

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MEVSİMSEL TARIM İŞÇİLERİNDE AĞIZ VE DİŞ
SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİNİN, DENTAL
KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN VE GENEL AĞIZ
SAĞLIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan
Dt. Berna GÜRSES**

**Danışman
Dr. Öğr .Üyesi Duygu KILIÇ**

Uzmanlık Tezi

**Mayıs 2019
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MEVSİMSEL TARIM İŞÇİLERİNDE AĞIZ VE DİŞ
SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİNİN, DENTAL
KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN VE GENEL AĞIZ
SAĞLIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

**Hazırlayan
Dt. Berna GÜRSES**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ**

**Mayıs 2019
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Dt. Berna GÜRSES



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Mevsimsel Tarım İşçilerinde Ağız ve Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin, Dental Korku ve Kaygı Düzeylerinin ve Genel Ağız Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi” adlı **Uzmanlık Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Dt. Berna GÜRSES

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ

Anabilim Dalı Başkanı ✓

Dr. Öğr. Üyesi İnci DEVRİM

Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ danışmanlığında **Berna GÜRSES** tarafından hazırlanan
" **Mevsimsel Tarım İşçilerinde Ağız ve Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin, Dental
Korku ve Kaygı Düzeylerinin ve Genel Ağız Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi** "
adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji Anabilim Dalı'nda **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

../.../2019

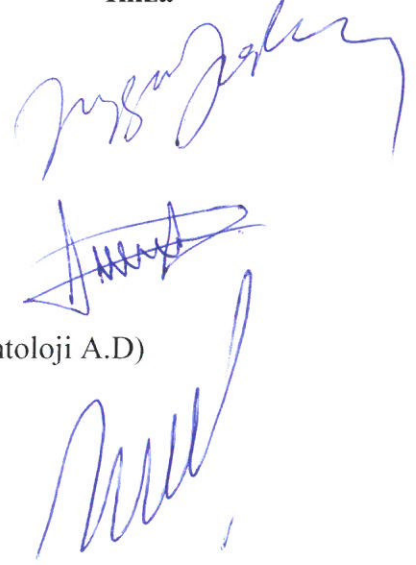
JÜRİ

İmza

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ
(Erciyes Üniversitesi Periodontoloji A.D)

Üye :Doç. Dr. Servet KESİM
(İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Periodontoloji A.D)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya TAŞDEMİR
(Erciyes Üniversitesi Periodontoloji A.D)



ONAY

Bu tezin kabulü Fakülte Anabilim Dalının tarihi ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Periodontoloji A.D. Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi İnci DEVRİM



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgi, tecrübe ve bilgileri ile beni her konuda destekleyen, emeğini ve sabrını esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ'a, uzmanlık eğitimim süresince desteklerini benden esirgemeyen, değerli bölüm hocalarım Dr. Öğr. Üyesi İnci DEVRİM ve Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya TAŞDEMİR' e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimimdeki emekleri ve tezimin bulunması aşamasındaki yardımları için sevgili hocam Doç. Dr. Servet KESİM'e teşekkür ederim.

Tezimin çalışma aşamasında her zaman yanımda olan, karmaşık istatistik aşamasını isteği ve pozitif enerjisiyle zevkli hale getiren ve bana sabırla ayırdığı değerli vakitleri için sevgili hocam Prof. Dr. M. Mümtaz MAZICIOĞLU'na teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince arkadaşlıkları ve destekleri ile her zaman yanımda olan asistan arkadaşlarıma ve bütün bölüm personeline teşekkür ederim.

Çalışmalarım ve tüm hayatım boyunca yanımda olan beni her şartta destekleyen sevgili hayat arkadaşım Eren'e, bana duygularım en güzelini tattıran, içimdeki tarifsiz sevginin sahibi, hayatımdaki en büyük renk olan biricik kızım Eceme, her konuda hep yanımda olan ve olacaklarını bildiğim sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Berna GÜRSES

Kayseri, Mayıs 2019

**MEVSİMSEL TARIM İŞÇİLERİNDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ
YAŞAM KALİTESİNİN, DENTAL KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN VE
GENEL AĞIZ SAĞLIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Berna GÜRSES

Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi

Periodontoloji Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi, Mayıs 2019

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ

ÖZET

Ağız ve diş sağlığı(ADS) ile ilgili sorunlar Dünya’da en yaygın sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Yaşamı boyunca insanların çoğu bu sağlık sorunlarından en az birinden etkilenmektedir. Biz de bu çalışmada mevsimlik tarım işçilerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin dental korku ve anksiyete düzeylerinin ve genel ağız sağlığı durumlarının değerlendirilmesini amaçladık. Bu kapsamda Kayseri ve çevresine gelen mevsimsel tarım işçilerinden yaklaşık 1/10una ulaşıldı. Çalışma kamplarındaki her bir işçiyle birebir görüşmeler yapılarak anketler dolduruldu sonrasında ağız içi bulguları değerlendirildi. Yaşam kalitesini değerlendirmek için OHIP-14 ölçeği, dental korku ve kaygı durumunu değerlendirmek için DAS skalası ve mevcut ağız sağlığını değerlendirmek için genel ağız diş sağlığı ile ilgili sorular soruldu. Elde edilen bulgular yüzde frekans analizi ve ki-kare analizi kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. 18-24 yaş ve 25-39 yaş grubundaki kadınların erkeklere göre dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulundu. 40 yaş üstü katılımcılarda ise kadınların dental anksiyete, erkeklerin ise yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Yaş açısından değerlendirildiğinde ise 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların hem yaşam kalitesi hem de dental anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Genel ağız diş sağlığı ile ilgili veriler değerlendirildiğinde ise hem cinsiyet hem de yaş ile diş problemi yaşam durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu($p<0,05$). Ayrıca yaş grubu ile kendine ait diş fırçası olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). 18-24 yaş grubundaki bireylerin kendine ait diş fırçası bulundurma oranı ve dişlerini fırçalama süresi daha yüksektir. Yine aynı grupta ağız diş sağlığının önemli olduğunu düşünme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda mevsimsel tarım işçilerindeki genç bireylerde ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu grubun ağız diş sağlığına verdiği önem daha fazladır. 40 yaş üstü bireyler ise dental anksiyete skorları en düşük olan grup olmuştur.

Anahtar kelimeler: ağız diş sağlığı, mevsimlik tarım işçisi, dental anksiyete, DAS, yaşam kalitesi, OHIP-14



**THE EVALUATION OF QUALITY OF LIFE RELATED TO ORAL HEALTH,
DENTAL ANXIETY AND GENERAL ORAL HEALTH STATUS OF
SEASONAL AGRICULTURAL WORKERS**

Dt. Berna GÜRSES

Erciyes University, Faculty of Dentistry

Department of Periodontology

Dental Specialty Education Thesis, May 2019

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Duygu KILIÇ

ABSTRACT

Health problems related to mouth and teeth are one of the most common health problems around the world. Most of the people are affected by these problems at least once in their lives. In the presented study, we aimed to evaluate the oral health related quality of life, the levels of dental anxiety and fear, and general oral health conditions of seasonal workers. Approximately, 1/10 of all seasonal agricultural workers in Kayseri and neighbouring area were reached in the context of the study. Face to face interviews were performed in working camps and the questionnaires were filled. Then oral health findings were evaluated. OHIP-14 scale for the evaluation of life quality, DAS scale for the evaluation of dental anxiety and general oral health questions for the evaluation of current oral health status were used. The findings were statistically evaluated using chi-square test and percentage frequency analysis. Dental anxiety and quality of life scores of women between 18-24 years old and 25-39 years old were found to be higher compared to men. For the participants over 40 years old, the mean dental anxiety scores of women and the mean quality of life scores of men were found higher. According to age groups, both the dental anxiety and the quality of life scores were found higher for the participants in 25-39 years old group. Significant relationship was found between age and oral health problems and between gender and oral health problems. ($p<0.05$) Also, a significant relationship was found between age and having a personal toothbrush ($p<0.05$). The rate of having a personal toothbrush and the time of brushing were found higher for the individuals between 18-24 years old. In the same group, the rate of 'considering oral health as important' were found higher.

According to results of this study, young individuals of seasonal agricultural workers showed a higher quality of life related to oral health. Also, the importance of oral health were found higher for this group. Individuals over 40 years old had the lowest dental anxiety scores among all groups.

Keywords: oral health, seasonal agricultural workers, dental anxiety, quality of life, DAS, OHIP-14



İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ	4
2.1.1. Tarım İşçisi Kavramı	4
2.1.2. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları.....	5
2.1.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller.....	6
2.2. YAŞAM KALİTESİ	8
2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	9
2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi	9
2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	11
2.3. ANKSİYETE.....	14
2.3.1. Diş Hekimliği Anksiyetesi.....	15
2.3.2. Diş Hekimliği Anksiyetesi ve Korkusunun Değerlendirilmesi.....	16
2.3.3. Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (DAS)	17

2.4. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi	18
2.4.1.CPITN (TOPLUMDA PERİODONTAL TEDAVİ GEREKSİNİMİ İNDEKSİ).....	20
2.4.2. DMF indeksi.....	23
3. MATERYAL METOD	24
3.1. Katılımcılara Uygulanan Anketler.....	29
3.1.1. Ağız Sağlığını Değerlendirme Formu	29
3.1.2. Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği(DAS)	30
3.1.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	32
3.1.4. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi.....	34
3.2. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	37
4.BULGULAR	38
4.1.Demografik Bulgular	38
4.2. Psikososyal Değerlendirmeye Ait Bulgular	39
4.3.Ağız Sağlığı Değerlendirmesine Ait Bulgular	42
4.4 Periodontal Değerlendirmeye Ait Bulgular	87
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	89
6.KAYNAKLAR	98

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

ADS	:Ağız ve Diş Sağlığı
DAS	: Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği
DAQ	: Diş Hekimliği Anksiyete Anketi
DKS	: Diş Hekimliği Korkusu Ölçeği
GFS	: Gatchel'in Korku Ölçeği
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
MDAS	: Modifiye Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği
M-DKS	: Modifiye Diş Hekimliği Korkusu Ölçeği
OHIP-49	: Ağız Sağlığı Etki Profili-49
OHIP-14 TR	: Ağız Sağlığı Etki Profili-14 Türkçe Versiyon
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. OHIP-14 ölçeği.....	13
Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı	38
Tablo 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ve dental anksiyete değerlerinin incelenmesi	39
Tablo 3. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre yaşam kalitesi ve dental anksiyete verilerinin incelenmesi	40
Tablo 4. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş problemlerinin incelenmesi	42
Tablo 5. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş problemlerinin incelenmesi.....	43
Tablo 6. Cinsiyet ile diş problemi yaşama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	44
Tablo 7. Yaş grubu ile diş probleminin bulunup bulunmama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	45
Tablo 8. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş hekimine gitme durumlarının incelenmesi.....	46
Tablo 9. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş hekimine gitme durumlarının incelenmesi.....	47
Tablo 10. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gitme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	48
Tablo 11. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gidip gitmeme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	49
Tablo 12. Katılımcıların yaş gruplarına göre dişlerini her gün fırçalama durumlarının incelenmesi.....	50
Tablo 13. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre dişlerini her gün fırçalama durumlarının incelenmesi	51
Tablo 14. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçasına sahip olma durumlarının incelenmesi.....	52
Tablo 15. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçasına sahip olma durumlarının incelenmesi.....	53
Tablo 16. Yaş grubu ile kendine ait diş fırçası olma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	54

Tablo 17. Katılımcıların yaş gruplarına göre fırçalamada kanama durumlarının incelenmesi.....	55
Tablo 18. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre fırçalamada kanama durumlarının incelenmesi.....	56
Tablo 19. Cinsiyet ile fırçalamada kanama durumlarının incelenmesi.....	57
Tablo 20. Yaş grubu ile dişleri fırçalarken diş etkilerinin kanama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	58
Tablo 21. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçalama sürelerinin incelenmesi	59
Tablo 22. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçalama sürelerinin incelenmesi.....	60
Tablo 23. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş temizliğinde kullandığı materyallerin incelenmesi	61
Tablo 24. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş temizliğinde kullandığı materyallerin incelenmesi.....	62
Tablo 25. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçalamayı nereden öğrendiğinin incelenmesi.....	63
Tablo 26. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçalamayı nereden öğrendiğinin incelenmesi	64
Tablo 27. Yaş grubu ile katılımcıların diş fırçalama ile ilgili bilgi kaynakları arasındaki ilişkinin incelenmesi	65
Tablo 28. Katılımcıların yaş gruplarına göre son bir yıl içinde dişleri ile ilgili yaşadıkları problemlerin sıklıklarının incelenmesi.....	66
Tablo 29. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre son bir yıl içinde dişleri ile ilgili yaşadıkları problemlerin sıklıklarının incelenmesi	67
Tablo 30. Yaş grubu ile son bir yılda diş ile ilgili ağrı ya da sıkıntı yaşama sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi	68
Tablo 31. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız içinde yara çıkma durumlarının incelenmesi.....	70
Tablo 32. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız içinde yara çıkma durumlarının incelenmesi.....	71
Tablo 33. Katılımcıların yaş gruplarına göre kötü alışkanlıklara sahip olma durumlarının incelenmesi.....	72

Tablo 34. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre kötü alışkanlıklara sahip olma durumlarının incelenmesi	73
Tablo 35. Cinsiyet ile kötü alışkanlıklara sahip olma durumu Arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	74
Tablo 36. Katılımcıların yaş gruplarına göre dişlerinden memnun olma durumlarının incelenmesi.....	75
Tablo 37. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre dişlerinden memnun olma durumlarının incelenmesi	76
Tablo 38. Cinsiyet ile dişlerin görünümünden memnun olma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	77
Tablo 39. Yaş grubu ile dişlerin görünümünden memnun olup olmama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	78
Tablo 40. Katılımcıların yaş gruplarına göre yaşadıkları yerde diş hekimi bulunma durumlarının incelenmesi	79
Tablo 41. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre yaşadıkları yerde diş hekimi bulunma durumlarının incelenmesi.....	80
Tablo 42. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız ve diş sağlığını önemli görme durumlarının incelenmesi.....	81
Tablo 43. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız ve diş sağlığını önemli görme durumlarının incelenmesi	82
Tablo 44. Yaş grubu ile ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünüp düşünmeme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	83
Tablo 45. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız sağlıklarını değerlendirme durumlarının incelenmesi.....	84
Tablo 46. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız sağlıklarını değerlendirme durumlarının incelenmesi.....	85
Tablo 47. Yaş grubu ile ağız sağlığı durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi	86
Tablo 48: Cinsiyet ve bireysel CPITN skorlarının incelenmesi	87
Tablo 49: Yaş grubu ve bireysel CPITN skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	88

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1.** Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin temel bileşenleri 10
- Şekil 2.2.** Locker'ın ağız sağlığı teorik modeli 12



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Mevsimlik tarım işçiliği, tarımda çalışmak amacıyla ürün çeşidine ve işçi talebine göre tam ya da yarı zamanlı olarak genellikle aileleriyle göç eden işçi sınıfına denilmektedir. Dünyanın neredeyse her ülkesinde bulunan mevsimlik tarım işçiliği yüzyıllardır süregelen bir işçilik biçimidir. Mevsimlik tarım işçiliği geçici ya da gezici olarak 2 ana grupta ele alınmaktadır. Geçici olarak tanımlananlar ikamet ettiği bölgeye yakın yerde çalışanlardır. Gezici tarım işçileri ise tarım işçiliği sezonunun başlangıcından sonuna kadar asıl ikametgâh bölgelerinin dışında tarım işçilerine ihtiyaç duyulduğu anda gereken bölgeye intikal edecek şekilde yer değiştirmektedirler. Bu kamplarını çalışma sezonu boyunca sürekli yeniden söküp kurmaları anlamına gelmektedir. Ayrıca yaptıkları işin niteliği de değişmektedir. Dünyadaki sayıları 450 milyon civarında olan bu işçilerin ülkemizdeki sayıları yaklaşık 3 milyon kadardır. Tarım işçileri konaklama ve çalışma şartları açısından diğer iş kollarına göre daha fazla zorlanmaktadır(1,2). Türkiye’de yaklaşık 48 ilde mevsimlik gezici tarım işçileri çalışmaktadır(3, 4)

Tarım işçiliğinin en ağır formu olan mevsimlik tarım işçiliği mevcut haliyle birçok sorunu içinde barındırmaktadır. Özellikle; güvenli ulaşım, barınma, alt yapı, iş güvenliği ve sağlık sorunları bunların başlıcalarıdır. En sık rastlanan sağlık sorunları ise (5):

- Kas-iskelet sistemi yakınmaları(halsizlik, yorgunluk, bel ağrısı vb.),
- İshaller,
- Solunum yolu enfeksiyonları,
- Yara, çıban, ekzema, uyuz, bit gibi cilt hastalıkları,
- Güneş çarpması,

- Baş ağrısı,
- Tarım ilaçları ile zehirlenmeler,
- Anksiyete, depresyon ve intihar girişimleri
- ağız ve diş sağlığı sorunları olarak sıralanabilir.

Ağız ve diş sağlığı(ADS) ile ilgili sorunlar Dünya'da en yaygın sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Yaşamı boyunca insanların çoğu bu sağlık sorunlarından en az birinden etkilenmektedir

Ağız ve diş sağlığı sorunları içinde en önemli iki sorun diş çürükleri ve periodontal hastalıktır. ADS sorunları pek çok hastalıkta olduğu gibi tedavi edilseler bile genellikle diş kaybı ile sonuçlanmaktadır. Ayrıca bu hastalıkların tedavisi için gelişmiş tekniklere gereksinim vardır, pahalıdır ve zaman-iş gücü kaybına neden olmaktadır. Tüm bu nedenlerle ADS sorunları önemli sağlık sorunları listesinde ilk sıralarda yer almaktadır (6-9)

Ülkemizde tüm yaş gruplarının ortalaması alındığında her 100 kişiden 92'sinin çürük nedeniyle tedaviye gereksinimi vardır(10).

Son yıllarda ağız ve diş tedavi işlemleri sonrasında hasta memnuniyetinin yanı sıra yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Tüm bu ağız diş sağlığı sorunları kişilerde yaşam kalitesinde de düşmeye sebep olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşam kalitesini, " kişilerin, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamıştır (11). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ise, kişinin ağız sağlığının kendi genel sağlığını ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini bireysel olarak algılamasıdır (12). Ağız diş sağlığıyla alakalı problemler bireylerin hayatlarının çeşitli alanlarında sorunlara yol açmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Periodontal hastalığa ve diş çürüklerine bağlı olarak görülen kötü ağız kokusu, dişlerde mobilite, fırçalamaya bağlı dişetlerinde kanama ve dişeti çekilmesine ve diş çürüğüne bağlı oluşan hassasiyet gibi semptomların bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu tespit edilmiştir (13).

