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. Medical Principles and Practice, 12, 4, 260-5.

Al-Omari Q, Hamasha A, 2005. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. J Contemp Dent Pract, 6, 1, 107-14.

Al-Wahadni AM, AL-Omiri MK, Kawamura M, 2004. Differences in self-reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. Journal of oral science, 46, 3, 191-7.

Al-Zahrani MS, Borawski EA, Bissada NF, 2005. Increased physical activity reduces prevalence of periodontitis. Journal of dentistry, 33, 9, 703-10.

Albandar JM, Rams TE, 2002. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. Periodontology 2000, 29, 1, 7-10.

Albandar JM, Tinoco E, 2002. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. Periodontology 2000, 29, 1, 153-76.

Aleksejunñiené J, Holst D, Eriksen HM, Gjermo P, 2002. Psychosocial stress, lifestyle and periodontal health. Journal of clinical periodontology, 29, 4, 326-35.

Alemdar B, 2016. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine Başvuran Hastaların Periodontal Farkındalıklarının Değerlendirilmesi Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi.

Alexandridi F, Tsantila S, Pepelassi E, 2017. Smoking cessation and response to periodontal treatment. Australian dental journal.

Allen PF, 2003. Assessment of oral health related quality of life. Health and Quality of Life outcomes, 1, 1, 40.

Almedom AM, 2005. Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to “light at the end of the tunnel”? Journal of Loss and Trauma, 10, 3, 253-65.

Antonovsky A, 1979. Health, stress, and coping.

Antonovsky A, 1987. Medical student selection at the Ben-Gurion University of the Negev. Israel journal of medical sciences, 23, 9-10, 969-75.

Antonovsky A, 1987. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well, Jossey-Bass, p.

Antonovsky A, 1991. Meine Odyssee als Stressforscher. Jahrbuch für kritische Medizin, 17, 112-30.

Antonovsky A, 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social science & medicine, 36, 6, 725-33.

Antonovsky A, 1997. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, 119.

Armitage GC, 1996. Periodontal diseases: diagnosis. Annals of Periodontology, 1, 1, 37-215.

Armitage GC, 1999. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of periodontology, 4, 1, 1-6.

Armitage GC, Cullinan MP, Seymour GJ, 2010. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis: introduction. Periodontology 2000, 53, 1, 7-11.

Atchison KA, Dolan TA, 1990. Development of the geriatric oral health assessment index. Journal of dental education, 54, 11, 680-7.

Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, Van Den Borne BW, 2009. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 37, 1, 68-77.

Bag B, 2017. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Salutogenez Modeli. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 9, 3.

Barrieshi-Nusair K, Alomari Q, Said K, 2006. Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. Community dental health, 23, 3, 147.

Baser Ü, Dogru HE, Özerol B, Issever H, Yalçin F, Gülden I, Utku O, 2014. Evaluation of periodontal disease awareness by comparing self reports and clinical measurements of patients at İstanbul University Faculty of Dentistry. Istanbul Üniversitesi Dis Hekimligi Fakültesi Dergisi, 48, 2, 35.

Berezow AB, Darveau RP, 2011. Microbial shift and periodontitis. Periodontology 2000, 55, 1, 36-47.

Bergström J, 2003. Tobacco smoking and risk for periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology, 30, 2, 107-13.

Bernabé E, Marcenes W, 2011. Income inequality and tooth loss in the United States. Journal of dental research, 90, 6, 724-9.

Bernabé E, Suominen AL, Nordblad A, Vehkalahti MM, Hausen H, Knuuttila M, Kivimäki M, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G, 2011. Education level and oral health in Finnish adults: evidence from different lifecourse models. Journal of clinical periodontology, 38, 1, 25-32.

Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Kivimäki M, Tsakos G, 2010. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. Journal of clinical periodontology, 37, 11, 981-7.

Benz C, Bull T, Mittelmark M, Vaandrager L, 2014. Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. Global health promotion, 21, 4, 16-23.

Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K, 2010. Determinants of mental well-being in medical students. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45, 2, 253-8.

Bishop GD, 1993. The sense of coherence as a resource in dealing with stress. Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient.

Brady WF, 1984. Periodontal disease awareness. Journal of the American Dental Association (1939), 109, 5, 706-10.

Braun-Lewensohn O, Sagy S, (2011). Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups, Taylor & Francis.

Brennan DS, Singh KA, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, 2006. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes, 4, 1, 83.

Brennan D, Spencer A, 2005. Comparison of a generic and a specific measure of oral health related quality of life. Community dental health, 22, 1, 11-8.

Bowers GM, 1963. A study of the width of attached gingiva. Journal of Periodontology, 34, 3, 201-9.

Brodeur J, Naccache H, Simard P, Lussier J, 1990. Quebec dental manpower and demand for dental care from 1985-1988. Journal (Canadian Dental Association), 56, 8, 773-6.

Brooks JD, 1998. Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency, 227-48.

Brown LF, 1996. A comparison of patients attending general dental practices employing or not employing dental hygienists. Australian dental journal, 41, 1, 47-52.

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Schnyder U, 2001. Sense of coherence in adolescents. Sozial-und Präventivmedizin, 46, 6, 404-10.

Burt BA, 1994. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. The Journal of the American Dental Association, 125, 3, 273-9.

Carranza F, 2002. The tooth-supporting structures. Clinical periodontology, 36-57.

Carstens JA, Spangenberg JJ, 1997. Major depression: a breakdown in sense of coherence? Psychological reports, 80, 3_suppl, 1211-20.