Anksiyete her koşul altında ve her zaman görülebilen, çoğunlukla fizyolojik semptomların eşlik ettiği sıkıntı şeklinde hissedilen duygusal bir durumdur.(14,15) İnsan, diş hekimliği uygulamalarının da aralarında bulunduğu birçok etkene karşı anksiyete reaksiyonu geliştirebilir (16). Diş hekimliği anksiyetesi diş tedavisi nedeniyle gelişen korku ve endişe hali olarak tanımlanmaktadır (17). Anksiyete daha önceden yaşanmış olumsuz deneyimlerden kaynaklanabilmektedir. Hastanın daha önceki işlemlerde ağrı ve/veya rahatsızlık hissetmiş olması, tedavisinin başarısız olması, tedaviye bağlı oluşan komplikasyonlar veya olumsuz yönde hasta-hekim ilişkisinin yaşanması hastalarda anksiyetenin yükselmesine neden olabilir. Diş hekimliği tecrübesi ile anksiyete arasında bir ilişki olduğu ve anksiyetenin daha önce hiç diş hekimine gitmeyen kişilerde en yüksek, düzenli olarak diş hekimine gidenlerde ise oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (18,19). Diş hekimi korkusunun birçok kişide ağız ve diş sağlığı ile ilgili önemli sorunlara neden olduğu bildirilmiştir(20). Diş hekimliği anksiyetesi hastaların randevularını ertelemelerine veya randevularına gitmemelerine sebep olabilmektedir. Bu durum hekim açısından da tedavinin daha uzun sürmesi ve güçleşmesi nedeniyle problemler yaratabilmektedir (21). Diş hekimi korkusu üzerine yapılan çalışmalar korku seviyesi ve ağız-diş sağlığı arasındaki ilişkisiyi incelemişlerdir (22,23). Hekimin hastasının anksiyete düzeyinin farkında olması hem hastasının davranışlarını yorumlaması hem de operatif işlemler sırasında hastasını rahatlatması bakımından önemlidir (24).

Bu çalışmadaki amacımız Kayseri ve çevresine gelen mevsimlik tarım işçilerinin yaşamış oldukları ağız ve diş tedavi tecrübelerini göz önünde bulundurarak, ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, diş hekimliği girişimlerine ilişkin dental korku ve kaygı düzeyleri ve hastaların ağız hijyeni uygulamalarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GÖÇEBE MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ

2.1.1. Tarım İşçisi Kavramı

Genel anlamda işçi kavramı, bir hizmete bağlı olarak, herhangi bir işte ücret karşılığı çalışan kişiyi ifade etmektedir (25). Buna karşılık, tarım işlerinin kendine has özellikleri ve tarım işçilerinin çok değişik gruplara ayrılması, bütün tarım işçilerinin tek bir tanım içerisinde değerlendirmesine imkân vermemektedir. Bu nedenle tarım işçisinin tanımı farklı şekillerde yapılmaktadır. Tarım işçiliğinin, nicel yönden tanımlanmasında güçlükler vardır; tarım-iş yasa tasarısına göre, “sürekli, mevsimlik ve geçici tarım işlerinde ücret karşılığı bir hizmetle istihdam eden kişiler” tarım işçisidir (26,27). Mevsimlik tarım işçisi ise, tarımda başlıca mevsimlik tarım işçisi olarak istihdam edilen ve göçmen olmayan tarım işçileri olarak tanımlanmaktadır (28).

Türkiye de, TÜİK 2013 verilerine göre 6,5 milyon olarak belirlenen tarım işçilerinin yaklaşık yarısının mevsimlik gezici ve geçici işçiler oluşturmaktadır(29).

Türkiye’de genellikle kayıt dışı olarak çalışan mevsimlik gezici tarım işçilerin sayısı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı verilerine göre yaklaşık olarak 300.000 olarak belirlenmesine rağmen; işçiler aileleri ile birlikte hareket ettikleri için bu süreçten etkilenen kişi sayısı katlanarak artmaktadır. Ayrıca bu toplu hareket içerisinde bireylerin hangisinin aile ferdi hangisinin işçi olduğunun ayrımı bile oldukça zor olabilmektedir. Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı bütün bunlar göz önüne alındığında etkilenmekte olan tüm bireylerin sayısını yaklaşık olarak 1 milyon olarak kabul edilmektedir(5).

2.1.2. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları

Tarım, sanayi ve hizmet sektörlerinden farklı olarak sadece bir çalışma ortamı ve ekonomik faaliyet olmaktan ziyade, aynı zamanda bir yaşam biçimini de tanımlamaktadır.

Farklı meslekleri yapabilmek için yeterli imkân olanaklara sahip olmayan mevsimlik gezici tarım işçileri mevcut sistemde konaklama, ulaşım, sağlık, barınma gibi birçok sorunla baş etmektedirler. Göçebe mevsimlik tarım işçileri güvenli olmayan arabalarla ve kamyonetlerle kalabalık bir şekilde taşınmaktadırlar. Bazı iş araçları göçebe işçilerin kaldığı yerler arasında ulaşım sağlamaktadır. Bununla beraber, çalışılan yerle kasaba arasında ulaşımın olmaması rutin sağlık hizmetlerini alabilmeyi engellemektedir ve bu durum gıda satın alımı ve diğer günlük ihtiyaçlara erişimi de sınırlandırmaktadır (30). Mevsimlik tarım işçileri, Türkiye Cumhuriyeti 4857 sayılı İş Kanunu'na tabii olmadıkları için sosyal haklardan mahrum kalabilmektedirler. Bu nedenle güvenli ulaşım, barınma, alt yapı, temiz su, iş güvenliği ve ekonomik güvenceden yoksun kalma riski artmaktadır. Mevsimlik tarım işçileri ile işverenler arasındaki ilişki İşveren ve işçi arasındaki ilişki Borçlar Kanunu ile düzenlenmektedir. Herhangi bir sözleşmeden ve sigortadan mahrum olan bu işçiler Türkiye'nin bir ucundan diğerine yılın ortalama 6 ila 9 ayı gittikleri bölgenin özelliğine göre ürünlerin ekimi, sulanması, çapalanması, kurutulması, toplanması vb amacıyla çalışmaktadırlar.

Birçok ülkede olduğu gibi bizde de mevsimlik tarım işçileri ücretsiz aile işçisi konumundadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre dünyada 5-14 yaş arası çalışan 250 milyon çocuğun %30 u tarım işçiliği yapmaktadır (31). Mevsimlik tarım işçiliği ülkemizde 1980'li yıllara kadar geçici iş olarak değerlendirilmekte idi. Tarım politikalarındaki değişiklikler, sanayileşmenin artması ve özellikle köylerden şehirlere göçlerin artmasıyla geçici tarım işçilerinin durumu da değişmiştir. Geçici bir meslek olarak algılanan bu sektör daha marjinal bir statü kazanmıştır. Tarım işçiliği, başka bir iş bulamayan bu vasıfsız işçiler için önemli bir geçim kaynağı olmuştur (32).

Türkiye'de de göçebe tarım işçilerinin çalışma koşullarının, ücret, konut ve beslenme olanaklarının oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik işçilerin yaşam düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Göçebe tarım işçileri, çapa ve hasat dönemlerinde çalışma yerlerinde "göçebe barınakları" diye adlandırılan ve kolaylıkla sökülebilecek biçimde ilkel barınaklar kurmaktadır. Söz konusu barınaklar genellikle,

tarım işçilerinin beraberinde getirdikleri yiyecek, yatacak ve giyecek gibi eşyaları güneş ve yağıştan korumak ve yatmak amacıyla yapılmaktadır (33).

Sağlıksız barınak yaşamı işçilerin belirli düzeyde işgüçlerini kaybetmelerine ve çok çabuk hastalanmalarına neden olmaktadır. Ayrıca akşam iş dönüşü işçilerin dinlenmelerini sağlayacak olanaklardan yoksun bulunmaları nedeni ile çadırlar yalnızca gündüz güneşin yakıcı sıcaklığından korunmak gece de aile mahremiyetini bir dereceye kadar sağlamaktan başka bir işleve sahip değildirler. Çadırda bulunan olanaklar işçilerin biyolojik ve sosyal yönlerden dinlenmelerini sağlayamadığından bir süre sonra işçilerin belirli bir düzeyde işgüçlerini ve iş şevklerini yitirmelerine neden olmaktadır. Bu durum ise, genellikle götürü usulle çalışan işçilerin önceleri iş verimlerinin düşmesine, sonra da hastalanma veya güçsüzleşmelerine neden olabilmektedir (33,34). İşçilerin yerleştikleri çoğu yerde tuvalet yoktur. Tuvaleti bulunmayan yerleşim yerlerinde ihtiyaçlar gündüzleri elverişli yerler seçilerek giderilmeye çalışılmaktadır. İşçilerin yerleştikleri alanlarda en büyük sorunlarından biri içme ve kullanma suyunun teminidir (33). İçme suyu temini ise, tarla sahibi/işveren ve tarım aracısının sorumluluğunda olup, çalışma hayatında buna pek uyulmamaktadır. Tarla sahiplerinin/işverenlerin bir bölümü tankerlerle günde 1-2 sefer su servisi yapmakta, fakat bu suyun sağlık açısından nasıl olduğu pek bilinmemektedir (25).

2.1.3. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller

Göçebe tarım işçileri sağlık hizmetlerine ulaşırken pek çok engelle karşılaşmaktadır. Yoksulluktan kaynaklı sorunların yanı sıra dil, kültür engelleri ve ulaşım da önemli problemlerdir. Öte yandan göçebe işçiler, kendilerinin ulaşabilecekleri sağlık programları hakkında da bilinçli değildirler (35). Yine tarım işçilerinin hareketliliği ve göçmen yaşam tarzları sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kısıtlamaktadır. Bu yüzden pek çok tarım işçisi tıbbi bakımı evlerine dönene kadar ertelemeyi tercih etmektedir (36). Ülkemizde mevsimlik geçici tarım işçisi ailelerin, ancak ortalama 4 ay sürekli adreslerinde kaldıkları ve bu durumun aile bireylerinin kayıt altına alınmasını güçleştirirken, koruyucu erken tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmalarını da engellediği ortaya çıkmıştır (37).

Mevsimlik tarım işçileri; genellikle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinmektedirler. Bu çekinceleri sağlık kurumlarındaki görevli personelin kendilerine iyi davranmayacağı ve yine sağlık kurumlarından aldıkları reçeteleri karşılayacak paralarının bulunmayışından ilaç alamayacakları için de sağlıkla ilgili girişimlerinin boşa gideceği, sağlık kurumlarına başvurmalarının boşa gideceği varsayımından kaynaklanmaktadır (34). Kırsal yerleşimlerin önemli bir kısmının temel altyapı hizmetlerinden yoksun olması ve gerekli hijyen koşullarını taşınamaması; birey, toplum ve çevre sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kırsal kesimdeki sağlık hizmetleri genellikle, sağlık evleri ve gezici sağlık ekipleri tarafından karşılanmakta olup, bu hizmet birimlerinde yoğun olarak personel ve donanım sorunu yaşanmaktadır (34). Bu durum sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından sorun yaratmaktadır.

Ülkenin en tehlikeli işlerinden sayılan tarımda çalışan göçebe ve mevsimlik tarım işçileri sağlık hizmetine ulaşımında yaşadıkları bu sorunların yanı sıra, genellikle düşük gelirlerine bağlı olarak sağlık sigortasından da yoksundur (30). Bu durum tıbbi bakıma erişmelerini güçleştirmektedir. Tarım işçilerinin en azından %75'inin ve tarım işçisi ailelerindeki çocukların %90'ının sağlık sigortası yoktur (38).

Göçmen tarım işçileri, yoksulluğa bağlı sağlık sigortasının olmamasını, sağlık hizmetinden uzak olma ve ulaşımın olmamasını, ulaşılabilir hizmetler hakkında bilgi eksikliğini, sağlık problemleri ve riskleri hakkında algı eksikliğini, sağlık sistemi hakkında bilgi eksikliğini, sağlık hizmeti sunanlarla kültür ve dil farklılıkları, hükümet yardımına ve sağlık hizmeti kuruluşlarına karşı duyulan güvensizlik ve korkuyu sağlık hizmetlerine ulaşmayı engelleyen ya da azaltan nedenler olarak belirtmektedir (39).

Pek çok faktörün bir araya gelmesi, göçebe ve mevsimlik tarım işçilerini olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşma riskini artırmaktadır (40).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, kişilerin, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıklarıdır (11,41,42)

Dünya sağlık örgütü, sağlığı (1948) “hastalık ve sakatlık olmaması ve tam bir fiziksel zihinsel ve sosyal olarak iyi olma durumu” olarak tanımlarken, yaşam kalitesini “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır(41).

Bununla birlikte tam olarak kabul edilmiş tek bir yaşam kalitesi tanımlaması yoktur (43). Yaşam kalitesi, bireyin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi, kişisel inançları ve kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Yaşam kalitesi kavramının oldukça geniş kapsamlı olması, anlam karışıklıklarına sebep olmaktadır. Bununla beraber, sağlık durumunu değerlendirmek ve araştırmalarda kullanılmak üzere yaşam kalitesinin tanımına dair, asgari ihtiyaçlar hakkında bir dereceye kadar fikir birliği vardır. Yaşam kalitesi kavramının araştırılmasında, kişinin kendi yaşam kalitesinin subjektif algısına odaklanılması konusunda da bir fikir birliği mevcuttur (44).

Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri mevcuttur. Kişinin günlük aktivitelerini ve bireysel bakımını başka kişilere ihtiyaç duymadan yerine getirebilmesi yaşam kalitesinin objektif göstergesi olan “fiziksel iyilik hali” ni tanımlar. Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri ise “psikolojik iyilik hali”, “sosyal iyilik hali” ve “maddi iyilik hali”dir. Psikolojik iyilik hali, kişinin yaşamdan doyum alması, farklı koşullara uyum sağlayabilmesi ve duygusal açıdan iyi olmasıdır. Sosyal iyilik hali, kişinin sosyal ilişkilerde rolünü yerine getirebilmesidir. Maddi iyilik hali ise, kişinin barınma ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, maddi anlamda geleceğe dair güvensizlik taşımamasıdır. Yaşam kalitesini değerlendirirken objektif ve subjektif göstergelerin beraber kullanılması gerekmektedir. Yaşam kalitesi bireyin karakterine, sosyal ve kültürel alışkanlıklarına ve yaşam algısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (45).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali" olarak tanımlanmıştır (41). Kişinin sağlık algısı kendi sağlık durumundan etkilenen subjektif bir değerlendirmedir (46,47).

Sağlık problemleri yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesi algısı zaman içerisinde değişmektedir. Bu yüzden kişilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve yaşam kalitesiyle ilgili standartları nasıl algıladıkları zamana bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bu nedenle bireylerin beklentisi ve yaşantısına göre değişim gösterebilen yaşam kalitesini objektif bir şekilde değerlendirmek oldukça zordur (48,49)

2.2.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

WHO'nun 1948'de sağlığı 'sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan da iyi olma hali' olarak tanımlamasının ardından sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmeti uygulamalarında ve sağlık araştırmalarında önem kazanmıştır (41,50)

Yaşam kalitesi kavramını derecelendirmek ve bir standart elde etmek için yaşam kalitesi ile ilgili ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler, kişinin sağlığına genel bakışını, hastalıkların kişiler üzerinde etkilerini boyutlar aracılığıyla incelemektedir ve birden fazla boyutu değerlendiren ölçekler tercih edilmektedir. Kullanılan ölçek, geçerliliği, güvenilirliği ve kolay uygulanabilirliği olan değişime uyum gösterebilen bir ölçek olmalıdır. Bunun dışında cevaplanma oranının yüksek olmasında, kişinin kültürel yapısı ve ölçeğin doldurulma biçimi önemli rol oynadığı için yaşam kalitesi değerlendirilirken, kişinin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu ve yaşadığı coğrafya gibi özellikler de dikkate alınmalıdır (51).

2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi bireyin, ağız sağlığının kendi yaşam kalitesi ve genel sağlığını nasıl etkilediğini kişisel olarak algılamasıdır. Ağız sağlığının görünüşteki etkileycilik, nefes, rahatlık, uyku, sosyal yaşantı ve yaşam kalitesi üzerine büyük etkisi olduğu kanıtlanmıştır(52).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar kişinin yaşam kalitesine de etkilemektedir. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramı genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve genel sağlık ile ilişkili yaşam kalitesini de etkilemektedir (53).

Yaşam kalitesi ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkileyen faktörler; Kişisel özellikler, psikolojik durum, sosyo-demografik faktörler, yaşam tarzını etkileyen faktörler ve sosyal ve toplumsal çevrenin yargılarıdır(52).

Inglehart ve Bagramian (54) ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin dört temel bileşene sahip olduğunu belirtmiştir (Şekil 1).



Şekil 2.1. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin temel bileşenleri

Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramı, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ve sadece ağız ve yüz bölgesine ait ağrı ve hastalıkların kişinin iyilik halini nasıl etkilediği ile ilgili değerlendirmesini ifade etmektedir (54).

Ağız sağlığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığa katkıda bulunan, bireylerin, seçilen sosyal rollerde yer alabilmesini sağlayan, yemek yeme, iletişim ve rahatsızlık vermeden sosyalleşmesini etkinleştiren, ağız içi dokular için varsayılan bir standarttır (55).

Fonksiyonun yanı sıra bireysel görünüm için de önemli olan ağız sağlığının psikososyal etkileri de mevcuttur. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin subjektif değerlendirmesi bireylerin yemek yeme, uyuma, sosyal etkileşimlerde bulunma sırasındaki özgüven ve ağız sağlıkları ile ilişkili memnuniyetlerini yansıtır(56).

Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramı, sağlık hizmetleriyle ilişkili araştırmalara, sağlık hizmetlerinin sunumuna yeni bir bakış açısı kazandırmış ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili verilen eğitimlere önemli katkılarda bulunmuştur (54).

Literatürde periodontal hastalık ve periodontal tedavinin ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalarda periodontal sağlığı daha iyi olan bireylerin ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu bildirilmiştir (57,58). Nagarajan ve Chandra (59), 2012 yılında, periodontal hastalık riski taşıyan bireylerde periodontal tedavi öncesi ve sonrasında ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmiş ve sonuçta periodontal hastalık açısından düşük ve orta düzeydeki risk grubunda bulunan bireylere göre yüksek risk grubundakilerin ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Kronik periodontitisin ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan diğer bir çalışmanın sonucunda ise kronik periodontitisin, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (60).

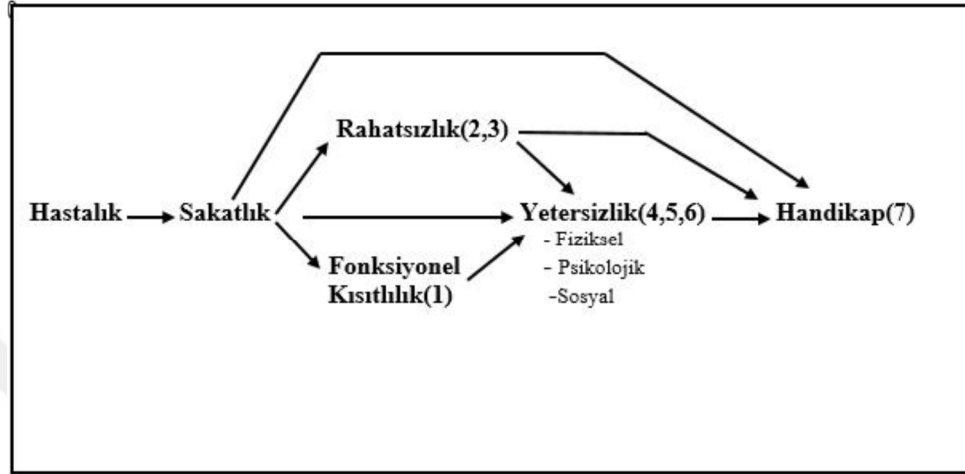
2.2.3. Ağız ve Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler sıklıkla tıbbın birçok alanında kullanılmasına rağmen, bu ölçeklerin diş hekimliğinde kullanımları yaygın değildir (61).

Geçmişte ağız ve diş sağlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren ölçekler mevcut olmamasına rağmen, günümüzde sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine ağız ve dişlerle ilgili problemlerin etkisini değerlendiren birçok ölçek bulunmaktadır (62,63). Bu ölçekler bireylerin ihtiyaçlarını tanımlama, tedavi seçimi ve hastaların durumlarını ortaya koyma açısından önemlidir. Ağız sağlığı durumu ölçeklerinin kavramsal sınırları Locker tarafından tanımlanmış ve günümüzde farklı araştırmacılar tarafından birçok ölçek geliştirilmiştir(64).

Bu ölçeklerden en çok kullanılanı, en kapsamlı ve ulaşılabilir olanı Oral Health Impact Profile (Ağız Sağlığı Etki Profili) (OHIP-49) ve bu ölçeğin kısaltılmış versiyonu olan OHIP-14 'tür. OHIP bireylerin kişisel olarak algıladığı, genel sağlık üzerinde ağız hastalıklarının sosyal etkisini ölçen ve tüm dünyada kullanılan teknik olarak sofistike bir ölçektir.

OHIP içerisindeki 49 soru, fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handikap olmak üzere 7 boyutu kapsamaktadır. Bu boyutlar Locker'ın ağız sağlığı teorik modelinden köken almaktadır (64).



Şekil 2.2. Locker'ın ağız sağlığı teorik modeli

- **Fonksiyonel kısıtlılık** : Fonksiyon kısıtlılığı çoğunlukla vücudun organlarının beklendiği gibi çalışmaması olarak tanımlanır.
- **Rahatsızlık**: Hastanın kendisinin belirttiği ağrı, fiziksel ve psikolojik belirtiler bu duruma örnek verilebilir.
- **Sakatlık**: Fiziksel, psikolojik veya anatomik yapının yokluğu ya da anormal olması olarak tanımlanır. Dişsizlik, periodontal hastalık ve maloklüzyon örnek olabilir.
- **Yetersizlik**: Birey için normal olarak kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir.
- **Handikap**: Kişilerin dâhil oldukları topluluk içerisinde sosyal olarak beklentilerini karşılayamamaları veya bu konuda zayıf olmasının dezavantajı olarak tanımlanır (65).

Tablo 2.1. OHIP-14 ölçeği

OHIP-14 TR		SIK SIK	OLDUKÇA SIK	ARA SIRA	ÇOK AZ	HİÇBİR ZAMAN	
1	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle herhangi bir kelimeyi telaffuzunda sıkıntı yaşadınız mı?						Fonksiyonel Kısıtlılık
2	Dışleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle tat alma duyunuzun daha kötüye gittiğini hissettiniz mi?						
3	Ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?						Fiziksel Ağrı
4	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?						
5	Dışleriniz, ağzınız ve protezleriniz nedeniyle utandınız mı?						Psikolojik Rahatsızlık
6	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle kendinizi sınırlı hissettiniz mi?						
7	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle diyetinizin tatmin etmediği oldu mu?						Fiziksel Yetersizlik
8	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bıraktınız mı?						
9	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle rahatlamada zorlandınız mı?						Psikolojik Yetersizlik
10	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle biraz mahcup oldunuz mu?						
11	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle diğer insanlara az da olsa sınırlı davrandınız mı?						Sosyal Yetersizlik
12	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle günlük işlerinizi yapmada zorluk yaşadınız mı?						
13	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle hayatınızın genelde daha az tatmin edici olduğunu hissettiniz mi?						Handikap
14	Dışleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle tüm işlevlerinizi yapamadığınız oldu mu?						

Bu model ağız hastalıklarından ortaya çıkabilen, kişinin hayatı üzerinde giderek artan yıkıcı etkiye neden olan etkilerin hiyerarşisini de önermektedir. Örneğin, ağız hastalıkları diş kaybına neden olabilir (sakatlık). Bazı durumlarda bu, çiğnemede zorluklara neden olabilir (Fonksiyonel kısıtlılık) veya bazen protezlerin acıya neden olması sonucunu ortaya çıkabilir (Rahatsızlık). Er ya da geç bu durum, yemek yemede

zorluk çekme ya da sevdiğiniz yiyecekleri yiyememeye neden olabilir (Yetersizlik). Aşırı durumlarda sosyal izolasyon hissi ile kişinin dışarıda herhangi bir yerde ya da evde ve aile üyeleri ile yemek yememesine neden olabilir (Handikap)(55).

Oral Health Impact Profile(OHIP) insanların iyi olma durumu üzerinde ağız hastalıklarının sosyal etki algısını ölçer. Bu ölçeğin esas avantajı, soruların araştırmacı dış hekimlerinden değil, hastalardan köken almasıdır(65).

OHIP-49 içindeki her soru ‘Ağzınız, dişleriniz ya da protezlerinizle ilgili problemler nedeniyle.....’ diye başlamaktadır ve problemi anlatacak şekilde devam etmektedir. OHIP-49 ölçeğinin değerlendirilmesinde Likert cevap sistemi (0= “Hiçbir zaman”,

1=“Çok az”, 2=“Ara sıra”, 3=“Oldukça sık”, 4=“Sık sık”) kullanılmaktadır. Değerlendirmede toplam skor arttıkça problemin şiddetinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılır. Toplam skor en az 0, en yüksek 56’dır.

Bazı araştırmacılar 49 sorunun hepsini kullanmayı gerekli görmedikleri için OHIP-49 içindeki her 7 başlıktan 2 soru olacak şekilde ölçek kısaltılmış ve 14 sorudan oluşan aynı geçerlilik ve güvenilirliğe sahip OHIP-14 oluşturulmuş ve kullanım açısından onaylanmıştır (66). Ölçeğin kısaltılmış hali (OHIP-14) yetişkin bireyler için uygulanan diş sağlığı bakım programları için daha pratiktir. Soru sayısı az olmasına rağmen ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede yeterlidir. Mumcu ve ark.(67) OHIP-14’ün Türk popülasyonu için geçerli ve güvenilir olduğunu ve diş hekimliği çalışmalarında kullanılabileceğini bildirmişlerdir. OHIP-14 TR ölçeğinden alınan skorların yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir (68).

2.3. ANKSİYETE

Anksiyete (kaygı-bunaltı), bilinmeyen bir tehlikeye karşı bilinçaltında oluşan yoğun bir huzursuzluk ve endişe halidir (69,70). Anksiyete yaşayan kişi bu durumu gereksiz bir endişe hali, kötü bir şey olacakmış hissi veya sebepsiz bir korku şeklinde ifade eder. Korku ise nereden geldiği belli olan gerçek bir tehlike karşısında ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir (71,72).

Anksiyete herkesin ara sıra hissettiği bir duygudur ve her zaman bir hastalık belirtisi olarak görülmemesi gerekir. Anksiyete çok hafif bir tedirginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir. Herhangi bir değişik

durumun başlangıcında anksiyete duyulması normaldir ve normal düzeydeki bu anksiyetenin uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır (73).

Ortaya çıkan anksiyete ile uyarının şiddeti uyumlu değilse, anksiyete süreç içerisinde azalmıyor ya da şiddetleniyorsa, duygusal belirtilere göre anksiyetenin fiziksel belirtileri daha hakimse, anksiyeteye katlanılamaması söz konusu ise anksiyetenin patolojik olduğundan söz edilebilir. Patolojik anksiyete durumu bireyin ailesel ve sosyal yaşantısını etkiler ve ilişkilerde bozulmalara neden olur. Kişi bu duygulanımı kontrol edemez ve bununla başa çıkamaz. Anksiyete sırasında baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar ve gastrointestinal sistem şikayetleri gibi belirtiler görülmesinin yanında kardiyovasküler değişiklikler de bu durumlara eşlik edebilir (72,74).

2.3.1. Diş Hekimliği Anksiyetesi

Modern diş hekimliğindeki tüm teknolojik gelişmelere rağmen diş tedavisine ait anksiyete ve tedavi sırasındaki ağrı korkusu devam etmektedir (72). Diş hekimliği anksiyetesi sıklıkla kaygı duyulan objeler ve durumlar içerisinde beşinci sırada yer almaktadır ve bireylerin günlük yaşamlarındaki kaygı seviyeleri ile diş hekimliği anksiyetesi arasında da bir ilişki söz konusudur (16). Yapılan çalışmalarda, hastanınaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, yaşadığı coğrafya, daha önceden diş tedavisi görüp görmemesi ve hastaya uygulanması planlanan tedavi işlemlerinin özellikleri gibi birçok değişken dental kaygı ile ilişkili faktörler olarak değerlendirilmiştir (75-78).

Diş hekimliği korkusu ve anksiyetesi durumunda gösterilen tepki üç aşamadan oluşmaktadır:

- Birincisi, entelektüel düzeydedir ve bu aşamada hasta sonunda elde edeceği yararı göz önünde bulundurarak zorluklarla karşılaşmaya ve bunları kabul etmeye hazırdır.
- İkinci olarak psikolojik ve fizyolojik belirtilerin öne çıktığı duygusal yanıt aşaması gelir. Bu aşamada hasta, şiddete başvurmaya yol açabilecek kadar aşırı öfke, panik ya da dehşete kadar varabilen ve durumdan kaçmaya neden olacak

düzeyde korku duyar. Verilen bu yanıt algılanan tehdit veya tehlikeye karşı ani bir savunma reaksiyonudur.

- Yanıtın üçüncü aşaması zevke düşkünlüktür. Hastalar sadece kendileriyle ilgilidir. Tedavinin sonuçları onları ilgilendirmez. Rahatsızlık veren tedavi şekillerini reddederler (79).

Diş hekimliği yaklaşımlarında hastaların gösterdikleri ilk ve en önemli anksiyete belirtisi nefes alıp vermenin düzensizleşmesi ve sığ nefes alma şeklinde gözlenebilir. Daha sonra dişlerin ve çenenin sıkılması, kaslarda gerginlik artışı ve ekstremitelerde sertlik gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Normalde konuşkan olan bir kişi aniden sessizleşir veya sakin olan bir kişi çok konuşmaya başlayabilir ve hasta ile hekim arasındaki ilişkide ani bir değişiklik olur. Anksiyeteye bağlı olarak tedavi süresince sık sık tükürme veya ağız çalkalama, hekimin çalışmasını durdurma, koltukta rahat oturamama gibi rahatsızlık belirtileri gözlenir. Anksiyetenin şiddetlenmesi durumunda ise panik atak veya bayılma gözlenebilir (79, 80).

Diş hekimliği korkusu ve anksiyetesi, randevu alma işlemi, tedavi öncesi bekleme veya dental tedavi sırasında kullanılan aletler ve/veya yapılan işlemlere karşı gelişebilmektedir. En fazla korku ve kaygıya neden olan etkenler; dental enjektörün görülmesi, enjeksiyon işlemi ve aeratör kullanımındır (16, 78).

2.3.2. Diş Hekimliği Anksiyetesi ve Korkusunun Değerlendirilmesi

Diş tedavisi nedeniyle duyulan korkuya bağlı gelişen huzursuzluk hali olarak tanımlanan diş hekimliği korkusu, hasta ve hekim için büyük bir problem oluşturmaktadır. Yüksek korku düzeyine sahip hastalar, tedavilerini erteleme eğilimindedirler. Ayrıca bu tip hastalar, tedavi işlemleri sırasında son derecede uyumsuz bir hasta profili oluştururlar (79, 81).

Tedavi öncesinde hekimin hastasının anksiyete düzeyi hakkında bilgi sahibi olması, tedavi sırasında karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olması ve hastanın anksiyete düzeyini azaltmaya yönelik alabileceği önlemler açısından önemlidir. Bu nedenle kullanılan ölçeklerin diş hekimliği anksiyetesinin tüm bileşenlerini dikkate alacak şekilde bir içeriğe sahip olması ve diş hekimliği anksiyetesinin tüm düzeylerini kapsaması gereklidir (82).

Diş hekimliği korkusunun ve anksiyetesinin tüm boyutlarının ortaya çıkartılarak doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın korkusunun ve kaygısının olup olmadığı özel olarak geliştirilen ölçekler ile belirlenebilmektedir. Bu ölçekler, kullanımı kolay ve güvenilir olup, büyük bir kısmı bireyin kendisinin okuyup cevaplayabileceği anket formlarından oluşmaktadır. Diş hekimliği tedavisi öncesinde bu ölçeklerin doldurulmasının hastaların korku ve kaygı seviyesi üzerine herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı bildirilmiştir (16, 83).

Farklı ölçeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kullanılmakta olan ölçeklerin hiçbirisinin diş hekimliği anksiyetesi kavramını tam olarak yansıtmadığı, bu yüzden de diş hekimliği anksiyetesi ile ilgili çalışmalarda birden fazla ölçek kullanılması gerektiği bildirilmiştir (84).

Literatürde diş hekimliği anksiyetesinin değerlendirilmesinde en sık olarak kullanılan ölçekler şunlardır(16):

- Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (DAS)(130)
- Modifiye Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği(MDAS)(131)
- Diş Hekimliği Korkusu Ölçeği (DKS)(132)
- Modifiye Diş Hekimliği Korkusu Ölçeği (M-DKS)(133)
- Diş Hekimliği Anksiyete Sorusu (DAQ)(134)
- Gatchel'in Korku Ölçeği (GFS)(135).

2.3.3. Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (DAS)

Diş hekimliği anksiyetesini ölçmek amacıyla en sık kullanılan ve Corah tarafından geliştirilmiş olan ölçektir. Bu ölçek bireylerin diş hekimine gitme, diş hekimi muayenehanesinde bekleme, muayene koltuğunda bekleme ve tedavi sırasındaki tepkilerini değerlendiren beş seçenekli dört sorudan oluşmaktadır. Bireyler sorularda kendilerine en yakın buldukları cevap seçeneğini işaretlemekte ve verilen yanıtların sayısal olarak karşılıklarının toplamı kişinin dental kaygı düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği(DAS) değerlendirmesinde skor ile kaygı

düzei arasında doğru orantılı ilişkiye dayanan bir sonuç elde edilir. Ölçek skorunun 13 veya 14 olması anksiyete sorunu olduğunu düşündürürken, 15 veya daha yüksek skorlar yüksek anksiyete düzeyini ifade eder (24).

Ölçeğin geçerliliği ile ilgili değerlendirmede, diş hekimlerinin hastalarının anksiyete düzeyine yönelik sınıflamaları ile hastaların ölçek skorları arasında 0.41 değerinde bir korelasyon katsayısı belirlenmiştir. Ölçek 1967'de kolej öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde değerlendirilmiş ve iç tutarlılığı 0.86 olarak hesaplanmıştır. Bu katsayı, sınırlı sayıdaki madde için oldukça yüksektir. Corah ayrıca dental anksiyete skoru yüksek olan bireylerin, video ile gösterilen bir diş tedavisi seansında düşük skorlar alan bireylere göre daha fazla sıkıntı duyduklarını belirlemiştir ki bu da ölçeğin geçerliliğini desteklemektedir (24, 79).

Ölçeklerin geçerliliğini desteklemeye yönelik bir diğer yaklaşım, ölçekteki değişikliklerin, hastaların anksiyete düzeyinde kaydedilen değişiklikleri de ne derecede yansıtılabildiğinin belirlenmesidir. Diş hekimliği fobisi olan ve bu fobileri başarılı bir şekilde tedavi edilmiş olan hastaların DAS skorları önemli bir azalma göstermiştir (79,24).

2.4. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi

Oral kavite, başta 'konuşma' ve 'beslenme' olmak üzere bireylerin birçok hayati işlevlerini yerine getirmesini sağlamaktadır. Beslenme ile alakalı olarak sadece yeme içmeyi değil aynı zamanda tat alma ve tükettiği besinlerden memnuniyet duyulmasını da sağlamaktadır. Geniş bir perspektiften bakıldığında, saydığımız fiziksel işlevlerin yanında sosyal içerikli konuların da optimum seviyede olabilmesi için oral kavitenin sağlıklı olması şarttır(7).

Ağız ve diş sağlığı sorunları içinde en önemli iki sorun diş çürükleri ve periodontal hastalıktır(7). Diş çürüğü, dış etkenlerle oluşan dişin sert dokusunda yıkıma yol açan, başlangıçta bulgu vermeyen, irreversible bir hastalık olmasının yanı sıra, diğer sistemleri de etkilemesi, gerekli korunma önlemleri alınmadığı durumda tanı ve tedavisi için zaman, personel ve maddi kayıplara yol açması nedeniyle halk sağlığı açısından önemle ele alınması gereken bir sorundur(7).

Ülkemizde tüm yaş gruplarının ortalaması alındığında periodontal hastalıkların görülme sıklığı 10 yaşında %50 iken, ileri yaşlarda %96'ya çıkmaktadır (10). Toplumda bu kadar sık görülen bir hastalık olmasından dolayı periodontal durumu inceleyen indeksler önem kazanmıştır.

Ağız sağlığına ilişkin ölçütlerin hesaplanmasına temel olacak verilerin toplanması için Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği standart formların, kodlama sisteminin ve araç-gerecin kullanılması önerilmektedir(86,87).