Claffey N, Polyzois I, Ziaka P, 2004. An overview of nonsurgical and surgical therapy. Periodontology 2000, 36, 1, 35-44.

Christie MJ, French D, Sowden A, West A, 1993. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma. Psychosomatic Medicine.

Conaghan PG, Brooks P, 1995. Disease-modifying antirheumatic drugs, including methotrexate, gold, antimalarials, and D-penicillamine. Current opinion in rheumatology, 7, 3, 167-73.

Coolidge ED, 1937. The thickness of the human periodontal membrane. The Journal of the American Dental Association and The Dental Cosmos, 24, 8, 1260-70.

Cortes FJ, Nevot C, Ramon JM, Cuenca E, 2002. The evolution of dental health in dental students at the University of Barcelona. Journal of dental education, 66, 10, 1203-8.

Crocombe LA, Broadbent JM, Thomson WM, Brennan DS, Poulton R, 2012. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oral health and oral health-related quality of life. Journal of public health dentistry, 72, 1, 36-44.

Croxson L, 1993. Periodontal awareness: the key to periodontal health. International dental journal, 43, 2 Suppl 1, 167-77.

Cushing A, Sheiham A, Maizels J, 1986. Developing socio-dental indicators--the social impact of dental disease. Community dental health, 3, 1, 3-17.

Czarnetzki A, Jakob T, Pusch C, 2003. Palaeopathological and variant conditions of the Homo heidelbergensis type specimen (Mauer, Germany). Journal of human evolution, 44, 4, 479-95.

Demmer RT, Behle JH, Wolf DL, Handfield M, Kebschull M, Celenti R, Pavlidis P, Papapanou PN, 2008. Transcriptomes in healthy and diseased gingival tissues. Journal of periodontology, 79, 11, 2112-24.

Demmer RT, Papapanou PN, 2010. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. Periodontology 2000, 53, 1, 28-44.

do Carmo Matias Freire M, Sheiham A, Hardy R, 2001. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. Community dentistry and oral epidemiology, 29, 3, 204-12.

Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R, 2010. The relationship between Sense of Coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. Journal of clinical periodontology, 37, 1, 46-52.

Due E, Holstein BE, 1998. " Sense of coherence", social class and health in a Danish population study. Ugeskrift for laeger, 160, 51, 7424-9.

Eaton K, 1998. Awareness of periodontal diseases: the professional and the civil servant. International dental journal, 48, S3, 248-55.

Eddie S, 1984. Frequency of attendance in the General Dental Service in Scotland. A comparison with claimed attendance. British dental journal, 157, 8, 267.

Ekanayake L, Dharmawardena D, 2003. Dental anxiety in patients seeking care at the University Dental Hospital in Sri Lanka. Community dental health, 20, 2, 112-6.

Ekman I, Fagerberg B, Lundman B, 2002. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. Heart & Lung: The journal of acute and critical care, 31, 2, 94-101.

Eriksson M, Lindström B, 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health, 60, 5, 376-81.

Eriksson M, Lindström B, 2007. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health, 61, 11, 938-44.

Feldt T, 2002. Sense of coherence: Structure, stability and health-promoting role in working life.

Flemmig TF, 1999. Periodontitis. Annals of Periodontology, 4, 1, 32-7.

Forsberg C, Björvell H, Cedermark B, 1996. Well-being and Its Relation to Coping Ability in Patients with Colo-rectal and Gastric Cancer Before and After Surgery. Scandinavian journal of caring sciences, 10, 1, 35-44.

Frandsen A, 1985. Changing patterns of attitudes and oral health behaviour. International dental journal, 35, 4, 284-90.

Frenz AW, Carey MP, Jorgensen RS, 1993. Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Psychological assessment, 5, 2, 145.

Frommberger U, Stieglitz R-D, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M, 1999. The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. Journal of psychosomatic research, 46, 4, 343-8.

Gallagher TJ, Wagenfeld MO, Baro F, Haepers K, 1994. Sense of coherence, coping and caregiver role overload. Social Science & Medicine, 39, 12, 1615-22.

Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA, 1998. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. Annals of Periodontology, 3, 1, 288-302.

Geyer S, 1997. Some conceptual considerations on the sense of coherence. Social science & medicine, 44, 12, 1771-9.

Gjermo P, 1991. Factors influencing the assessment of treatment needs. Journal of clinical periodontology, 18, 6, 358-61.

Glavind L, Attström R, 1979. Periodontal self-examination A motivational tool in periodontics. Journal of clinical periodontology, 6, 4, 238-51.

Glavind L, 1986. The scientific basis for oral health recommendation. Promotion of self care in oral health, 77-93.

Glavind L, 1990. Means and methods in oral hygiene instruction of adults. A review. Tandlaegebladet, 94, 6, 213-46.

Goldbeck L, Schmitz TG, Besier T, Herschbach P, Henrich G, 2007. Life satisfaction decreases during adolescence. Quality of Life Research, 16, 6, 969-79.

Gray PG, Todd J, Slack G, Bulman J, 1970. Adult dental health in England and Wales in 1968. Adult dental health in England and Wales in 1968.

Green B, Person S, Crowther M, Frison S, Shipp M, Lee P, Martin M, 2003. Demographic and geographic variations of oral health among African Americans based on NHANES III. Community dental health, 20, 2, 117-22.

Grossi SG, Genco RJ, 1998. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. Annals of periodontology, 3, 1, 51-61.

Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, Norderyd OM, Genco RJ, 1994. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. Journal of periodontology, 65, 3, 260-7.

Group W, 1994. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Quality of life assessment: International perspectives. Eds: Springer, p. 41-57.

Group W, 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine, 41, 10, 1403-9.

Güngör K, Tüter G, Bal B, 1999. Eğitim düzeyi ile ağız sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Acta Odontologica Turcica, 16, 1, 21.

Hart TC, Atkinson JC, 2007. Mendelian forms of periodontitis. Periodontology 2000, 45, 1, 95-112.

Hassmen P, Koivula N, Uutela A, 2000. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. Preventive medicine, 30, 1, 17-25.

Heiman T, 2004. Examination of the salutogenic model, support resources, coping style, and stressors among Israeli university students. The Journal of Psychology, 138, 6, 505-20.

Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M, 2001. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. Community dentistry and oral epidemiology, 29, 3, 167-74.

Hobdell M, Oliveira E, Bautista R, Myburgh N, Lalloo R, Narendran S, Johnson N, 2003. Oral diseases and socio-economic status (SES). British dental journal, 194, 2, 91.

Hugoson A, Norderyd O, 2008. Has the prevalence of periodontitis changed during the last 30 years? Journal of clinical periodontology, 35, s8, 338-45.

Howat A, Trabelsi I, Bradnock G, 1979. Oral hygiene levels and behaviour in pre-clinical and final-year dental students. Journal of clinical periodontology, 6, 3, 177-85.

Ing JD, Reutter L, 2003. Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique, 224-8.

Işımer Y, Özdemir A, Kansu A, Akça E, 1997. Sigaranın periodontal dokular üzerindeki etkisinin incelenmesi. AÜ DişHek. Fak. Dergisi, 24, 41-6.

Jamieson L, Thomson M, 2002. Dental health, dental neglect, and use of services in an adult Dunedin population sample. New Zealand Dental Journal, 98, 4-8.

John M, Hujoel P, Miglioretti D, LeResche L, Koepsell T, Micheelis W, 2004. Dimensions of oral-health-related quality of life. Journal of dental research, 83, 12, 956-60.

Johnson N, Griffiths G, Wilton J, Maiden M, Curtis M, Gillett I, Wilson D, Sterne J, 1988. Detection of high-risk groups and individuals for periodontal diseases. Journal of Clinical Periodontology, 15, 5, 276-82.

Joshi SB, 2007. Exercise training in the management of cardiac failure and ischaemic heart disease. Heart, Lung and Circulation, 16, S83-S7.

Jürgensen N, Petersen P, 2013. Promoting oral health of children through schools-Results from a WHO global survey 2012. Community Dent Health, 30, 4, 204-18.

Kalimo R, Vuori J, 1990. Work and sense of coherence—resources for competence and life satisfaction. Behavioral Medicine, 16, 2, 76-89.

Kalimo R, Vuori J, 1991. Work factors and health: The predictive role of pre-employment experiences. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 64, 2, 97-115.

Kanhai J, Harrison VE, Suominen AL, Knuuttila M, Uutela A, Bernabé E, 2014. Sense of coherence and incidence of periodontal disease in adults. Journal of clinical periodontology, 41, 8, 760-5.

Karlıkaya C, Ozdemir L, 2011. Did unprogrammed tobacco control efforts over seven years decrease smoking prevalence in the medical school. Tuberk Toraks, 59, 1, 18-26.

Kassak KM, Dagher R, Doughan B, 2001. Oral hygiene and lifestyle correlates among new undergraduate university students in Lebanon. Journal of American College Health, 50, 1, 15-20.

Kawamura M, Honkala E, Widström E, Komabayashi T, 2000. Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. International dental journal, 50, 1, 46-50.

Kawamura M, Ikeda-Nakaoka Y, Sasahara H, 2000. An assessment of oral self-care level among Japanese dental hygiene students and general nursing students using the Hiroshima University–Dental Behavioural Inventory (HU-DBI): Surveys in 1990/1999. European Journal of Dental Education, 4, 2, 82-8.

Kawamura M, Iwamoto Y, 1999. Present state of dental health knowledge, attitudes/behaviour and perceived oral health of Japanese employees. International dental journal, 49, 3, 173-81.

Kawamura M, Spadafora A, Kim KJ, Komabayashi T, 2002. Comparison of United States and Korean dental hygiene students using the Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory (HU-DBI). International dental journal, 52, 3, 156-62.

Kawamura M, Takase N, Sasahara H, Okada M, 2008. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan: comparison by sex and age group. Journal of oral science, 50, 2, 167-74.

Kawamura M, Tsurumoto A, Fukuda S, Sasahara H, 2001. Health behaviors and their relation to metabolic control and periodontal status in type 2 diabetic patients: a model tested using a linear structural relations program. Journal of periodontology, 72, 9, 1246-53.

Kawamura M, Wright F, Declerck D, Freire M, Hu DY, Honkala E, Levy G, Kalwitzki M, Polychronopoulou A, Yip HK, 2005. An exploratory study on cultural variations in oral health attitudes, behaviour and values of freshman (first-year) dental students. International dental journal, 55, 4, 205-11.

Kawamura M, Yip HK, Hu Y, Komabayashi T, 2001. A cross-cultural comparison of dental health attitudes and behaviour among freshman dental students in Japan, Hong Kong and West China. International dental journal, 51, 3, 159-63.

Khan S, 2011. Effect of smoking on periodontal health. Disease-a-Month, 57, 4, 214-7.

Koptagel-İlal G, Salutogenesis and Sense of Coherence.

Kınacı A, Doğan B, 2012. Evaluation of periodontal health of the students in Marmara University Faculty of Dentistry. Clinical and Experimental Health Sciences, 2, 6, S47.