Toplumun ağız - diş sağlığı düzeyini göstermek üzere kullanılan temel ölçütler şöyledir:

- Çürük deneyimi prevalansı
- Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
- Ortalama diş sayısı
- Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
- DMFT indeksi (Çürük, kayıp, dolgulu dişler indeksi)
- Dişsizlik yüzdesi
- Dental florozis
- Toplum periodontal indeks (Community periodontal index-CPI)(86)

Bunların dışında, Dünya Sağlık Örgütü ağız sağlığı araştırmalarında klinik değerlendirmede incelenebilecek diğer durumlar olarak ekstra oral muayene, temporomandibular eklem değerlendirilmesi, oral mukozanın değerlendirilmesi, mine opasiteleri/hipoplaziler, ataçman kaybı, tedavi ihtiyacı, protez durumu ve protez gereksinimi, dentofasiyal anomaliler ile acil bakım ve konsültasyon gereksinimini de tanımlamıştır(86,88)

Yukarıda belirtilen temel ölçütlerin tamamının hesaplanması için dişlerin durumu ile toplum periodontal indeksin muayene formu üzerine Dünya Sağlık Örgütü'nün standart kodlama sistematigi ile belirtilmesi gerekmektedir (86,88).

Periodontal durumun incelenmesi; dişeti inflamasyonunun klinik değerlendirilmelerini, cep derinliklerinin ve klinik ataşman seviyelerinin kayıtlarını ve destekleyici alveolar kemiğin yıkım miktarının radyolojik değerlendirmelerini içermektedir. Bu parametrelerin skorlanması için diş hekimliğinde çeşitli indeks sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemler ile, çeşitli skorların tanımı ve indeks sistemlerini dizaynı, periodontal

hastalıkların etiyojisi ve patogenezinin yanı sıra çağdaş tedavi yaklaşımları ve stratejileri hakkında bilgi verilmektedir (89).

Periodontal indeksler

- Periodontal hastalık indeksi – Ramfjord 1959
- CPITN – WHO 1978
- Periodontal screening and recording (PSR) ADA – AAP 1992 (89)

2.4.1.CPITN (TOPLUMDA PERİODONTAL TEDAVİ GEREKSİNİMİ İNDEKSİ)

Dünya sağlık örgütü'nün (WHO) önderliğinde Ainamo ve ark. (1982) tarafından geniş popülasyonlarda periodontal tedavi ihtiyacını belirlemek için CPITN indeks sistemini geliştirmişlerdir(90).

CPITN, toplumda periodontal tedavi gereksinimini hızlı bir şekilde tespit etmek için kullanılan bir indekstir. Bu indeks; dişeti çekilmesi veya alveolar kemik kaybı gibi periodontal durumların değerlendirilmesinden çok toplumda periodontal tedavi gereksinimini hızlı bir şekilde belirlemek için kullanılır(90,91). Toplumda periodontal tedavi gereksinimi indeksi (CPITN) prensipleri şu şekilde özetlenebilir:

1. Dentisyon altı sekstanta ayrılır (her bir dental arkta bir anterior ve iki posterior bölge). Bir sekstanttaki tedavi gereksinimi çekim gerektirmeyen iki veya daha fazla diş varlığında kaydedilir. Eğer sekstantta bir diş kaldıysa diş komşu sekstanta kaydedilir.
2. Sonlama ölçümleri sekstanttaki ya bütün dişlerin etrafında ya da belli indeks dişlerin etrafından (bu durum epidemiyolojik araştırmalar için tavsiye edilmiştir) yapılır. Sadece en yüksek ölçüm ilgili sekstantı temsil etmek için seçilir (90,91,92).

Sekstantların kapsadıkları dişler

7 6 5 4	3 2 1 1 2 3	4 5 6 7
7 6 5 4	3 2 1 1 2 3	4 5 6 7

Bir sekstantta en az iki tane periodontal nedenle çekim endikasyonu konmamış diş olması gerekir. Eğer fonksiyon gören tek bir diş varsa komşu sekstanta dahil edilir (90,91).

Epidemiyolojik amaçla hızlı bir değerlendirme yapmak gerekiyorsa yalnız seçilen indeks dişlerinde değerlendirme yapılır. Bir sekstantta indeks dişi eksik ise o sekstanttaki tüm dişler incelenir. Her sekstantın değerlendirilmesi o sekstanttaki tüm dişlerden elde edilen en kötü skora göre yapılır (91).

İndeks dişler

7 6 1	6 7
7 6	1 6 7

3. Periodontal durumlar şu şekilde skorlanır:

- *Kod 0* cep, diştaşı veya taşkın dolgu ve sondlamada kanama olmayan sekstanta verilir.
- *Kod 1* cep, diştaşı veya taşkın dolgusu olmayan, ancak bir yada birkaç dişeti bölgesinde sondlamada hafif kanamanın olduğu sekstanta verilir.
- *Kod 2* 3 mm cep derinliğini geçmeyen, ancak subgingival olarak diş taşı ve plak tutucu faktörlerin mevcut sekstanta verilir.
- *Kod 3* 4-5 mm derin ceplere sahip dişlerin bulunduğu sekstanta verilir.
- *Kod 4* 6 mm veya daha fazla cep derinliğine sahip dişlerin bulunduğu sekstanta verilir.

Dişlerden birisinde 6mm veya daha fazla derinlikte cep varsa, diğer dişler incelenmez ve sekstant '4.kod' değerini alır. Her sekstantın değerlendirilmesi sekstanttaki tüm dişlerden elde edilen en kötü skora göre yapılır (90, 91, 92).

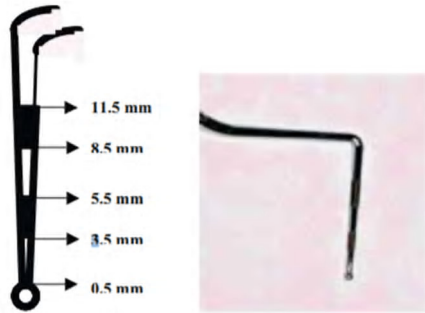
4. Tedavi gereksinim skorları (TNs) 0-4 arası değişir ve yukarıda belirtildiği gibi, tüm dentisyonda en şiddetli periodontal durumu temel alır. Böylelikle, TN0 dişetin sağlıklı olduğu durumlarda periodontal tedaviye gereksinim duyulmadığına (kod 0), TN1 oral hijyenin geliştirilmesi gerektiğine (kod 1); TN2 diş yüzeyi temizliği, taşkın dolguların uzaklaştırılması ve oral hijyenin geliştirilmesi gerektiğine (kod 2+3); ve TN3 ileri tedavi gereksinimine (kod 4) işaret etmektedir (91, 92).

WHO, popülasyonlarda periodontal tedavi ihtiyaçları için bir epidemiyolojik tarama prosedürü olarak CPITN kullanımını desteklemektedir. CPITN öncelikle periodontal cepler, diştaşı ve dişeti kanamasının varlığı veya yokluğu için klinik değerlendirme gerektiren bir tarama prosedürüdür (91, 93).

Bu indeks için WHO tarafından cep derinliği ölçen ve subgingival diştaşını belirleyen özel bir sond geliştirilmiştir (90).

Who periodontal sond:

Sondun ucunda 0.5mm çapında bir topuz bulunur, topuz yardımıyla subgingival diştaşları belirlenir. İlk ölçüm topuzla birlikte 3.5mm, koyu renkle birlikte 5.5- 8.5- 11.5mm'dir. 20-25 gr'lık bir kuvvetle ölçüm yapılır (90,91,92).



Epidemiyolojik araçlar için dizayn edilmemiş olmasına rağmen, bu indeks sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır ve CPITN bazlı çalışmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki periodontal koşullar konusunda epidemiyolojik bilgiler için sıklıkla tek kaynak olmuştur. İndeksin daha ileri modifikasyonu olan Toplumda Periodontal İndeks (Community Periodontal İndeks) (WHO 1997), periodontal tedavi gereksinimlerinin belirlenmesinden ziyade periodontal koşulların belirlenmesini vurgulamaktadır. CPITN/CPI kullanılmasıyla oluşturulan verilerin önemli bir miktarı WHO Global Oral Data Bank'ta biriktirilmiştir ve bu verilere Japonya'da Niigata Üniversitesi'nde ve İsveç'te Malmö Üniversitesi'nde bulunan WHO Collaborating centers'dan sağlanan sunucular aracılığı ile elektronik olarak ulaşım mümkündür (90,94).

2.4.2. DMF indeksi

Kalıcı dişlerde görülen çürüğü, çürük nedeniyle çekilmiş veya dolgu yapılmış dişi (DMFT) ya da yüzeyi (DMFS) gösteren DMF indeksi, ilk defa 1937 yılında Klein ve Palmer tarafından açıklanmış ve 1939'da Hagerstown çalışmasında kullanılmaya başlanmıştır (95).

DMF indeksinin en büyük avantajı, uzun yıllardır dünya çapında yaygın olarak kullanılmasından dolayı, diş çürüğü sıklığındaki tarihsel gelişimin izlenmesine olanak sağlamasıdır. DMF indeksi hesaplanırken, muayene edilen kişilerin kalıcı dişlerinde saptanan çürük, çekilmiş ve dolgulu diş sayısı, muayene edilen kişi sayısına bölünür (96).

$$\text{DMFT: } \frac{\text{muayene edilen bireylerdeki toplam çürük,dolgulu ve eksik diş sayısı}}{\text{toplam muayene edilen birey sayısı}}$$

DMFT hesaplamasında temel bütün daimi dişler yani, 20 yaş dişlerini de içerecek şekilde, 32'dir. Fissür sealant" veya "köprü ayağı, özel kron veya veneer/implant" kodu almış olan dişler DMFT hesaplamasına dahil edilmezler (96).

3. MATERYAL METOD

Çalışma grubumuzu 7 aylık periodda Mayıs- Kasım 2016 tarihleri arasındaki Kayseri ve çevresindeki yaklaşık 30 km lik alanda çalışmaya gelen mevsimlik gezici tarım işçileri oluşturmaktadır. Kayseri’de sayıları il sağlık müdürlüğünün önceki çalışmalardan edindiği raporlara göre 4 bin civarında tahmin edilen mevsimlik işçinin yaklaşık olarak 1/10’na ulaşılması hedeflendi. Daha önceki yıllarda bölgeye tarım işçisi olarak gelmiş ve il sağlık müdürlüğünde çevre sağlık teknisyenlerince kayıtları tutulan tarım işçileri grupları önceden telefonla aranarak çalışma için uygunlukları konusunda bilgi alındı. Çalışmaya gidilecek kampların seçimi il sağlık müdürlüğünde çalışan personel tarafından bölgedeki çavuşlarla telefon ile görüşülerek randevu usulüyle sağlandı. Örneklem büyüklüğümüzü aşana kadar bu 5 ayı bölgedeki yaklaşık 20 kamp ziyaret edildi.





Ziyaretler işçilerin çalışmadan dönme saatleri dikkate alınarak öğle üzerinden itibaren gerçekleştirildi. Bu ziyaretlerde her bir işçi, Kayseri Halk Sağlık Müdürlüğüne tarafımıza tahsis edilen içinde diş ünitesi bulunan bir araçta Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontal Anabilim Dalı Araş. Gör. tarafından genel ağız diş sağlığı açısından değerlendirildi. Çalışmaya mevsimlik işçi tarifine uyan herkes beraber yaşadığı aile üyeleriyle beraber dâhil edildi. Çalışmaya katılan tüm bireylerden çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirmeyi takiben yazılı gönüllü oluru alındı. Bu çalışma için etik onay Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ise çalışma onayı alındı (Toplantı tarihi: 10.06.2016, Karar no: 2016/367). Öncelikle katılımcıların her birine 17 sorudan oluşan genel ağız diş sağlığını değerlendiren sorular soruldu. Ayrıca Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (DAS) ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi OHIP-14 TR ölçeği kullanıldı.



Bu görüşmelerin amacı katılımcıların ağız sağlığına verdikleri önemi görmek ve ağız sağlıkları hakkında bilgilendirmektir. Katılımcılarla görüşmeler yüz yüze yapılarak anket formu dolduruldu. Ayrıca Türkçe bilmeyen katılımcılarla bir tercüman aracılığıyla iletişim sağlandı. Görüşme formu doldurulduktan sonra katılımcılar teker teker diş ünitesine alınarak diş muayenesi yapıldı. Ağız içi muayene, Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğüne tahsis edilen 38 SU 514 plakalı mobil hizmet aracında yapıldı. Araç içerisinde bir adet diş ünitesi ve maske ve eldiven gibi sarf malzemeler bulunmaktadır. Muayenede öncelikle ağız içi yumuşak dokular ve dil ağız aynası ve periodontal sond ile gözden geçirildi.





Katılımcıların periodontal durumları özel WHO sondu kullanılarak *Community Periodontal Index* (CPI) kayıt edildi.

Katılımcılara yapılan klinik muayene ile çürük ve sonuçlarından etkilenmiş diş sayısını belirlemek amacıyla DMFT (D: Decayed, M: Missing, F:Filling, T:Total) indeksi kullanıldı. Çürük (Decayed-D), kayıp (Missing-M) ve dolgulu (Filled-F) diş sayılarının toplamı hesaplandı.

Çalışmaya katılan kişilerden radyograf alınmadı ayrıca invaziv hiçbir işlem yapılmadı. Bireyler mevcut oral sağlıklarından(çürük diş sayısı,kayıp diş sayısı, periodontal hastalıklarından)haberdar edildi. Ciddi problemi olan katılımcılar Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne yönlendirildi.

3.1. Katılımcılara Uygulanan Anketler

3.1.1. Ağız Sağlığını Değerlendirme Formu

Katılımcılara ağız sağlığı ile ilgili sorular soruldu. Bu sorularla mevcut diş problemleri, geçmişte yaşanan diş problemleri, fırçalama alışkanlıkları sorgulandı.

ANKET-1

Sistemik bir hastalığınız var mı? yok var
(_____)

Sürekli kullandığınız ilaç var mı? yok var
var(_____)

Herhangi bir diş probleminiz var mı? yok var(çürük ; ağız kokusu;
dişsizlik; dişeti problemleri; estetik problemler; ortodontik problemler
diğer(_____)

Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi? hayır evet (nedeni:_____)

Dişlerinizi her gün fırçalıyor musunuz? hayır evet

günde kaç kere? sadece 1 kere 2 veya daha fazla

Diş fırçalama süreniz ne kadardır? 1 dk'dan az 2-3 dk 3dk'dan fazla kanayana kadar bilmiyor

Dişlerinizi fırçalarken diş etleriniz kanyor mu? hayır evet

Diş temizliğiniz için ne kullanıyorsunuz? diş fırçası diş ipi ağız gargarası misvak diş macunu kürdan diğer(_____)

Kendinize ait diş fırçanız var mı? evet hayır

Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz?

aile öğretmen televizyon,radyo,gazete vs. diş hekimi bilmiyorum

Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yaşadınız?

sıklıkla genellikle nadiren hiçbir zaman çok az bilmiyorum

Ağızınızın içinde yara çıkıyor mu? evet, sıklıkla çok sık değil bazen nadiren hayır

Kötü alışkanlıklarınız var mı? (sigara, tütün çiğneme, tırnak yeme, parmak emme vs.) yok var

Dişlerinizin görünümünden memnun musunuz? hayır evet

Yaşadığınız yerde diş hekimi var mı? hayır evet

Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi? önemli önemsiz

Sizce ağız sağlığınız nasıl?

İyi orta kötü

3.1.2. Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği(DAS)

Çalışma grubunda diş hekimine tedavi olmak için gelindiğinde oluşan anksiyeteyi değerlendirmek için Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği(DAS) kullanıldı.

Diş hekimliği anksiyetesinin değerlendirilmesinde, katılımcılara 4 soru sorularak bu sorulara verilen yanıtlar değerlendirildi. DAS değerlendirmesinde cevap seçenekleri (a, b, c, d ve e) sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 olacak şekilde puanlama yapıldı. Bu ölçekte toplam skor 5 ile 20 arasında değişmektedir ve bu skorun artması anksiyete düzeyinin arttığını

göstermektedir. DAS toplam skoru ≥ 19 olan katılımcılar yüksek diş hekimliği kaygı düzeyine sahip olarak değerlendirilmektedir.

Bu ölçek Humphris ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Her sorunun, "endişeli değil" ile "aşırı endişeli" arasında değişen, 1 ile 5 arasında değişen beş puanı vardır. Bu çalışmada DAS'sının Türkçe çevirisi kullanıldı. Türkçe ve İngilizce sürümleri arasında tam uyum sağlamak için, Türkçe versiyonu tekrar İngilizceye çevrilmiş ve tutarsızlıklar açısından test edildi.

ANKET-2

Dental Anksiyete Anketi

1-Yarın dişhekimine gidecek olsaydınız kendinizi nasıl hissedersiniz?

a-Eğlenceli bir deneyim olacağını düşünürüm

b-Umursamam

c-Biraz huzursuz olurum

d-Hoş olmayan ve ağrılı bir işlem olacağını düşünüp korkarım

e-Dişhekiminin yapabileceği işlemlerden çok korkarım

2-Dişhekiminin bekleme odasında sıranın size gelmesini bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissederdiniz?

a-Rahat

b-Biraz huzursuz

c-Gergin

d-Kaygılı

e-O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

3-Dişhekimi koltuğunda oturuyorsunuz ve hekim dişinize dolgu yapmak için aletlerini hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

a-Rahat

b-Biraz huzursuz

c-Gergin

d-Kaygılı

e-O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

4-Dişhekimi koltuğunda oturuyorsunuz ve hekim dişetlerinizin etrafındaki diş taşlarını temizlemek için aletlerini hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

a-Rahat

b-Biraz huzursuz

c-Gergin

d-Kaygılı

e-O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

3.1.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde 14 sorudan oluşan OHIP-14 TR ölçeği kullanıldı. Ölçeklerin doldurulmasında katılımcılara hiçbir şekilde müdahale edilmedi.

OHIP-14 TR

OHIP-14 TR ölçeği diş sağlığı açısından yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılmaktadır. Ölçekteki her bir soru için '0= "Hiçbir zaman", 1="Çok az", 2="Ara sıra". 3="Oldukça sık", 4="Sık sık" şeklinde yorumlanmaktadır. Toplam skor en az 0, en yüksek 56 olarak kaydedilmektedir. Toplam skorun artması hastaların algıladıkları problemin şiddetinin arttığını ve yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. OHIP-14 TR ölçeği hastalara uygulanırken, hastaların dental ve protetik durum incelemesi de yapıldı. Dental değerlendirme dâhilinde eksik diş sayılarını belirlemek amacıyla ise DMFT indeksleri değerlendirilerek OHIP-14 TR ölçekleri hesaplandı.