Kinane DF, 2001. Causation and pathogenesis of periodontal disease. Periodontology 2000, 25, 1, 8-20.

Kinane DF, Peterson M, Stathopoulou PG, 2006. Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. Periodontology 2000, 40, 1, 107-19.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Nurmi J-E, Feldt T, Keltikangas-Järvinen L, Pentti J, 2002. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. Journal of Psychosomatic Research, 52, 4, 239-47.

Kivimäki M, Kalimo R, Toppinen S, 1998. Sense of coherence as a modifier of occupational stress exposure, stress perception, and experienced strain: a study of industrial managers. Psychological Reports, 83, 3, 971-81.

Klang B, Björvell H, Clyne N, 1996. Quality of life in predialytic uremic patients. Quality of Life Research, 5, 1, 109-16.

Koelen M, Lindström B, 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. European journal of clinical nutrition, 59, S1, S10.

Kornman KS, 1996. Refractory periodontitis: critical questions in clinical management. Journal of clinical periodontology, 23, 3, 293-8.

Köppel M, (2010). Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage, Jacobs Verlag.

Kravetz S, Drory Y, Florian V, 1993. Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. European Journal of Personality, 7, 4, 233-44.

Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M, 2002. Utilization of dental health services among middle-aged people in Sweden and Denmark. Acta Odontologica Scandinavica, 60, 5, 276-80.

Kune S, 1993. Stressful life events and cancer. Epidemiology, 395-7.

Kutsal D, 2014. Kronik Periodantitis Hastaların Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesinin ve Hastalık Semptomlarının Öz Algısının Değerlendirilmesi.

Kuuppelomäki M, Utriainen P, 2003. A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. International journal of nursing studies, 40, 4, 383-8.

Langius A, Björvell H, 1993. Coping ability and functional status in a Swedish population sample. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 7, 1, 3-10.

Langius A, Lind M, 1995. Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology, 31, 4, 242-9.

Langius-Eklöf A, Lidman K, Wredling R, 2009. Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. AIDS patient care and STDs, 23, 1, 59-64.

Larato DC, Stahl S, Brown Jr R, Witkin G, 1969. The effect of a prescribed method of toothbrushing on the fluctuation of marginal gingivitis. Journal of periodontology, 40, 3, 142-9.

Larsson G, Kallenberg KO, 1996. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. The European Journal of Public Health, 6, 3, 175-80.

Lebel S, Trinkaus E, Faure M, Fernandez P, Guérin C, Richter D, Mercier N, Valladas H, Wagner GA, 2001. Comparative morphology and paleobiology of Middle Pleistocene human remains from the Bau de l'Aubesier, Vaucluse, France. Proceedings of the National Academy of Sciences, 98, 20, 11097-102.

Leone S, Molinaro A, Alfieri F, Cafaro V, Lanzetta R, Di Donato A, Parrilli M, 2006. The biofilm matrix of Pseudomonas sp. OX1 grown on phenol is mainly constituted by alginate oligosaccharides. Carbohydrate research, 341, 14, 2456-61.

Leroy R, Jara A, Martens L, Declerck D, 2011. Oral hygiene and gingival health in Flemish pre-school children. Community dental health, 28, 1, 75-81.

Lindström B, Eriksson M, 2005. Salutogenesis. Journal of Epidemiology and community health, 59, 6, 440-2.

Listgarten M, 1976. Structure of the microbial flora associated with periodontal health and disease in man: a light and electron microscopic study. Journal of periodontology, 47, 1, 1-18.

Listgarten M, Mao R, Robinson P, 1976. Periodontal probing and the relationship of the probe tip to periodontal tissues. Journal of periodontology, 47, 9, 511-3.

Locker D, 1988. Dental health education. In: Preventive dental service (2" edition). Ottawa: Health and Walfare Canada, pp 143-160.

Locker D, 1988. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health, 5, 3-18.

Locker D, 1997. Concepts of oral health, disease and the quality of life. Measuring oral health and quality of life, 11, 24.

Locker D, 1998. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. Community dentistry and oral epidemiology, 26, 1, 41-7.

Locker D, Clarke M, Payne B, 2000. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. Journal of dental research, 79, 4, 970-5.

Löe H, Theilade E, Jensen SB, 1965. Experimental gingivitis in man. Journal of periodontology, 36, 3, 177-87.

Lundberg O, 1997. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. Social Science & Medicine, 44, 6, 821-31.

Maatouk F, Maatouk W, Ghedira H, Ben Mimoun S, 2006. Effect of 5 years of dental studies on the oral health of Tunisian dental students.

Mariotti A, 1999. Dental plaque-induced gingival diseases. Annals of periodontology, 4, 1, 7-17.

Marsh P, 2010. Controlling the oral biofilm with antimicrobials. Journal of dentistry, 38, S11-S5.

Mcculloch CA, Lekic P, Mckee MD, 2000. Role of physical forces in regulating the form and function of the periodontal ligament. Periodontology 2000, 24, 1, 56-72.

McGrath C, Bedi R, 2002. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK©). British dental journal, 193, 9, 521.

Midanik LT, Soghikian K, Ransom LJ, Polen MR, 1992. Alcohol problems and sense of coherence among older adults. Social science & medicine, 34, 1, 43-8.

Montero J, Albaladejo A, Zalba JI, 2014. Influence of the usual motivation for dental attendance on dental status and oral health-related quality of life. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal, 19, 3, e225.