ANKET-3**OHIP-14 oral health impact profile**

1.Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle herhangi bir kelimenin telaffuzunda sıkıntı yaşadınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

2.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile tat alma duyunuzun daha kötüye gittiğini hissettiniz mi?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

3.Ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

4.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu ?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

5.Dişleriniz ağzınız ve protezleriniz nedeniyle utandınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

6.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile kendinizi sınırlı hissettiniz mi?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

7.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile diyetinizin tatmin etmediği oldu mu?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

8.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bıraktınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

9.Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile rahatlamada zorlandınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

10. Dişleriniz ağızınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile biraz mahcup oldunuz mu?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

11. Dişleriniz ağızınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile insanlara az da olsa sinirli davrandınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

12. Dişleriniz ağızınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile günlük işlerinizi yapmada zorluk yaşadınız mı?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

13. Dişleriniz ağızınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile hayatınızın genelde daha az tatmin edici olduğunu hissettiniz mi?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

14. Dişleriniz ağızınız ve protezlerinizdeki problemler nedeni ile tüm işlevlerinizi yapamadığınız oldu mu?

- a. Sık sık b. Oldukça sık c. Ara sıra d. Çok az e. Hiçbir zaman

3.1.4. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi

Ağız sağlığına ilişkin ölçütlerin hesaplanmasına temel olacak verilerin toplanması için Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği standart formların, kodlama sisteminin ve araç-gerecin kullanılması önerilmektedir (86,87).

Biz de çalışmamızda ağız sağlığını değerlendirmek amacıyla CPITN indeksini değerlendirdik. Bu indeksi değerlendirirken WHO ağız sağlığı değerlendirme formunu kullandık.

ANKET-4**WHO AĞIZ SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU (1997)**

Boş bırakınız (1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4)	Yıl Ay (5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (8)	Gün (9) <input type="text"/> <input type="text"/> (10)	Kimlik Numarası (11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (14)	Araştırmacı <input type="text"/> (15)	Orijinal/Çift Muayene <input type="text"/> (16)
GENEL BİLGİ			DiĞER VERİLER (tanımlayıp kodlayınız)		
İsim <input type="text"/> (29)		
Doğum Tarihi Yıl Ay (17) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (20)			Meslek <input type="text"/> (25)		
Yaş <input type="text"/> <input type="text"/> (22)			Coğrafi Konum (26) <input type="text"/> <input type="text"/> (27)		
Cinsiyet (E=1,K=2) <input type="text"/> (23)			Konum Tipi: 1= Kentsel <input type="text"/> (28)		
Etnik Grup <input type="text"/> (24)			Nedeni..... <input type="text"/> (31)		
			0 = Hayır 1 = Evet		
KLİNİK DEĞERLENDİRME EKSTRA-ORAL MUAYENE 0 = Normal ekstra-oral görünüm 1 = <u>Ülserasyon</u> , yaralar, erozyonlar, <u>fissürler</u> (baş, boyun, uzuvlar) 2 = <u>Ülserasyon</u> , yaralar, erozyonlar, <u>fissürler</u> (burun, yanaklar, çene) 3 = <u>Ülserasyon</u> , yaralar, erozyonlar, <u>fissürler</u> (komissuralar) 4 = <u>Ülserasyon</u> , yaralar, erozyonlar, <u>fissürler</u> (vermillion hattı) <input type="text"/> (32) 5 = <u>Kankrum oris</u> 6 = Üst ve alt dudakların <u>anomalileri</u> 7 = <u>Büyümüş lenf nodülleri</u> (baş, boyun) 8 = <u>Yüz ve çenelerdeki diğer şişlikler</u> 9 = Kayıt edilmemiş			TEMPOROMANDİBULAR EKLEM DEĞERLENDİRMESİ SEMPATOMLAR BELİRTİLER 0 = Hayır 0 = Hayır 1 = Evet 1 = Evet 9 = Kayıt edilmemiş 9 = Kayıt edilmemiş <input type="text"/> (33) <input type="text"/> (34)		
			<u>Kliking</u> <input type="text"/> (34) <u>Hassasiyet</u> <input type="text"/> (35) <u>Çene mobilitesinde azalma</u> (<u>palpasyonda</u>) <input type="text"/> (36) (<u><30 mm açıklık</u>)		

ORAL MUKOZA	
DURUMU 0 = Anormal durum yoktur (37) <input type="text"/> <input type="text"/> (38) 1 = <u>Malign tümör</u> (ağız kanseri) (39) <input type="text"/> <input type="text"/> (40) 2 = <u>Lökoplazi</u> 3 = <u>Liken planus</u> 4 = <u>Ülserasyon</u> (aftöz, <u>herpetik</u> , <u>travmatik</u>) (41) <input type="text"/> <input type="text"/> (42) 5 = <u>Akut nekrotizan gingivitis</u> 6 = <u>Kandidiazis</u> 7 = <u>Apsse</u> 8 = <u>Diğer koşullar</u> (mümkünse tanımlayınız) 9 = Kayıt edilmemiş	KONUMU 0 = <u>Vermillion hattı</u> 1 = <u>Komissuralar</u> 2 = <u>Dudaklar</u> 3 = <u>Sulkus</u> 4 = <u>Bukkal mukoza</u> 5 = <u>Ağız tabanı</u> 6 = <u>Dil</u> 7 = <u>Sert ve/veya yumuşak damak</u> 8 = <u>Alveoler kret/gingiva</u> 9 = Kayıt edilmemiş
MİNE OPASİTELERİ/HİPOPLAZİ	DENTAL FLOROZİS
Daimi dişler 0 = Normal 1 = <u>Sınırlı opasite</u> 2 = <u>Yaygın opasite</u> 3 = <u>Hipoplazî</u> 4 = <u>Diğer defektler</u> 5 = <u>Sınırlı ve yaygın opasiteler</u> 6 = <u>Sınırlı opasite ve hipoplazi</u> 8 = <u>Üç durumunda bulunduğu vakalar</u> 9 = Kayıt edilmemiş	0 = Normal 1 = <u>Sınırlı opasite</u> 2 = <u>Şüpheli</u> 3 = <u>Çok hafif</u> 4 = <u>Orta</u> 5 = <u>Şiddetli</u> 8 = <u>Harîç bırakılmış</u> 9 = Kayıt edilmemiş
14 13 12 11 21 22 23 24 (43) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (50) (51) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (52) 45 35	<input type="text"/> (53)
COMMUNITY PERIODONTAL INDEX (CPI)	ATAŞMAN KAYBI*
0 = Sağlıklı 1 = Kanama 2 = <u>Kalkulus</u> 3* = Cep 4 – 5 mm (sondanın siyah bandı kısmen görünüyor) (57) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (59) 4* = Cep 6 mm veya daha derin (sondanın siyah bandı görünmüyor) (54) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (56) X = Harîç bırakılmış sekstant 9 = Kayıt edilmemiş * 15 yaşından küçüklerde kayıt edilmez	0 = 0-3 mm 1 = 4-5 mm [mine <u>sement</u> bileşimi (MSB) siyah bandın <u>sınırları</u> içerisinde] (60) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (62) 2 = 6-8 mm [MSB siyah bandın üst sınırı ile 8,5 mm işaretli halka arasında yer alıyor] (63) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (65) 3 = 9-11 mm [MSB 8,5 mm ile 11,5 mm işaretli halkalar arasında <u>halka</u> arasında yer alıyor] 4 = 12 mm veya daha fazla [MSB 11,5 mm işaretli halkadan daha <u>Yukarıda</u> yer alıyor] X = Harîç bırakılmış sekstant 9 = Kayıt edilmemiş * 15 yaşından küçüklerde kayıt edilmez
17/16 11 26/27 (54) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (56) (57) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (59) 47/46 31 36/37	17/16 11 26/27 (60) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (62) (63) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (65) 47/46 31 36/37

DENTİSYON DURUMU VE TEDAVİ GEREKSİNİMİ										Kimlik Numarası																																																																																																																										
										<input type="text"/>																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Kron (66)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(81)</td> </tr> <tr> <td>Kök (82)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(97)</td> </tr> <tr> <td>Tedavi (98)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(113)</td> </tr> </table>											48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							Kron (66)																				(81)	Kök (82)																				(97)	Tedavi (98)																				(113)	<table border="1"> <tr> <th>Süt dişleri Kron</th> <th>Daimi dişler Kron/Kök</th> <th>DURUM</th> </tr> <tr> <td>A</td> <td>0</td> <td>0 Sağlam</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1</td> <td>1 Çürük</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>2</td> <td>2 Dolgulu ve çürük</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>3</td> <td>3 Dolgulu, çürük yok</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>4</td> <td>- Eksik, çürük nedeniyle</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>5</td> <td>- Eksik, başka nedenle</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>6</td> <td>- Fissür sealant</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>7</td> <td>7 Köprü ayağı, özel kron veya veneer/implant</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>8</td> <td>8 Sürmemiş diş, (kron)/ekspeze olmamış kök</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>T</td> <td>- Travma (çatlak)</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>9</td> <td>9 Kayıt edilmemiş</td> </tr> </table>		Süt dişleri Kron	Daimi dişler Kron/Kök	DURUM	A	0	0 Sağlam	B	1	1 Çürük	C	2	2 Dolgulu ve çürük	D	3	3 Dolgulu, çürük yok	E	4	- Eksik, çürük nedeniyle	-	5	- Eksik, başka nedenle	F	6	- Fissür sealant	G	7	7 Köprü ayağı, özel kron veya veneer/implant	-	8	8 Sürmemiş diş, (kron)/ekspeze olmamış kök	T	T	- Travma (çatlak)	-	9	9 Kayıt edilmemiş	<p>TEDAVİ 0 = Tedavi ihtiyacı yok P = Onleyici, çürük durdurucu bakım F = Fissür sealant 1 = Bir yüzü dolgu 2 = İki veya daha fazla yüzü dolgu 3 = Herhangi bir nedenle kronlama 4 = Veneer veya laminata 5 = Pulpa kapaklaması restorasyon 6 = Çekim 7 = Diğer bakım ihtiyacı (tanımlayınız)..... 8 = Diğer tedavi ihtiyacı (tanımlayınız).....</p>	
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																																							
Kron (66)																				(81)																																																																																																																
Kök (82)																				(97)																																																																																																																
Tedavi (98)																				(113)																																																																																																																
Süt dişleri Kron	Daimi dişler Kron/Kök	DURUM																																																																																																																																		
A	0	0 Sağlam																																																																																																																																		
B	1	1 Çürük																																																																																																																																		
C	2	2 Dolgulu ve çürük																																																																																																																																		
D	3	3 Dolgulu, çürük yok																																																																																																																																		
E	4	- Eksik, çürük nedeniyle																																																																																																																																		
-	5	- Eksik, başka nedenle																																																																																																																																		
F	6	- Fissür sealant																																																																																																																																		
G	7	7 Köprü ayağı, özel kron veya veneer/implant																																																																																																																																		
-	8	8 Sürmemiş diş, (kron)/ekspeze olmamış kök																																																																																																																																		
T	T	- Travma (çatlak)																																																																																																																																		
-	9	9 Kayıt edilmemiş																																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Kron (114)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(129)</td> </tr> <tr> <td>Kök (130)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(145)</td> </tr> <tr> <td>Tedavi (146)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(151)</td> </tr> </table>											18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								Kron (114)																				(129)	Kök (130)																				(145)	Tedavi (146)																				(151)																																							
	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																							
Kron (114)																				(129)																																																																																																																
Kök (130)																				(145)																																																																																																																
Tedavi (146)																				(151)																																																																																																																
PROTEZ DURUMU 0 = Protez yok 1 = Köprü 2 = Birden fazla köprü 3 = Parsiyel protez 4 = Hem köprü(ler) ve hem de parsiyel protez (ler) 5 = Total protez 9 = Kayıt edilmemiş					<p style="text-align: center;">Üst Alt</p> <input type="text"/> (162) <input type="text"/> (163)					PROTEZ GEREKSİNİMİ 0 = Protez gereksinimi yok 1 = Tek birimli protez gereksinimi var 2 = Çok birimli protez gereksinimi var 3 = Tek ve/veya çok birimli kombine protez gereksinimi var 4 = Total protez gereksinimi var (tüm dişlerin yerine konması) 9 = Kayıt edilmemiş					<p style="text-align: center;">Üst Alt</p> <input type="text"/> (164) <input type="text"/> (165)																																																																																																																					

DENTOFASİYAL ANOMALİLER														
DENTİSYON <input type="text"/> (166) <input type="text"/> (167) Eksik kesici, kanin ve premolar dişler – maksiller ve mandibular dişlerin numarasını yazınız.														
BOŞLUK <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/> (168) Kesici segmentlerinde çapraşıklık:</td> <td><input type="text"/> (169) Kesici segmentlerinde boşluk:</td> <td><input type="text"/> (170) mm olarak diastema</td> <td><input type="text"/> (171) mm olarak en büyük anterior maksiller düzensizlik</td> <td><input type="text"/> (172) mm olarak en büyük anterior mandibular düzensizlik</td> </tr> </table> <p>0 = Çapraşıklık yok 1 = Bir segmentte çapraşıklık 2 = İki segmentte çapraşıklık</p> <p>0 = Çapraşıklık yok 1 = Bir segmentte çapraşıklık 2 = İki segmentte çapraşıklık</p>										<input type="text"/> (168) Kesici segmentlerinde çapraşıklık:	<input type="text"/> (169) Kesici segmentlerinde boşluk:	<input type="text"/> (170) mm olarak diastema	<input type="text"/> (171) mm olarak en büyük anterior maksiller düzensizlik	<input type="text"/> (172) mm olarak en büyük anterior mandibular düzensizlik
<input type="text"/> (168) Kesici segmentlerinde çapraşıklık:	<input type="text"/> (169) Kesici segmentlerinde boşluk:	<input type="text"/> (170) mm olarak diastema	<input type="text"/> (171) mm olarak en büyük anterior maksiller düzensizlik	<input type="text"/> (172) mm olarak en büyük anterior mandibular düzensizlik										
OKLÜZYON <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/> (173) mm olarak anterior maksiller overjet</td> <td><input type="text"/> (174) mm olarak anterior mandibular overjet</td> <td><input type="text"/> (175) mm olarak anterior vertikal açık kapanış</td> <td><input type="text"/> (176) antero-posterior molar ilişkisi:</td> </tr> </table> <p>0 = Normal 1 = Yarım tüberkül 2 = Tam tüberkül</p>										<input type="text"/> (173) mm olarak anterior maksiller overjet	<input type="text"/> (174) mm olarak anterior mandibular overjet	<input type="text"/> (175) mm olarak anterior vertikal açık kapanış	<input type="text"/> (176) antero-posterior molar ilişkisi:	
<input type="text"/> (173) mm olarak anterior maksiller overjet	<input type="text"/> (174) mm olarak anterior mandibular overjet	<input type="text"/> (175) mm olarak anterior vertikal açık kapanış	<input type="text"/> (176) antero-posterior molar ilişkisi:											
ACİL MÜDAHALE VE KONSÜLTASYON İHTİYACI Hayatı tehdit eden koşul <input type="text"/> (177) 0 = Yok Ağrı ve enfeksiyon <input type="text"/> (178) 1 = Var Diğer koşul (tanımlayınız) <input type="text"/> (179) 9 = Kayıt edilmemiş					Konsültasyon <input type="text"/> (180) 0 = Hayır 1 = Evet 9 = Kayıt edilmemiş									
NOTLAR														

Çalışmaya dâhil olma kriterleri belirlenerek ölçekler hastalara uygulanmaya başlandı.

Dâhil olma kriterleri;

12 yaş ve üzeri olmak, çalışmaya katılmayı onam formu ile kabul etmek, halen psikolojik veya psikiyatrik tedavi görmemek şeklinde sıralanmaktadır.

3.2. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın genel amacı doğrultusunda, katılımcıların anketteki sorulara vermiş olduğu cevapların dağılımını belirlemek için yüzde-frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Ankette yer alan bazı soruların cinsiyet ve yaş grubu değişkenleri ile ilişkisini belirlemek için ise ki-kare analizi kullanılmıştır. Analizler SPSS 24.0(IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları %95 güven düzeyinde ele alınarak yorumlanmıştır.



4.BULGULAR

Araştırmamızdan elde edilen bulgular; demografik, psikososyal ve ağız sağlığının değerlendirilmesine ait verilerin istatistiksel analiz sonuçlarından oluşmaktadır.

4.1.Demografik Bulgular

Çalışmaya toplam 304 kişi dâhil edildi. Katılımcıların 166'sı (%54,6) kadın, 138'si (%45,4) erkek idi. Katılımcıların ortalama yaşı 27,2 (standart sapma 13,8) iken kadınların ortalama yaşı 27,3 (SD:14,1), erkeklerin ise 27,0 (SD:13,4) idi. En düşük katılımcı yaşı 12 iken en yaşlı katılımcı yaşı 95 idi.

18 yaş altında toplam 128 kişiye ulaşıldı ortalama yaşları 14,1 olan bu grubun 74(%57,8)i kadın 54(%42,2) si erkek idi.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	166	54.6
	Erkek	138	45.4
Yaş grubu	18-24	137	45,1
	25-39	80	26,3
	>40	87	28,6
	Toplam	304	100.0

Tablo incelendiğinde, katılımcıların %54,6'sının kadın, %45,4'ünün ise erkek olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcılar yaş gruplarına göre incelendiğinde, %45,1'inin 1-24 yaş grubunda, %26,3'ünün 25-39 yaş grubunda ve %28,6'sının ise >40 yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir.