Mumcu G, Inanc N, Ergun T, Ikiz K, Gunes M, Islek U, Yavuz S, Sur H, Atalay T, Direskeneli H, 2006. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. Oral diseases, 12, 2, 145-51.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N, 2006. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. Journal of oral science, 48, 1, 1-7.

Nanakorn S, Osaka R, Chusilp K, Tsuda A, Maskasame S, Ratanasiri A, 1999. Gender differences in health-related practices among university students in northeast Thailand. Asia Pacific Journal of Public Health, 11, 1, 10-5.

Needleman I, Suvan J, Moles DR, Pimlott J, 2005. A systematic review of professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases. Journal of clinical periodontology, 32, s6, 229-82.

Nicolau B, Netuveli G, Kim JWM, Sheiham A, Marcenes W, 2007. A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease. Journal of clinical periodontology, 34, 10, 844-50.

Nilsson B, Holmgren L, Westman G, 2000. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: gender and psychosocial differences. Scandinavian journal of primary health care, 18, 1, 14-20.

Nilsson B, Stegmayr B, Holmgren L, Westman G, 2014. Sense of coherence in two cross-sectional studies in northern Sweden 1994 and 1999: Patterns among men and women.

Nilsson KW, Leppert J, Simonsson B, Starrin B, 2010. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. Journal of Epidemiology & Community Health, 64, 4, 347-52.

Noonan B, 2014. Understanding the reasons why patients delay seeking treatment for oral cancer symptoms from a primary health care professional: an integrative literature review. European Journal of Oncology Nursing, 18, 1, 118-24.

Norderyd O, Hugoson A, Grusovin G, 1999. Risk of severe periodontal disease in a Swedish adult population. Journal of clinical periodontology, 26, 9, 608.

Nowjack-Raymer R, Ainamo J, Suomi JD, Kingman A, Driscoll WS, Brown LJ, 1995. Improved periodontal status through self-assessment A 2-year longitudinal study in teenagers. Journal of clinical periodontology, 22, 8, 603-8.

Nuttall N, Bradnock G, White D, Morris J, Nunn J, 2001. Adult dental health survey: Dental attendance in 1998 and implications for the future. British Dental Journal, 190, 4, 177.

Oppermann RV, 2007. An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. Brazilian Oral Research, 21, SPE, 8-15.

Östberg A-L, Halling A, Lindblad U, 1999. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. Acta odontologica scandinavica, 57, 4, 231-6.

Öztekin C, Tezer E, 2009. The role of sense of coherence and physical activity in positive and negative affect of Turkish adolescents. Adolescence, 44, 174, 421.

Papapanou P, 1998. Risk assessments in the diagnosis and treatment of periodontal diseases. Journal of dental education, 62, 10, 822-39.

Peker I, Alkurt MT, 2009. Oral health attitudes and behavior among a group of Turkish dental students. European journal of dentistry, 3, 1, 24.

Peker K, Bermek G, Uysal O, 2012. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. Journal of dental education, 76, 6, 774-82.

Periodontology AAo, 2001. Glossary of periodontal terms, American Academy of Periodontology, p.

Petersen PE, 1986. Dental health behaviour among 25-44-year-old Danes. Scandinavian journal of primary health care, 4, 1, 51-7.

Petersen PE, 2003. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and oral epidemiology, 31, s1, 3-24.

Petersen PE, 2008. World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. International dental journal, 58, 3, 115-21.

Petersen PE, 2009. Global policy for improvement of oral health in the 21st century–implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community dentistry and oral epidemiology, 37, 1, 1-8.

Petersen PE, Ogawa H, 2012. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontology 2000, 60, 1, 15-39.

Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW, 2005. Periodontal diseases Lancet 366: 1809–1820. doi: 10.1016. S0140-6736 (05), 67728-8.

Pitiphat W, Merchant A, Rimm E, Joshipura K, 2003. Alcohol consumption increases periodontitis risk. Journal of dental research, 82, 7, 509-13.

Pizzo G, Licata M, Piscopo M, Coniglio M, Pignato S, Davis J, 2010. Attitudes of Italian dental and dental hygiene students toward tobacco-use cessation. European Journal of Dental Education, 14, 1, 17-25.

Polychronopoulou A, Kawamura M, Athanasouli T, 2002. Oral self-care behavior among dental school students in Greece. Journal of oral science, 44, 2, 73-8.

Read S, Aunola K, Feldt T, Leinonen R, Ruoppila I, 2005. The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence, and health among Finnish people aged 65-69. European Psychologist, 10, 3, 244.

Reddy MS, 1997. The use of periodontal probes and radiographs in clinical trials of diagnostic tests. Annals of periodontology, 2, 1, 113-22.

Reich E, Hiller KA, 1993. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. Community dentistry and oral epidemiology, 21, 6, 379-83.

Reisine S, 1987. A path analysis of the utilization of dental services. Community dentistry and oral epidemiology, 15, 3, 119-24.

Renvert S, Persson GR, 2004. Supportive periodontal therapy. Periodontology 2000, 36, 1, 179-95.

Richard P, Gururajarao T, Chava V, 2000. Influence of lifestyle, gender and socioeconomic status as determinants of dental health behavior, periodontal status awareness. JPFA, 14, 21-5.

Richards ND, Cohen Lois K, 1971. Social Sciences and Dentistry: A Critical Bibliography.

Ritchie J, Jacoby A, Bone M, 1981. Access to primary health care: an enquiry carried out on behalf of the United Kingdom Health Departments, HM Stationery Office, p.

Ryland E, Greenfield S, 1991. Work stress and well being: An investigation of Antonovsky's sense of coherence model. Journal of Social Behavior and Personality, 6, 7, 39.

Sağlam F, 1996. Periodontal Tedavi Yöntemlerine Genel Bir Yaklaşim-Periodontal Therapy: A Review In Historical Perspective. Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry, 30, 1, 53-7.

Salmela-Aro K, Tuominen-Soini H, 2010. Adolescents' life satisfaction during the transition to post-comprehensive education: Antecedents and consequences. Journal of Happiness Studies, 11, 6, 683-701.

Savage K, 1994. A pilot study of periodontal disease awareness amongst Nigerians. African dental journal: official publication of the Federation of African Dental Associations= Journal dentaire africain, 8, 30-5.

Savolainen J, 2005. A Salutogenic Perspective to Oral Health: Sense of Coherence as a Determinant of Oral and General Health Behaviours, and Oral Health-related Quality of Life, University of Oulu, p.

Savolainen J, Knuuttila M, Suominen-Taipale L, Martelin T, Nordblad A, Niskanen M, Uutela A, 2004. A strong sense of coherence promotes regular dental attendance in adults. Community dental health, 21, 4, 271-6.

Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, Knuuttila M, 2005. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. European journal of oral sciences, 113, 2, 121-7.

Scannapieco FA, 1998. Position paper of The American Academy of Periodontology: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. Journal of periodontology, 69, 7, 841-50.

Scannapieco FA, Bush RB, Paju S, 2003. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. Annals of periodontology, 8, 1, 54-69.

Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T, Brähler E, 2000. The Antonovsky Sense of Coherence Scale. Test statistical evaluation of a representative population sample and construction of a brief scale. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 12, 472-82.

Sheiham A, 1970. Dental cleanliness and chronic periodontal disease. Studies on populations in Britain. Br Dent J, 129, 9, 413-8.

Sheiham A, 1977. Prevention and control of periodontal disease. in: International conference on research in the biology of periodontal disease. University of Illinois College of Dentistry, Chicago, Ph. D. diss.

Schenkein HA, Van Dyke TE, 1994. Early-onset periodontitis: systemic aspects of etiology and pathogenesis. Periodontology 2000, 6, 1, 7-25.

Schroeder H, 1986. The periodontium. Vol. 5. Schroeder HE. Handbook of microscopic anatomy. Berlin: Springer-Verlag.

Schwartz , 1991. Concomitant changes in dental service utilization and in public reimbursements for dental care in Denmark Annual Meeting of Scand Ass Dent Research, Abstract no. 37, Helsinki. 1975-90.

Schwarz E, Lo E, 1994. Dental health knowledge and attitudes among the middle-aged and the elderly in Hong Kong. Community dentistry and oral epidemiology, 22, 5, 358-63.

Selvig KA, 1965. The fine structure of human cementum. Acta Odontologica Scandinavica, 23, 4, 423-41.

Sheiham A, 1991. Public health aspects of periodontal diseases in Europe. Journal of clinical periodontology, 18, 6, 362-9.

Slade GD, 1997. Measuring oral health and quality of life, Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina, p.

Slade G, Spencer A, Locker D, Hunt R, Strauss R, Beck J, 1996. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. Journal of dental research, 75, 7, 1439-50.

Slots J, 1979. Subgingival microflora and periodontal disease. Journal of clinical periodontology, 6, 5, 351-82.

Slots J, 1999. Actinobacillus actinomycetemcomitans and Porphyromonas gingivalis in periodontal disease: introduction. Periodontology 2000, 20, 1, 7-13.

Snoad R, Eaton K, Newman H, 1997. Assessment of a technique to improve periodontal referrals. J Dent Res, 76, 5, 1027.

Socransky S, Gibbons R, Dale A, Bortnick L, Rosenthal E, Macdonald J, 1963. The microbiota of the gingival crevice area of man—I: Total microscopic and viable counts and counts of specific organisms. Archives of oral biology, 8, 3, 275-80.

Söderberg S, Lundman B, Norberg A, 1997. Living with fibromyalgia: Sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. Research in Nursing & Health, 20, 6, 495-503.

Statistics NCfH, Research NCfHS, 1991. Health, United States, US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, National Center for Health Statistics, p.

Steiner A, Raube K, Stuck AE, Aronow HU, Draper D, Rubenstein LZ, Beck JC, 1996. Measuring Psychosocial Aspects of Weil-Being in Older Community Residents: Performance of Four Short Scales. The Gerontologist, 36, 1, 54-62.

Strahan D. Periodontal problems. Medical Protection Society's Annual Report and Accounts. 1982 No 90.

Strauss RP, Hunt RJ, 1993. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. The Journal of the American Dental Association, 124, 1, 105-10.

Suominen S, Blomberc H, Helenius H, Koskenvuo M, 1999. Sense of coherence and health–does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. Psychology and Health, 14, 5, 937-48.

Suominen S, Gould R, Ahvenainen J, Vahtera J, Uutela A, Koskenvuo M, 2005. Sense of coherence and disability pensions. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns. Journal of Epidemiology & Community Health, 59, 6, 455-9.

Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M, 2001. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. Journal of psychosomatic research, 50, 2, 77-86.

Suresh B, Ravishankar T, Chaitra T, Mohapatra A, Gupta V, 2010. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 28, 4, 282.

Taani DQ, 2002. Periodontal awareness and knowledge, and pattern of dental attendance among adults in Jordan. International dental journal, 52, 2, 94-8.

Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ, 2001. The effect of alcohol consumption on periodontal disease. Journal of Periodontology, 72, 2, 183-9.