4.2. Psikososyal Değerlendirmeye Ait Bulgular

Tablo 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ve dental anksiyete değerlerinin incelenmesi

Yaş Grubu		Yaşam kalitesi	Dental anksiyete
18-24	N	137	137
	Ortalama	17.445	72.336
	Medyan	10.000	40.000
	Mod	.00	4.00
	Ss	202.568	438.960
25-39	N	80	80
	Ortalama	18.375	73.500
	Medyan	10.000	40.000
	Mod	.00	4.00
	Ss	217.840	489.924
>40	N	87	87
	Ortalama	17.701	69.885
	Medyan	.0000	40.000
	Mod	.00	4.00
	Ss	264.883	464.181

Tablo incelendiğinde, 18-24, 25-39 ve >40 yaş gruplarında bulunan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile 17,45 (Ss=202,57); 18,38 (Ss=217,84) ve 17,70 (Ss=264,88) olarak hesaplanmıştır. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Ayrıca, 18-24, 25-39 ve >40 yaş gruplarında bulunan katılımcıların dental aksiyete puan ortalamaları sırası ile 72,34 (Ss=438,96); 73,50 (Ss=489,92) ve 69,89 (Ss=464,18) olarak hesaplanmıştır. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların dental anksiyete puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre yaşam kalitesi ve dental anksiyete verilerinin incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Dental anksiyete	Yaşam kalitesi
18-24	Kadın	N	76	76
		Ortalama	8,1053	1,9079
		Medyan	8	1
		Mod	4	0
		Ss	4,39266	2,11772
	Erkek	N	61	61
		Ortalama	6,1475	1,541
		Medyan	4	1
		Mod	4	0
		Ss	4,17068	1,9024
25-39	Kadın	N	41	41
		Ortalama	8,9268	1,8537
		Medyan	7	1
		Mod	4	0
		Ss	5,46987	1,9945
	Erkek	N	39	39
		Ortalama	5,6923	1,8205
		Medyan	4	1
		Mod	4	0
		Ss	3,59205	2,38274
>40	Kadın	N	49	49
		Ortalama	7,1224	1,6735
		Medyan	4	0

		Mod	4	0
		Ss	4,30906	2,89675
	Erkek	N	38	38
		Ortalama	6,8158	1,8947
		Medyan	4	1
		Mod	4	0
		Ss	5,09295	2,3225

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda, kadınların dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 8,11 (Ss=4,39) ve 1,91 (Ss=2,11) olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin ise dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 6,15 (Ss=4,17) ve 1,54 (Ss=1,90) olarak hesaplanmıştır. Kadınların erkeklere göre dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

25-39 yaş grubunda, kadınların dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 8,93 (Ss=5,47) ve 1,85 (Ss=1,99) olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin ise dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 5,69 (Ss=3,59) ve 1,82 (Ss=2,38) olarak hesaplanmıştır. Kadınların erkeklere göre dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

>40 yaş grubunda, kadınların dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 7,12 (Ss=4,31) ve 1,67 (Ss=2,90) olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin ise dental anksiyete ve yaşam kalitesi puan ortalamaları sırası ile sırası ile 6,82 (Ss=5,09) ve 1,89 (Ss=2,32) olarak hesaplanmıştır. Kadınların dental anksiyete, erkeklerin ise yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

4.3.Ağız Sağlığı Değerlendirmesine Ait Bulgular

Tablo 4. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş problemlerinin incelenmesi

Yaş Grubu		Herhangi bir diş probleminiz var mı?				
		yok	var	çürük	dişeti problemleri	Sızlama
18-24	f	80	16	29	3	9
	%	58,4	11,7	21,2	2,2	6,6
25-39	f	36	17	23	-	4
	%	45,0	21,3	28,7	-	5,0
>40	f	34	11	41	-	1
	%	39,1	12,6	47,1	-	1,1
Genel	f	150	44	93	3	14
	%	49,3	14,5	30,6	1,0	4,6

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranının (%58,4) diş problemi olmadığı anlaşılmaktadır. Diş problemi olduğunu belirten 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranı (%21,2) çürük problemi olduğunu belirtmiştir.

25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranının (%45,0) diş problemi olmadığı anlaşılmaktadır. Diş problemi olduğunu belirten 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranı (%47,1) çürük problemi olduğunu belirtmiştir.

>40 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranının (%49,3) diş problemi olmadığı anlaşılmaktadır. Diş problemi olduğunu belirten >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranı (%30,6) çürük problemi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş problemlerinin incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Herhangi bir diş probleminiz var mı?				
			yok	var	çürük	diş eti problemleri	sızlama
18-24	Kadın	F	35	10	22	3	6
		%	46,1	13,2	28,9	3,9	7,9
	Erkek	F	45	6	7	-	3
		%	73,8	9,8	11,5	-	4,9
25-39	Kadın	F	18	12	10	-	1
		%	43,9	29,3	24,4	-	2,4
	Erkek	F	18	5	13	-	3
		%	46,2	12,8	33,3	-	7,7
>40	Kadın	F	17	7	25	-	-
		%	34,7	14,3	51,0	-	-
	Erkek	F	17	4	16	-	1
		%	44,7	10,5	42,1	-	2,6

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan; kadınların %46,1'i diş probleminin olmadığını, %28,9'u çürük, %3,9'u diş eti ve %7,9'u sızlama probleminin bulunduğunu belirtmiştir. Erkeklerin ise %73,8'i diş probleminin olmadığını, %11,5'i çürük ve %4,9'u sızlama probleminin bulunduğunu belirtmiştir. 18-24 yaş grubunda bulunan erkeklerin daha az diş problemi olduğu gözlenmiştir.

25-39 yaş grubunda bulunan; kadınların %43,9'ı diş probleminin olmadığını, %24,4'ü çürük ve %2,4'ü sızlama probleminin bulunduğunu belirtmiştir. Erkeklerin ise %46,2'si diş probleminin olmadığını, %33,3'ü çürük ve %7,7'si sızlama probleminin

bulduğunu belirtmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan erkeklerin daha az dış problemi olduğu gözlenmiştir.

>40 yaş grubunda bulunan; kadınların %34,7'si dış probleminin olmadığını, %51'i ise çürük probleminin bulunduğunu belirtmiştir. Erkeklerin ise %44,7'si dış probleminin olmadığını, %42,1'i çürük ve %2,6'sı sızlama probleminin bulunduğunu belirtmiştir. >40 yaş grubunda bulunan erkeklerin daha az dış problemi olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6. Cinsiyet ile dış problemi yaşama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	p
			Kadın	Erkek			
Dış problemi	Yok	N	70	80	150	7,53	0,006
		% dış problemi	46.7%	53.3%	100.0%		
		% Cinsiyet	42.2%	58.0%	49.3%		
		%	23.0%	26.3%	49.3%		
	var	N	96	58	154		
		% dış problemi	62.3%	37.7%	100.0%		
		% Cinsiyet	57.8%	42.0%	50.7%		
		%	31.6%	19.1%	50.7%		
Toplam	N	166	138	304			
	% dış problemi	54.6%	45.4%	100.0%			
	% Cinsiyet	100.0%	100.0%	100.0%			
	%	54.6%	45.4%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, dış probleminin olmadığını belirten katılımcıların %23'ü kadın, %26,3'ü ise erkektir. Dış probleminin olduğunu belirten katılımcıların %31,6'sı kadın,

%19,1'i ise erkektir. Cinsiyet ile diş problemi yaşam durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların diş problemine sahip olma oranı daha düşük bulunmuştur.

Tablo 7. Yaş grubu ile diş probleminin bulunup bulunmama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Diş problemi	Yok	N	45	18	17	80	11,22	0,004
		% diş problemi	56.2%	22.5%	21.2%	100.0%		
		% yaş grubu	73.8%	46.2%	44.7%	58.0%		
		%	32.6%	13.0%	12.3%	58.0%		
	Var	N	16	21	21	58		
		% diş problemi	27.6%	36.2%	36.2%	100.0%		
		% yaş grubu	26.2%	53.8%	55.3%	42.0%		
		%	11.6%	15.2%	15.2%	42.0%		
Toplam	N	61	39	38	138			
	% diş problemi	44.2%	28.3%	27.5%	100.0%			
	% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
	%	44.2%	28.3%	27.5%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, diş probleminin bulunmadığını belirten katılımcıların %32,6'sı 18-24, %13'ü 25-39 ve %12,3'ü ise >40 grubundadır. Diş probleminin bulunduğunu

belirten katılımcıların %11,6'sı 18-24, %15,2'si 25-39 ve %15,2'si ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile diş problemi yaşama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda diş problemi yaşama oranı daha düşük bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş hekimine gitme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?	
		hayır	evet
18-24	f	82	55
	%	59,9	40,1
25-39	f	21	59
	%	26,3	73,8
>40	f	19	67
	%	21,8	77
Genel	f	122	181
	%	40,1	59,5

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %59,9'u, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %26,3'ü ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %40,1'i daha önce diş hekimine gitmediğini belirtmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların diş hekimine gitme oranı daha yüksektir.

Tablo 9. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre dış hekimine gitme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Daha önce hiç dış hekime gittiniz mi?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	f	43	33
		%	56,6	43,4
	Erkek	f	39	22
		%	63,9	36,1
25-39	Kadın	f	9	32
		%	22,0	78
	Erkek	f	12	27
		%	30,8	69,2
>40	Kadın	f	10	38
		%	20,4	77,6
	Erkek	f	9	29
		%	23,7	76,3

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %56,6'sı erkeklerin ise %63,9'u daha önce dış hekimine gitmediğini ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %22'si erkeklerin ise %30,8'i daha önce dış hekimine gitmediğini ifade etmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ise, kadınların %20,4'ü erkeklerin ise %23,7'si daha önce dış hekimine gitmediğini ifade etmiştir. Genel olarak tüm yaş gruplarında erkeklerin dış hekimine gitmeme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gitme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Daha önce hiç diş hekime gittiniz mi?	hayır	N	39	12	9	60	19,01	0,000
		% Daha önce hiç diş hekime gittiniz mi?	65.0%	20.0%	15.0%	100.0%		
		% yaş grubu	63.9%	30.8%	23.7%	43.5%		
		%	28.3%	8.7%	6.5%	43.5%		
	evet	N	22	27	29	78		
		% Daha önce hiç diş hekime gittiniz mi?	28.2%	34.6%	37.2%	100.0%		
		% yaş grubu	36.1%	69.2%	76.3%	56.5%		
		%	15.9%	19.6%	21.0%	56.5%		
		Toplam	N	61	39	38		
		% Daha önce hiç diş hekime gittiniz mi?	44.2%	28.3%	27.5%	100.0%		
	% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
	%	44.2%	28.3%	27.5%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, daha önce diş hekimine gitmediğini belirten katılımcıların %28,3'ü 18-24, %8,7'si 25-39 ve %6,5'i ise >40 grubundadır. Daha önce diş hekimine gittiğini belirten katılımcıların %15,9'u 18-24, %19,6'sı 25-39 ve %21'i ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gidip gitmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 25-39 ve >40 yaş gruplarında bulunan katılımcılarda daha önce diş hekimine gitme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gidip gitmeme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?	hayır	N	43	9	10	62	21,70	0,000
		% Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?	69.4%	14.5%	16.1%	100.0%		
		% yaş grubu	56.6%	22.0%	20.8%	37.6%		
		%	26.1%	5.5%	6.1%	37.6%		
	evet	N	33	32	38	103		
		% Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?	32.0%	31.1%	36.9%	100.0%		
		% yaş grubu	43.4%	78.0%	79.2%	62.4%		
		%	20.0%	19.4%	23.0%	62.4%		
Toplam	N	76	41	48	165			
	% Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%			
	% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
	%	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, daha önce diş hekimine gitmediğini belirten katılımcıların %26,1'i 18-24, %5,5'i 25-39 ve %6,1'i ise >40 grubundadır. Daha önce diş hekimine gittiğini belirten katılımcıların %20'si 18-24, %19,4'ü 25-39 ve %23'ü ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile daha önce diş hekimine gidip gitmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda daha önce diş hekimine gitmeme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların yaş gruplarına göre dişlerini her gün fırçalama durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Dişlerinizi her gün fırçalıyor musunuz?	
		hayır	evet
18-24	f	82	55
	%	59,9	40,1
25-39	f	52	28
	%	65,0	35,0
>40	f	64	73,6
	%	22	25,3
Genel	f	198	157
	%	65,1	51,5

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %40,1'i, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %35,0'i ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %25,3'ü her gün dişlerini fırçaladığını belirtmiştir. Dişlerini her gün fırçama oranı 18-24 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre dişlerini her gün fırçalama durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Dişlerinizi her gün fırçalıyor musunuz?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	f	41	35
		%	53,9	46,1
	Erkek	f	41	20
		%	67,2	32,8
25-39	Kadın	f	29	12
		%	70,7	29,3
	Erkek	f	23	16
		%	59	41,0
>40	Kadın	f	34	14
		%	69,4	28,6
	Erkek	f	30	8
		%	78,9	21,1

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %46,1'i erkeklerin ise %32,8'i dişlerini her gün fırçaladığını ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %29,3'ü erkeklerin ise %41'i dişlerini her gün fırçaladığını ifade etmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ise, kadınların %28,6'sı erkeklerin ise %21,1'i dişlerini her gün fırçaladığını ifade etmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçasına sahip olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Kendinize ait diş fırçasınız var mı?	
		hayır	evet
18-24	f	18	119
	%	13,1	86,9
25-39	f	19	60
	%	23,8	75,0
>40	f	37	49
	%	42,5	56,3
Genel	f	74	228
	%	24,3	75,0

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %86,9'u, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %75,0'i ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %56,3'ü kendisine ait diş fırçası olduğunu belirtmiştir. 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların diş fırçasına sahip olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçasına sahip olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Kendinize ait diş fırçasınız var mı?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	f	6	70
		%	7,9	92,1
	Erkek	f	12	49
		%	19,7	80,3
25-39	Kadın	f	11	30
		%	26,8	73,2
	Erkek	f	9	30
		%	23,1	76,9
>40	Kadın	f	23	25
		%	46,9	51,0
	Erkek	f	14	24
		%	36,8	63,2

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %92,1'i erkeklerin ise %80,3'ü kendisine ait diş fırçasının bulunduğunu ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %73,2'si erkeklerin ise %76,9'u kendisine ait diş fırçasının bulunduğunu ifade etmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ise, kadınların %51,1'i erkeklerin ise %63,2'si kendisine ait diş fırçasının bulunduğunu ifade etmiştir. Yaş arttıkça hem kadınlarda hem de erkeklerde diş fırçasına sahip olma oranı düşmektedir.

Tablo 16. Yaş grubu ile kendine ait diş fırçası olma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p	
			18-24	25-39	>40				
Kendinize ait diş fırçanız var mı?	hayır	N	6	11	23	40	25,86	0,000	
		% Kendinize ait diş fırçanız var mı?	15.0%	27.5%	57.5%	100.0%			
		% yaş grubu	7.9%	26.8%	47.9%	24.2%			
		%	3.6%	6.7%	13.9%	24.2%			
	evet	N	70	30	25	125			
		% Kendinize ait diş fırçanız var mı?	56.0%	24.0%	20.0%	100.0%			
		% yaş grubu	92.1%	73.2%	52.1%	75.8%			
		%	42.4%	18.2%	15.2%	75.8%			
	Toplam		N	76	41	48			165
			% Kendinize ait diş fırçanız var mı?	46.1%	24.8%	29.1%			100.0%
		% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
		%	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, kendisine ait diş fırçası olmadığını belirten katılımcıların %3,6'sı 18-24, %6,7'si 25-39 ve %13,9'u ise >40 grubundadır. Kendisine ait diş fırçası olduğunu belirten katılımcıların %42,4'ü 18-24, %18,2'si 25-39 ve %15,2'si ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile kendine ait diş fırçası olma durumu arasında anlamlı bir

ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda kendine ait diş fırçasına sahip olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Katılımcıların yaş gruplarına göre fırçalamada kanama durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Dişlerinizi fırçalarken diş etleriniz kanyor mu?	
		hayır	evet
18-24	f	66	71
	%	48,1	51,8
25-39	f	39	41
	%	48,7	51,2
>40	f	39	48
	%	44,8	55,2
Genel	f	144	160
	%	47,4	52,6

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %51,8'i, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %51,2'si ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %55,2'si dişlerini fırçalarken diş etlerinin kanadığını belirtmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların diş etlerinin kanama oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 18. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre fırçalamada kanama durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Dişlerinizi fırçalarken diş etleriniz kanıyor mu?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	F	26	50
		%	34,2	65,8
	Erkek	F	33	21
		%	54,1	34,4
25-39	Kadın	F	18	23
		%	44	56,1
	Erkek	F	14	18
		%	35,9	46,2
>40	Kadın	F	23	26
		%	46,9	53,1
	Erkek	F	5	22
		%	13,2	57,9

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %65,8'i erkeklerin ise %34,4'ü diş fırçalarken diş etlerinin kanadığını ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %56,1'i erkeklerin ise %46,2'si diş fırçalarken diş etlerinin kanadığını ifade etmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ise, kadınların %53,1'i erkeklerin ise %57,9'u diş fırçalarken diş etlerinin kanadığını ifade etmiştir.

Tablo 19. Cinsiyet ile fırçalama kanama durumlarının incelenmesi

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	p		
			Kadın	Erkek					
Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kaniyor mu?	hayır	N	34	52	86	11,24	0,001		
		% Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kaniyor mu?	39.5%	60.5%	100.0%				
		% Cinsiyet	25.6%	46.0%	35.0%				
		%	13.8%	21.1%	35.0%				
		N	99	61	160				
	evet	% Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kaniyor mu?	61.9%	38.1%	100.0%				
		% Cinsiyet	74.4%	54.0%	65.0%				
		%	40.2%	24.8%	65.0%				
		Toplam		N	133			113	246
				% Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kaniyor mu?	54.1%			45.9%	100.0%
		% Cinsiyet	100.0%	100.0%	100.0%				
		%	54.1%	45.9%	100.0%				

Tablo incelendiğinde, fırçalama yaparken dişetlerinin kanamadığını belirten katılımcıların %13,8'i kadın, %21,1'i ise erkektir. Dişlerini fırçalarken dişetlerinin kanadığını belirten katılımcıların %40,2'si kadın, %24,8'i ise erkektir. Cinsiyet ile dişleri fırçalarken dişetlerinin kanama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Dişlerini fırçalarken dişetlerinin kanama durumu görülme oranı kadınlarda daha yüksektir.