Thomson W, Poulton R, Milne B, Caspi A, Broughton J, Ayers K, 2004. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. Community dentistry and oral epidemiology, 32, 5, 345-53.

Tonetti MS, 1998. Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. Annals of Periodontology, 3, 1, 88-101.

Tonetti MS, Mombelli A, 1999. Early-onset periodontitis. Annals of Periodontology, 4, 1, 39-52.

Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M, Organization WH, 1998. Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action.

Üstün K, Özdemir EÇ, Sezer U, Şenyurt S, Cebesoy FB, 2013. Hamile bireylerde periodontal farkındalık ve dental anksiyetenin sosyo-demografik veriler ışığında değerlendirilmesi.

Walsh MM, 1985. Effects of school-based dental health education on knowledge, attitudes and behavior of adolescents in San Francisco. Community dentistry and oral epidemiology, 13, 3, 143-7.

Wendel-Vos G, Schuit A, Feskens E, Boshuizen H, Verschuren W, Saris W, Kromhout D, 2004. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. International journal of epidemiology, 33, 4, 787-98.

Wermke M, Kunkel-Razum K, Scholze-Stubenrecht W, 2006. Duden. Die deustche Rechtschreibung. Berlin, Dudenverlag.

Williams SJ, 1990. The relationship among stress, hardiness, sense of coherence, and illness in critical care nurses. Medical Psychotherapy, 3, 17, ll.

Yazıcıoğlu B, 2006. Ağız ve Diş Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını.

Yeta N, 2016. Farklı Fakültelerde Eğitim Gören İlk Ve Son Sınıf Öğrencileri Arasında Periodontal Durum Farkındalığının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi.

EK-A: Etik Kurul Onayı

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Sayı: 06 15.11.2016

Konu: 2016/06 sayılı komisyon kararları

Sayın, Prof.Dr.Mehtikar GÜRSEL

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun 10.11.2016 tarihinde yapılan 2016/06 sayılı toplantısında yürütücüsü olduğunuz **"Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde Periodontal Farkındalık ve Bütünlük Duygusu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi"** konu başlıklı projenin, bilimsel etik açısından uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Nimet ÜNLÜ
Komisyon Başkanı

Doküman No: KU.FR.88 -Yürürlüğe Gir. Tar: Haziran 2015 – Revizyon Tarihi: - Revizyon No: 00 - Sayfa No: 1/1

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Toplantı Sayısı : 06	Toplantı Tarihi : 10.11.2016

Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalından Prof.Dr. Mehtikar GÜRSEL ve aynı Anabilim Dalından Dt.Ferhat DANIŞMAN tarafından sunulan **"Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde Okuyan Öğrencilerde Periodontal Farkındalık ve Bütünlük Duygusu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi"** araştırma projesi 12 üyenin katılımı ile değerlendirildi.

Değerlendirme sonucunda, Projenin, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Yönergesi İlkelerine uygun olduğundan **"kabulüne"** oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr.Nimet ÜNLÜ
Üye

Doç.Dr.İsa YÖNDEM
Üye

Doç.Dr.Nevin ÇOBANOĞLU
Üye

Prof.Dr.Doğan DOLANMAZ
Üye

Prof.Dr.Semra S.HAKKI
Üye

Prof.Dr.Duygu FINDIK
Üye

Prof.Dr.Ender ERDOĞAN
Katılmadı

Prof.Dr.Hale ARI AYBİNBELGE
Üye

Prof.Dr.Faruk AKGÜNLÜ
Üye

Prof.Dr.Sibel YILDIRIM
Üye

Doç.Dr.Mehmet AKIN
Üye

Doç.Dr.Hüsamettin VATANSEV
Üye

Doç.Dr.K.Hakan DOĞAN
Üye

EK-B: Anket Soruları

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ARASINDA PERİODONTAL FARKINDALIK VE BÜTÜNLÜK DUYGUSU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ AMACI İLE HAZIRLANAN ANKET FORMU

Sosyo-Demoğrafik Bilgileri Ölçen Anket Soruları

1-)Cinsiyet :

Kız ☐ Erkek ☐

2-)Yaşınız?

a) 20'den küçük
b) 20-22 yaş
c) 23-25 yaş
d) 25'den büyük

3-)Annenizin öğrenim durumu nedir?

a) Okuma yazması yok
b) Okuryazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Fakülte veya yüksekokul
g) Lisansüstü (Yüksek lisans, Doktora)

4-)Babanızın öğrenim durumu nedir?

a) Okuma yazması yok
b) Okuryazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Fakülte veya yüksekokul
g) Lisansüstü (Yüksek lisans, Doktora)

5-)Şuan yaşamakta olduğunuz yer?

a) Ailemle
b) Arkadaşım ya da arkadaşlarımla(evde)
c) Yalnız(evde)
d) Yurtta

6-) Aileniz halen nerede ikamet etmektedir?

a) İl
b) İlçe
c) Köy

7-)Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?

a) 2000 Tl.' den az
b) 2000-3500 Tl arası
c) 3500 Tl.' den fazla

Periodontal Farkındalık Bilgisini Ölçen Anket Soruları

1-) Dental plak nedir?

a. Diş yüzeyindeki yumuşak eklenti
b. Diş yüzeyindeki sert eklenti
c. Taş
d. Bilmiyorum

2-) Dental plağın uzun süre ağızdan uzaklaştırılamaması sonucu neler oluşabilir?

a. Renklenmeler
b. Diş yüzeyinde malformasyon
c. Dişeti hastalığı
d. Bilmiyorum

3-) Dişetindeki kanama neyi gösterir?

a. Dişetindeki iltihabı
b. Sağlıklı dişetini
c. Dişeti çekilmesini
d. Bilmiyorum

4-) Dişeti hastalıklarından nasıl korunabilirsiniz?

a. Diet yaparak
b. Dişleri fırçalayıp, diş ipi kullanarak
c. Vitamin C takviyesi alarak
d. Bilmiyorum

5-) Dişlerin fırçalanması günün hangi döneminde daha önemlidir?

a. Sabahları
b. Öğle vakti
c. Yatmadan önce
d. Fırçalama yapmaya gerek yok

Oral Hijyen Motivasyonunu Ölçen Anket Soruları

1-) Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

Hayır ☐

Evet ☐ ise; Günde 1 Kez ☐ 2 veya daha fazla ☐ Düzensiz ☐

2-) Diş ipi ve/veya diş arası(ara yüz) fırçası kullanıyor musunuz?

Hayır ☐

Evet ☐ ise ; Günde 1 Kez ☐ 2 veya daha fazla ☐ Düzensiz ☐

3-) Gargara ve/veya ağız spreyi kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

4-)En son ne zaman diş hekimine muayene oldunuz?

6 ay önce ☐ 1 yıl önce ☐ 2 yıl önce ☐ 3 yıl ya da daha fazla ☐

Hiç ☐

Genel Sağlık Davranışı ve Genel Sağlık Konularını Ölçen Anket Soruları

1-)Boş zamanlarınızda ne kadar sıklıkla nefes nefese kaldığınız ya da terlediğiniz bir egzersiz de bulunursunuz?

a. Günlük
b. Haftada 4-6 kez
c. Haftada 2-3 kez
d. Haftada 1 kez
e. Ayda 2-3 kez
f. Ara sıra ya da çok nadir

2-)Sigara kullanıyor musunuz?

a. Günlük
b. Ara sıra
c. Hiçbir zaman

3-)Mevcut sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a. İyi
b. Fena değil
c. Orta
d. Kötü
e. Çok kötü

4-)Günlük uyku süreniz ne kadardır?

a. 7 saat' ten az
b. 7 saat ya da fazla

5-)Alkol kullanıyor musunuz?

a. Günlük
b. Ara sıra
c. Hiçbir zaman

Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesini Değerlendirmeyi Ölçen Anket Soruları

Dişleriniz, Dişetleriniz, Ağzınız veya Proteziniz	*Çok Kötü Etkiliyor*	*Kötü Etkiliyor*	*Etkisi Yok*	*İyi Etkiliyor*	*Çok İyi Etkiliyor*
Rahatlığınızı					
Nefes Kokunuzu					
Beslenmenizi					
Görünüşünüzü					
Genel Sağlığınızı					
Konuşmanızı					
Gülüşünüzü					
Rahatlamanızı/Uyumanızı					
Güveninizi					
Ruh durumunuzu					
Kaygısız sakin halinizi					
Kişiliğinizi					
Sosyal yaşamınızı					
Eşiniz veya arkadaşınızla özel yaşamınızı					
İş/günlük yaşantınızı					
Ekonomik durumunuzu					

Duygusal Bütünlük(SOC) İle İlişkili Anket Soruları

Aşağıda hayatınızın belirli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın iki uç noktasını belirlemektedir. Cevabınızı, duygunuzu en iyi yansıtan rakamı daire içine alarak belirtiniz.

1-)Çevrenizle olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
çok nadiren veya hiç bir zaman						Çok sık

2-)Geçmişte, iyi tanıdığınızı zannettiğiniz insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
hiç bir zaman olmadı						Hep oldu

3-)Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
hiç bir zaman olmadı						Hep oldu

4-)Şimdiye kadar hayatınızın

1	2	3	4	5	6	7
belirgin hedefleri, amacı olmadı						belirgin hedefleri, amacı oldu

5-)Haksızlığa uğradığınız duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiçbir zaman

6-)Alışık olmadığınız bir durumda olup ne yapacağınızı bilmediğiniz duygusunu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiçbir zaman

7-)Her gün yaptığınız işleri yapmak

1	2	3	4	5	6	7
derin bir zevk ve tatmin kaynağı						acı ve sıkıntı kaynağı

8-)Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiç bir zaman

9-)Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiç bir zaman

10-)Birçok insan, kuvvetli karakterli olanlar bile, bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkta böyle hissettiniz?

1	2	3	4	5	6	7
hiç bir zaman						çok sık

11-)Bir şey olduğunda, genelde

1	2	3	4	5	6	7
önemini abarttığınız veya küçümsediğinizi fark edersiniz						olaylara gereken önemi atfedersiniz

12-)Gündelik hayatta yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkla hissedersiniz?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiç bir zaman

13-)Ne sıklıkla kontrol edebileceğinizden emin olmadığınız duygularınız olur?

1	2	3	4	5	6	7
çok sık						pek nadiren veya hiç bir zaman

ÖZGEÇMİŞ

Konya’da 1988 yılında doğdu. İlkokulu Akşemseddin İlköğretim Okulu'nda tamamladı. Liseyi Selçuk Gazi Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2006 yılında girdiği Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden 2012 yılında mezun oldu. 2013 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi’nde diş hekimi olarak çalıştı. 2014 yılının eylül ayında yapılan DUS sınavı ile Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı’na yerleşerek uzmanlık eğitimi görmeye hak kazandı. Halen Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı’nda uzmanlık öğrencisi olarak araştırma görevlisi ünvanıyla görevine devam etmektedir.