Tablo 20. Yaş grubu ile dişleri fırçalarken diş etkilerinin kanama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kanıyor mu?	hayır	N	33	14	5	52	13,24	0,001
		% Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kanıyor mu?	63.5%	26.9%	9.6%	100.0%		
		% yaş grubu	61.1%	43.8%	18.5%	46.0%		
		%	29.2%	12.4%	4.4%	46.0%		
		evet	N	21	18	22		
	% Dişlerinizi fırçalarken dişetleriniz kanıyor mu?	34.4%	29.5%	36.1%	100.0%			
	% yaş grubu	38.9%	56.2%	81.5%	54.0%			
	%	18.6%	15.9%	19.5%	54.0%			
	Toplam	N	54	32	27	113		
		% Dişlerinizi fırçalarken diş etleriniz kanıyor mu?	47.8%	28.3%	23.9%	100.0%		
% yaş grubu		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
%		47.8%	28.3%	23.9%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, dişlerini fırçalarken dişetlerinin kanamadığını belirten katılımcıların %29,2'si 18-24, %12,4'ü 25-39 ve %4,4'ü ise >40 grubundadır. Dişlerini fırçalarken dişetlerinin kanadığını belirten katılımcıların %18,6'sı 18-24, %15,9'u 25-39 ve %19,5'i ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile diş fırçalarken dişetinin kanayıp kanamama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 25-39 ve >40 yaş gruplarında bulunan katılımcılarda dişleri fırçalarken dişetlerinin kanama oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçalama sürelerinin incelenmesi

Yaş Grubu		Diş fırçalama süreniz ne kadardır?				
		1 dk'dan az	2-3 dk	3 dk'dan fazla	kanayana kadar	bilmiyor
18-24	f	38	72	1	1	25
	%	27,7	52,6	0,7	0,7	18,2
25-39	f	22	31	1	2	24
	%	27,5	38,8	1,3	2,5	30,1
>40	f	30	12			45
	%	34,5	13,8			51,7
Genel	f	90	115	2	3	94
	%	29,6	37,8	0,7	1,0	30,9

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranının (%52,6) dişlerini 2-3 dk süre ile fırçaladığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların büyük bir oranı (%38,8) dişlerini 2-3 dk süre ile fırçaladığını belirtmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcıların büyük bir oranı ise (%51,7) dişlerini fırçalama süresini bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçalama sürelerinin incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Diş fırçalama süreniz ne kadardır?				
			1 dk'dan az	2-3 dk	3 dk'dan fazla	kanayana kadar	bilmiyor
18-24	Kadın	f	21	43	1	-	11
		%	27,6	56,6	1,3	-	14,4
	Erkek	f	17	29	-	1	14
		%	27,9	47,5	-	1,6	22,9
25-39	Kadın	f	10	17	-	1	13
		%	24,4	41,5	-	2,4	31,7
	Erkek	f	12	14	1	1	11
		%	30,8	35,9	2,6	2,6	28,2
>40	Kadın	f	15	4	-	-	30
		%	30,6	8,2	-	-	61,2
	Erkek	f	15	8	-	-	15
		%	39,5	21,0	-	-	39,5

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların (%56,6) ve erkeklerin (%47,5) büyük bir oranı 2-3 dk süre ile dişlerini fırçaladığını ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların (%41,5) ve erkeklerin (%35,9) büyük bir oranı 2-3 dk süre ile dişlerini fırçaladığını ifade etmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcılarda, kadınların büyük bir oranı (%61,2) dişlerini fırçalama süresini bilmediğini ifade etmiştir. Erkeklerin ise %39,5'i 1 dk'dan az süre dişlerini fırçaladığını, %39,5'i ise dişlerini fırçalama süresini bilmediğini ifade etmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş temizliğinde kullandığı materyallerin incelenmesi

Yaş Grubu	Diş temizliğiniz için ne kullanıyorsunuz?					
		diş fırçası	diş ipi	misvak	Kürdan	Diğer
18-24	f	123	-	-	-	14
	%	89,8	-	-	-	10,2
25-39	f	64	-	-	1	15
	%	80,0	-	-	1,3	18,8
>40	f	56	1	1	-	29
	%	64,4	1,1	1,1	-	33,3
Genel	f	243	1	1	1	58
	%	79,9	0,3	0,3	0,3	19,1

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarının büyük bir oranında, diş temizliğinin diş fırçası ile yapıldığı anlaşılmaktadır. 18-24, 25-39 ve >40 yaş gruplarında diş fırçası kullanma oranı sırası ile %89,8; 80,0 ve 79,9 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 24. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş temizliğinde kullandığı materyallerin incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Diş temizliğiniz için ne kullanıyorsunuz?				
			diş fırçası	diş ipi	misvak	Kürdan	Diğer
18-24	Kadın	f	71	-	-	-	5
		%	93,4	-	-	-	6,6
	Erkek	f	52	-	-	-	9
		%	85,2	-	-	-	14,8
25-39	Kadın	f	34	-	-	-	7
		%	82,9	-	-	-	17,1
	Erkek	f	30	-	-	1	8
		%	76,9	-	-	2,6	20,5
>40	Kadın	f	30	-	-	-	19
		%	61,2	-	-	-	38,8
	Erkek	f	26	1	1	-	10
		%	68,4	2,6	2,6	-	26,3

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %93,4'ü erkeklerin ise %85,2'si diş fırçası ile dişlerini temizlediğini ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %82,9'u erkeklerin ise %76,9'u diş fırçası ile dişlerini temizlediğini ifade etmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcılarda ise, kadınların %61,2'si erkeklerin ise %68,4'ü diş fırçası ile dişlerini temizlediğini ifade etmiştir. Yaş arttıkça, kadın ve erkeklerde diş temizliğinde diş fırçası kullanma oranı düşmektedir.

Tablo 25. Katılımcıların yaş gruplarına göre diş fırçalamayı nereden öğrendiğinin incelenmesi

Yaş Grubu	Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz?				
		aile	öğretmen	bilmiyorum	çocuklardan
18-24	f	88	18	31	-
	%	64,2	13,1	22,6	-
25-39	f	52	2	25	1
	%	65,0	2,5	31,3	1,3
>40	f	36	1	50	-
	%	41,4	1,1	57,4	-
Genel	f	176	21	106	1
	%	57,9	6,9	34,9	0,3

Tablo incelendiğinde, 18-24 (%64,2) ve 25-39 (%65,0) yaş gruplarında bulunan katılımcıların büyük bir oranın diş fırçalama ile ilgili bilgileri ailesinden öğrendiği anlaşılmaktadır. >40 yaş gruplarında bulunan katılımcıların büyük bir oranı (%57,4) ise diş fırçalama ile ilgili bilgileri nereden aldığını bilmediğini ifade etmiştir. Ayrıca, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda diş fırçalama ile ilgili bilgileri öğretmenden öğrenme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 26. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre diş fırçalamayı nereden öğrendiğinin incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz?			
			aile	öğretmen	bilmiyorum	çocuklardan
18-24	Kadın	f	49	8	19	-
		%	64,5	10,5	25	-
	Erkek	f	39	10	12	-
		%	63,9	16,4	19,6	-
25-39	Kadın	f	25	1	14	1
		%	61,0	2,4	34,1	2,4
	Erkek	f	27	1	11	-
		%	69,2	2,6	28,2	-
>40	Kadın	f	21	1	27	-
		%	42,9	2	55,1	-
	Erkek	f	15	-	23	-
		%	39,5	-	60,5	-

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %64,5'i erkeklerin ise %63,9'u diş fırçalama ile ilgili bilgilerini aileden öğrendiğini ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %61'i erkeklerin ise %69,2'si diş fırçalama ile ilgili bilgilerini aileden öğrendiğini ifade etmiştir. >40 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ise, kadınların %55,1'i erkeklerin ise %60,5'i diş fırçalama ile ilgili bilgilerini nereden öğrendiğini bilmediğini ifade etmiştir.

Tablo 27. Yaş grubu ile katılımcıların diş fırçalama ile ilgili bilgi kaynakları arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p	
			18-24	25-39	>40				
Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz ?	Aile	n	39	27	15	81	26,55	0,000	
		% Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz ?	48.1%	33.3%	18.5%	100.0%			
		% yaş grubu	65.0%	69.2%	39.5%	59.1%			
		%	28.5%	19.7%	10.9%	59.1%			
	öğretmen	n	10	1	0	11			
		% Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz ?	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%			
		% yaş grubu	16.7%	2.6%	0.0%	8.0%			
		%	7.3%	0.7%	0.0%	8.0%			
	bilmiyorum	n	11	11	23	45			
		% Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz ?	24.4%	24.4%	51.1%	100.0%			
		% yaş grubu	18.3%	28.2%	60.5%	32.8%			
		%	8.0%	8.0%	16.8%	32.8%			
	Toplam		n	60	39	38			137
			% Diş fırçalama ile bilgileri ilk nereden öğrendiniz ?	43.8%	28.5%	27.7%			100.0%
			% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%			100.0%
		%	43.8%	28.5%	27.7%	100.0%			

Tablo 28. Katılımcıların yaş gruplarına göre son bir yıl içinde dişleri ile ilgili yaşadıkları problemlerin sıklıklarının incelenmesi

Yaş Grubu		Son bir yıl içinde dişlerinize ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yaşadınız?					
		Sıklıkla	genellikle	nadiren	hiçbir zaman	çok az	bilmiyorum
18-24	f	2	18	42	63	6	6
	%	1,5	13,1	30,7	46,0	4,4	4,3
25-39	f	-	14	34	27	-	5
	%	-	17,5	42,5	33,8	-	6,3
>40	f	1	24	32	26	3	1
	%	1,1	27,6	36,8	29,9	3,4	1,1
Genel	f	3	56	108	116	9	12
	%	1,0	18,4	35,5	38,2	3,0	3,9

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda son bir yılda dişleri ile ilgili genellikle, nadiren sorun yaşayanların ve hiçbir zaman sorun yaşamayanların oranı sırası ile %13,1; %30,7 ve %46,0'dır. 25-39 yaş grubunda son bir yılda dişleri ile ilgili genellikle, nadiren ve hiçbir zaman sorun yaşayanların oranı sırası ile %17,5; %42,5 ve %33,8'dir. 40 yaş üstü grupta ise son bir yılda dişleri ile ilgili genellikle, nadiren sorun yaşayanların ve hiçbir zaman sorun yaşamayanların oranı sırası ile %27,6; %36,8 ve %29,9'dur. Yaş arttıkça diş ile ilgili *genellikle* problem yaşama oranı artış göstermektedir.

Tablo 29. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre son bir yıl içinde dişleri ile ilgili yaşadıkları problemlerin sıklıklarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yaşadınız?					
			sıklıkla	genellikle	nadiren	hiçbir zaman	çok az	bilmiyorum
18-24	Kadın	f	2	14	26	27	5	2
		%	2,6	18,4	34,2	35,5	6,6	2,6
	Erkek	f	-	4	16	36	1	4
		%	-	6,5	26,2	59,0	1,6	6,5
25-39	Kadın	f	-	8	18	13	-	2
		%	-	19,5	43,9	31,7	-	4,9
	Erkek	f	-	6	16	14	-	3
		%	-	15,4	41,0	35,9	-	7,7
>40	Kadın	f	1	15	16	15	1	-
		%	2	30,6	32,7	30,6	2	-
	Erkek	f	-	9	16	11	2	-
		%	-	23,7	42,1	28,9	5,3	-

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda, kadınların büyük bir oranının hiçbir zaman (%35,5), nadiren (34,2) ve genellikle (18,4) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, erkeklerin büyük bir oranının da hiçbir zaman (%59), nadiren (26,2) ve genellikle (6,6) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır.

25-39 yaş grubunda, kadınların büyük bir oranının nadiren (43,9), hiçbir zaman (%31,7) ve genellikle (19,5) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, erkeklerin

büyük bir oranının da nadiren (41), hiçbir zaman (%35,9) ve genellikle (15,4) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır.

40 yaş üstü grupta, kadınların büyük bir oranının nadiren (32,7), hiçbir zaman (%30,6) ve genellikle (30,6) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, erkeklerin büyük bir oranının da nadiren (42,1), hiçbir zaman (%28,9) ve genellikle (23,7) diş problemi yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 30. Yaş grubu ile son bir yılda diş ile ilgili ağrı ya da sıkıntı yaşama sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yaşadınız?	genellikle	n	4	6	9	19	18,30	0,019
		% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?	21.1%	31.6%	47.4%	100.0%		
		% yaş grubu	6.7%	15.4%	23.7%	13.9%		
		%	2.9%	4.4%	6.6%	13.9%		
	nadiren	n	16	16	16	48		
		% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%		
		% yaş grubu	26.7%	41.0%	42.1%	35.0%		
		%	11.7%	11.7%	11.7%	35.0%		
	hiçbir zaman	n	36	14	11	61		
		% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar	59.0%	23.0%	18.0%	100.0%		

		sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?					
		% yaş grubu	60.0%	35.9%	28.9%	44.5%	
		%	26.3%	10.2%	8.0%	44.5%	
	çok az	n	1	0	2	3	
		% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?	33.3%	0.0%	66.7%	100.0%	
		% yaş grubu	1.7%	0.0%	5.3%	2.2%	
		%	0.7%	0.0%	1.5%	2.2%	
		bilmiyorum	n	3	3	0	6
			% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
	% yaş grubu		5.0%	7.7%	0.0%	4.4%	
	%		2.2%	2.2%	0.0%	4.4%	
	Toplam		n	60	39	38	137
		% Son bir yıl içinde dişlerinizle ilgili ne kadar sıklıkla ağrı ya da sıkıntı yasadınız?	43.8%	28.5%	27.7%	100.0%	
		% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	%	43.8%	28.5%	27.7%	100.0%		

Tablo 31. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız içinde yara çıkma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Evet, sıklıkla	Ağızınızın içinde yara çıkıyor mu?			
			çok sık değil	bazen	nadiren	hayır
18-24	f	-	1	1	3	132
	%	-	0,7	0,7	2,2	96,4
25-39	f	2	1	2	-	75
	%	2,5	1,3	2,5	-	93,7
>40	f	1	1	-	1	84
	%	1,1	1,1	-	1,1	96,5
Genel	f	-	4	3	6	291
	%	-	1,3	1,0	2,0	95,7

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarının büyük bir oranında, ağız içinde yara çıkmadığı anlaşılmaktadır. 18-24, 25-39 ve >40 yaş gruplarında ağız içinde yara çıkmama oranı sırası ile %96,4; 93,7 ve 96,5 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 32. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız içinde yara çıkma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Evet, sıklıkla	Ağızınızın içinde yara çıkıyor mu?			
				Çok sık değil	bazen	nadiren	hayır
18-24	Kadın	f	-	1	1	2	72
		%	-	1,3	1,3	2,6	94,7
	Erkek	f	-	-	-	1	60
		%	-	-	-	1,6	98,4
25-39	Kadın	f	2	-	1	-	38
		%	4,9	-	2,4	-	92,7
	Erkek	f	-	1	1	-	37
		%	-	2,6	2,6	-	94,9
>40	Kadın	f	1	-	-	1	46
		%	2	-	-	2	93,9
	Erkek	f	-	1	-	-	37
		%	-	2,6	-	-	97,4

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarında, kadın ve erkeklerin büyük bir oranı ağızının içinde yara çıkmadığını belirttiği anlaşılmaktadır. 18-24 yaş grubunda ağızda yara çıkmadığını belirtenlerin oranı kadınlarda %94,7 erkekler de ise %98,4'tür. 25-39 yaş grubunda ağızda yara çıkmadığını belirtenlerin oranı kadınlarda %92,7 erkekler de ise %94,8'dir. 40 yaş üstü grupta ağızda yarar çıkmadığını belirtenlerin oranı kadınlarda %93,9 erkekler de ise %97,4'tür.

Tablo 33. Katılımcıların yaş gruplarına göre kötü alışkanlıklara sahip olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Kötü alışkanlıklarınız var mı? (Sigara, tutun, tırnak yeme, parmak emme vs.)	
		Yok	Var
18-24	f	93	44
	%	67,9	32,1
25-39	f	41	38
	%	51,2	47,5
>40	f	50	36
	%	57,5	41,4
Genel	f	184	118
	%	60,5	38,8

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %67,9'u, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %51,2'si ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %57,5'i kötü alışkanlıklarının bulunmadığını belirtmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda kötü alışkanlıklara sahip olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 34. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre kötü alışkanlıklara sahip olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Kötü alışkanlıklarınız var mı? (sigara, tutun, tırnak yeme, parmak emme vs.)	
			Yok	Var
18-24	Kadın	f	64	12
		%	84,2	15,8
	Erkek	f	29	32
		%	47,5	52,5
25-39	Kadın	f	29	11
		%	70,7	26,8
	Erkek	f	12	27
		%	30,8	69,2
>40	Kadın	f	38	10
		%	77,6	20,4
	Erkek	f	12	26
		%	31,6	68,4

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %84,2'si erkeklerin ise %47,5'i kötü alışkanlığının olmadığını ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %70,7'si erkeklerin ise %30,8'i kötü alışkanlığının olmadığını ifade etmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcılarda ise, kadınların %77,6'sı erkeklerin ise %31,6'sı kötü alışkanlığının olmadığını ifade etmiştir. Tüm yaş gruplarında erkeklerin kötü alışkanlıklara sahip olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 35. Cinsiyet ile kötü alışkanlıklara sahip olma durumu Arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	p		
			Kadın	Erkek					
Kötü alışkanlıklarınız var mı? (sigara, tütün, tırnak yeme, parmak emme vs.)	yok	N	131	53	184	54,14	0,00		
		% Kötü alışkanlıklarınız var mı?(sigara,tütün,tırnak yeme,parmak emme vs.)	71.2%	28.8%	100.0%				
		% Cinsiyet	79.9%	38.4%	60.9%				
		%	43.4%	17.5%	60.9%				
		N	33	85	118				
	var	% Kötü alışkanlıklarınız var mı?(sigara,tütün,tırnak yeme,parmak emme vs.)	28.0%	72.0%	100.0%				
		% Cinsiyet	20.1%	61.6%	39.1%				
		%	10.9%	28.1%	39.1%				
		Toplam		N	164			138	302
				% Kötü alışkanlıklarınız var mı?(sigara,tütün,tırnak yeme,parmak emme vs.)	54.3%			45.7%	100.0%
		% Cinsiyet	100.0%	100.0%	100.0%				
		%	54.3%	45.7%	100.0%				

Tablo incelendiğinde, kötü alışkanlıklarının olmadığını belirten katılımcıların %43,4'ü kadın, %17,5'i ise erkektir. Kötü alışkanlıklarının olmadığını belirten katılımcıların %10,9'u kadın, %28,1'i ise erkektir. Cinsiyet ile kötü alışkanlıklara sahip olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınlarda kötü alışkanlıklara sahip olma oranı daha düşük bulunmuştur.

Tablo 36. Katılımcıların yaş gruplarına göre dişlerinden memnun olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Dişlerinizin görünüşünden memnun musunuz?	
		hayır	evet
18-24	f	44	93
	%	32,1	67,9
25-39	f	39	41
	%	48,8	51,2
>40	f	50	36
	%	57,5	41,4
Genel	f	133	170
	%	43,8	55,9

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %67,9'u, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %51,2'si ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %41,4'ü dişlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda dişlerinden memnun olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 37. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre dişlerinden memnun olma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Dişlerinizin görünümünden memnun musunuz?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	f	20	56
		%	26,3	73,7
	Erkek	f	24	37
		%	39,3	60,7
25-39	Kadın	f	19	22
		%	46,3	53,7
	Erkek	f	20	19
		%	51,3	48,7
>40	Kadın	f	21	27
		%	42,9	55,1
	Erkek	f	25	13
		%	65,8	34,2

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %73,7'si erkeklerin ise %60,7'si dişlerinin görünümünden memnun olduğunu ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %53,7'si erkeklerin ise %48,7'si dişlerinin görünümünden memnun olduğunu ifade etmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcılarda ise, kadınların %55,1'i erkeklerin ise %34,2'si dişlerinin görünümünden memnun olduğunu ifade etmiştir. Tüm yaş gruplarında, kadınların dişlerinden memnun olma oranı erkeklerinkine göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 38. Cinsiyet ile dişlerin görünümünden memnun olma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	p
			Kadın	Erkek			
Dişlerinizin görünümünden memnunuz musunuz?	hayır	n	60	69	129	5,72	0,017
		% Dişlerinizin görünümünden memnunuz musunuz?	46.5%	53.5%	100.0%		
		% Cinsiyet	36.4%	50.0%	42.6%		
		%	19.8%	22.8%	42.6%		
	evet	n	105	69	174		
		% Dişlerinizin görünümünden memnunuz musunuz?	60.3%	39.7%	100.0%		
		% Cinsiyet	63.6%	50.0%	57.4%		
		%	34.7%	22.8%	57.4%		
		Toplam	n	165	138		
	% Dişlerinizin görünümünden memnunuz musunuz?	54.5%	45.5%	100.0%			
% Cinsiyet	100.0%	100.0%	100.0%				
%	54.5%	45.5%	100.0%				

Tablo incelendiğinde, dişlerinin görünümünden memnun olmadığını belirten katılımcıların %19,8'i kadın, %22,8'i ise erkektir. Dişlerinin görünümünden memnun olduğunu belirten katılımcıların %34,7'si kadın, %22,8'i ise erkektir. Cinsiyet ile dişlerinin görünümünden memnun olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kadınlarda dişlerinin görünümünden memnun olma oranı daha düşük bulunmuştur.

Tablo 39. Yaş grubu ile dişlerin görünümünden memnun olup olmama durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Dişlerinizin görünümünden memnunsunuz?	hayır	N	20	19	21	60	6,2	0,045
		%	33.3%	31.7%	35.0%	100.0%		
		Dişlerinizin görünümünden memnunsunuz?						
		% yaş grubu	26.3%	46.3%	43.8%	36.4%		
	%	12.1%	11.5%	12.7%	36.4%			
	evet	N	56	22	27	105		
		%	53.3%	21.0%	25.7%	100.0%		
		Dişlerinizin görünümünden memnunsunuz?						
		% yaş grubu	73.7%	53.7%	56.2%	63.6%		
	%	33.9%	13.3%	16.4%	63.6%			
Toplam		N	76	41	48	165		
		%	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%		
		Dişlerinizin görünümünden memnunsunuz?						
		% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
		%	%	%	%			
		%	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%		

Tablo incelendiğinde, dişlerinin görünümünden memnun olmayan katılımcıların %12,1'i 18-24, %11,5'i 25-39 ve %12,7'si ise >40 grubundadır. Dişlerinin görünümünden memnun olduğunu belirten katılımcıların %33,9'u 18-24, %13,3'ü 25-39 ve %16,4'ü ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile dişlerin görünümünden memnun olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda dişlerinin görünümünden memnun olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 40. Katılımcıların yaş gruplarına göre yaşadıkları yerde diş hekimi bulunma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Yaşadığınız yerde diş hekimi var mı?		
		hayır	evet
18-24	f	-	137
	%	-	100,0
25-39	f	1	79
	%	1,3	98,8
>40	f	1	86
	%	1,1	98,9
Genel	f	2	302
	%	0,7	99,3

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarının büyük bir oranının, yaşadıkları yerde diş hekiminin bulunduğunu belirttiği anlaşılmaktadır. 18-24, 25-39 ve >40 yaş gruplarında yaşanan yerde diş hekimi bulunma oranı sırası ile %100; 98,8 ve 98,9 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 41. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre yaşadıkları yerde diş hekimi bulunma durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Yaşadığınız yerde diş hekimi var mı?	
			hayır	evet
18-24	Kadın	f	-	76
		%	-	100
	Erkek	f	-	61
		%	-	100
25-39	Kadın	f	-	41
		%	-	100
	Erkek	f	2,6	38
		%		97,4
>40	Kadın	f	1	48
		%	2	98
	Erkek	f	-	38
		%	-	100

Tablo incelendiğinde, tüm yaş gruplarında, kadın ve erkeklerin büyük bir oranının bulunduğu yerde diş hekiminin bulunduğunu ifade ettiği anlaşılmaktadır.

Tablo 42. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız ve diş sağlığını önemli görme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	
		Önemli	Önemsiz
18-24	f	111	26
	%	81,0	19,0
25-39	f	55	25
	%	68,8	31,3
>40	f	48	39
	%	55,2	44,8
Genel	f	214	90
	%	70,4	29,6

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %81'i, 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %68,8'i ve >40 yaş grubunda bulunan katılımcıların %55,2'i ağız ve diş sağlığının kendileri için önemli olduğunu belirtmiştir. Yaş arttıkça ağız ve diş sağlığının önemli görülme oranının azaldığı belirlenmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız ve diş sağlığını önemli görme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	
			Önemli	Önemsiz
18-24	Kadın	f	62	14
		%	81,6	18,4
	Erkek	f	49	11
		%	80,3	18
25-39	Kadın	f	26	15
		%	63,4	36,6
	Erkek	f	29	9
		%	74,4	23,1
>40	Kadın	f	24	25
		%	49,0	51
	Erkek	f	24	14
		%	63,2	36,8

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %81,6'sı erkeklerin ise %80,3'ü ağız ve diş sağlığının kendileri için olduğunu ifade etmiştir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcılarda, kadınların %63,4'ü erkeklerin ise %74,4'ü ağız ve diş sağlığının kendileri için önemli olduğunu ifade etmiştir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcılarda ise, kadınların %49'u erkeklerin ise %63,2'si ağız ve diş sağlığının kendileri için önemli olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 44. Yaş grubu ile ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünüp düşünmeme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	önemli	N	62	26	24	112	17,54	0,000
		% Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	55.4%	23.2%	21.4%	100.0%		
		% yaş grubu	87.3%	70.3%	52.2%	72.7%		
		%	40.3%	16.9%	15.6%	72.7%		
	önemsiz	N	9	11	22	42		
		% Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	21.4%	26.2%	52.4%	100.0%		
		% yaş grubu	12.7%	29.7%	47.8%	27.3%		
		%	5.8%	7.1%	14.3%	27.3%		
	Toplam	N	71	37	46	154		
		% Ağız ve diş sağlığı sizin için önemli mi?	46.1%	24.0%	29.9%	100.0%		
% yaş grubu		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			
%		46.1%	24.0%	29.9%	100.0%			

Tablo incelendiğinde, ağız ve diş sağlığının kendisi için önemli olduğunu belirten katılımcıların %40,3'ü 18-24, %16,9'u 25-39 ve %15,6'sı ise >40 grubundadır. Ağız ve diş sağlığının kendisi için önemsiz olduğunu belirten katılımcıların %5,8'i 18-24, %7,1'i 25-39 ve %14,3'ü ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünüp düşünmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 45. Katılımcıların yaş gruplarına göre ağız sağlıklarını değerlendirme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu		Sizce ağız sağlığınız nasıl?		
		iyi	orta	kötü
18-24	f	87	47	3
	%	63,5	34,3	2,2
25-39	f	30	41	9
	%	37,5	51,2	11,3
>40	f	17	50	19
	%	19,5	57,5	21,8
Genel	f	134	138	31
	%	44,1	45,4	10,2

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcıların %63,5'i iyi, %34,3'ü orta ve %2,2'si ağız sağlıklarını kötü olarak değerlendirmektedir. 25-39 yaş grubunda bulunan katılımcıların %37,5'i iyi, %51,2'si orta ve %11,3'ü ağız sağlıklarını kötü olarak değerlendirmektedir. 40 yaş üstü grupta bulunan katılımcıların ise %19,5'i iyi, %57,5'i orta ve %21,8'i ağız sağlıklarını kötü olarak değerlendirmektedir. 18-24 yaş grubunda ağız sağlığını iyi bulma oranı daha yüksek bulunmuştur

Tablo 46. Katılımcıların yaş ve cinsiyet gruplarına göre ağız sağlıklarını değerlendirme durumlarının incelenmesi

Yaş Grubu	Cinsiyet		Sizce ağız sağlığınız nasıl?		
			iyi	orta	kötü
18-24	Kadın	f	48	25	3
		%	63,2	32,9	3,9
	Erkek	f	39	22	-
		%	63,9	36,1	-
25-39	Kadın	f	15	21	5
		%	36,6	51,2	12,2
	Erkek	f	15	20	4
		%	38,5	51,3	10,3
>40	Kadın	f	10	27	11
		%	20,4	55,1	22,4
	Erkek	f	7	23	8
		%	18,4	60,5	21,1

Tablo incelendiğinde, 18-24 yaş grubunda bulunan kadın katılımcıların %63,2'si ağız sağlıklarını iyi, %32,9'u orta ve %3,9'u kötü olarak görmektedir. Aynı yaş grubundaki erkeklerin %63,9'u ağız sağlıklarını iyi ve %36,1'i ise orta olarak görmektedir.

25-39 yaş grubunda bulunan kadın katılımcıların, %36,6'sı ağız sağlıklarını iyi, %51,2'si orta ve %12,2'si kötü olarak görmektedir. Aynı yaş grubundaki erkeklerin %38,5'i ağız sağlıklarını iyi, %51,3'ü orta ve %10,3'ü kötü olarak görmektedir.

40 yaş üstü grupta bulunan kadın katılımcılarda, %20,4'ü ağız sağlıkları iyi, %55,1'i orta ve %22,4'ü kötü olarak görmektedir. Aynı yaş grubundaki erkek katılımcıların %18,4'i ağız sağlıklarını iyi, %60,5'i orta ve %21,1'i kötü olarak görmektedir.

Tablo 47. Yaş grubu ile ağız sağlığı durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Yaş Grubu			Toplam	χ^2	p
			18-24	25-39	>40			
Sizce ağız sağlığınız nasıl?	iyi	N	48	15	10	73	26,08	0,000
		% Sizce ağız sağlığınız nasıl	65.8%	20.5%	13.7%	100.0%		
		% yaş grubu	63.2%	36.6%	20.8%	44.2%		
		%	29.1%	9.1%	6.1%	44.2%		
	orta	N	25	21	27	73		
		% Sizce ağız sağlığınız nasıl	34.2%	28.8%	37.0%	100.0%		
		% yaş grubu	32.9%	51.2%	56.2%	44.2%		
		%	15.2%	12.7%	16.4%	44.2%		
	kötü	N	3	5	11	19		
		% Sizce ağız sağlığınız nasıl	15.8%	26.3%	57.9%	100.0%		
		% yaş grubu	3.9%	12.2%	22.9%	11.5%		
		%	1.8%	3.0%	6.7%	11.5%		
Toplam		N	76	41	48	165		
		% Sizce ağız sağlığınız nasıl	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%		
		% yaş grubu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
		%	46.1%	24.8%	29.1%	100.0%		

Tablo incelendiğinde, ağız sağlığını iyi olarak değerlendiren katılımcıların %29,1'i 18-24, %9,1'i 25-39 ve %6,1'i ise >40 grubundadır. Ağız sağlığını orta olarak değerlendiren katılımcıların %15,2'si 18-24, %12,7'si 25-39 ve %16,4'ü ise >40 grubundadır. Ağız sağlığını kötü olarak değerlendiren katılımcıların %1,8'i 18-24, %3'ü 25-39 ve %6,7'si ise >40 grubundadır. Yaş grubu ile ağız sağlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ağız sağlıklarını iyi olarak değerlendirme oranı daha yüksek bulunmuştur.

4.4 Periodontal Değerlendirmeye Ait Bulgular

Tablo 48: Cinsiyet ve bireysel CPITN skorlarının incelenmesi

			Community Periodontal Index					Toplam
			Sağlıklı	Kanama	Diştaşı	Cep 4-5 mm (sondun siyah bandı kısmen görünüyor)	Cep 6 mm veya daha derin (sondun siyah bandı görünmüyor)	
Cinsiyet	Kadın	n	6	135	78	7	1	227
		%	2.6%	59.5%	34.4%	3.1%	0.4%	100.0%
	Erkek	n	5	81	94	7	0	187
		%	2.7%	43.3%	50.3%	3.7%	0.0%	100.0%
Toplam		n	11	216	172	14	1	414
		%	2.7%	52.2%	41.5%	3.4%	0.2%	100.0%

Cinsiyet ile Community Periodontal Index sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların %2.6'sında sağlıklı, %59.5'inde kanama, %34.4'ünde diştaşı, %3.1'inde 4-5mm cep ve %0.4'ünde 6 mm veya daha derin cep sonuçları gözlemlendi. Erkeklerin ise %2.7'sinde sağlıklı, %43.3'ünde kanama, %50.3'ünde diştaşı ve %3.7'sinde Cep 4-5mm cep sonuçları gözlemlendi.

Tablo 49: Yaş grubu ve bireysel CPITN skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi

			Community Periodantal Index					Toplam
			Sağlıklı	Kanama	Diştaşı	Cep 4-5 mm (sondun siyah bandı kısmen görünüyor)	Cep 6 mm veya daha derin (sondun siyah bandı görünmüyor)	
Yaş	18-24	n	2	92	42	2	0	138
		%	1.4%	66.7%	30.4%	1.4%	0.0%	100.0%
	25-39	n	3	23	56	3	0	85
		%	3.5%	27.1%	65.9%	3.5%	0.0%	100.0%
	>40	n	4	10	62	9	1	86
		%	4.7%	11.6%	72.1%	10.5%	1.2%	100.0%
Toplam		n	9	125	160	14	1	309
		%	2.9%	40.5%	51.8%	4.5%	0.3%	100.0%

Yaş ile Community Periodantal Index sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-24 yaş grubunun %1.4'ünde sağlıklı, %66.7'sinde kanama, %30.4'ünde diştaşı, %1.4'ünde 4-5mm cep sonuçları gözlemlendi. 25-39 yaş grubunun %3.5'inde sağlıklı, %27.1'inde kanama, %65.9'unda diştaşı, %3.5'inde 4-5mm cep sonuçları gözlemlendi. 40 ve üzeri yaş grubunun %4.7'sinde sağlıklı, %11.6'sında kanama, %72.1'inde diştaşı, %10.5'inde 4-5mm cep ve %1.2'sinde 6 mm veya daha derin cep sonuçları gözlemlendi.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmaya toplam 304 kişi dâhil edildi. Katılımcıların 166'sı (%54,6) kadın, 138'si (%45,4) erkek idi. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE)'nin verilerine göre, Türkiye'de tarımda çalışanların %61,1'ini kadınlar, %38,9'unu erkekler oluşturmaktadır, bu veriler bizim bulgularımızla uyumaktadır (97). Katılımcıların ortalama yaşı 27,2 (standart sapma 13,8) iken kadınların ortalama yaşı 27,3 (SD:14,1), erkeklerin ise 27,0 (SD:13,4) idi. En düşük katılımcı yaşı 12 iken en yaşlı katılımcı yaşı 95 idi. (98,99-101). Türkiye'de ve ABD'de yapılan benzer çalışmalarda yaş ortalaması 35 olarak raporlanmış ve çalışanların genellikle 27 ile 36 yaş arasındaki genç erişkin insanlardan oluştuğu belirtilmektedir. Bu verilerin farklı toplumlar için yapılan çalışmalarda hemen hemen aynı olması ve çoğunlukla tarım işçilerinin genç-orta yaş çalışanlardan oluşması tarımda yapılan işin ağır olması ile açıklanabilir (98,99-101).

Tarımda çalışan işçilerin sağlık sorunları arasında üreme sağlığı sorunları, solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar, kaza ve yaralanmalar, zehirlenmeler, psikososyal sorunlar, dermatolojik sorunlar ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar yer almaktadır. Bu işçilerin aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimde de sorunları olmakta ve bu da durumlarını olumsuz etkilemektedir (102). Mevsimlik tarım işçileriyle ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen ağız ve diş sağlığını değerlendiren bir çalışma bugüne kadar yapılmamıştır.

Biz de bu çalışmada ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, diş hekimliği girişimlerine ilişkin diş hekimliği kaygı ve korku düzeyleri ve ağız bakım alışkanlıkları gibi hastanın kendi algılarının göz önünde bulundurulduğu subjektif verileri değerlendirdik. Gift ve Atchinson'un (103) ağız sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmesi gerekliliğini ve genel sağlıkla ilişkili hayat kalitesi üzerindeki etkisini

vurguladıkları çalışmalarının ardından konuyla ilgili yapılan çalışmaların son 20 yılda büyük bir artış gösterdiği dikkati çekmektedir (57, 62, 104, 105, 106).

Genel sağlığın önemli bir bileşeni olarak ağız sağlığı ve ağız-diş bölgesiyle ilgili hastalıklar da bireyleri sadece fiziksel olarak değil aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak da etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkide bulunduğu bildirilmiştir (107, 108). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi bireyin kendi yaşam kalitesinin ve genel sağlığının ağız sağlığından ne şekilde etkilendiğini bireysel olarak algılamasıdır (55, 61, 109).

Ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ağız diş sağlığıyla ilişkili alışkanlıklar ve demografik faktörlerle ilişkilidir. Bu faktörler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, diş hekimi ziyaretleri, ağız sağlığı bakım alışkanlıkları, klinik periodontal değerlendirmeler ve mevcut diş sayısı bulunmaktadır (110). Bu yüzden çalışmamızda bu faktörler dahil edilerek değerlendirme yapılmıştır.

Ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, ağız sağlığının genel sağlık üzerindeki olumsuz ve olumlu etkilerini değerlendirerek Dünya Sağlık Örgütü'nün fonksiyon, yeterlilik, yapı ve katılımcılık modelini baz alarak geliştirilip, hastaların ağız sağlıklarıyla ilgili algılarını değerlendirmektedir (53,111). Nispeten yeni ortaya çıkmasına rağmen ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi diş hekimliği ve diş hekimliği araştırmalarının klinik uygulaması için önem taşımaktadır (112). Ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde pek çok sözlü ve yazılı ölçeklerden faydalanılmaktadır. Bu ölçeklerden geçerlilik ve güvenilirliğine bağlı olarak en sık kullanılanlardan biri OHIP-14'tür (61,113).

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin belirlenebilmesi amacıyla uygun ölçeğin seçimi son derece önemlidir. OHIP-49 ve bu ölçeğin kısa sürümü olan OHIP-14 ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan ölçekler arasındadır (55). Çalışmamızda kullanılan OHIP-14 ölçeğinin Akboyun (120) tarafından Türk toplumu için geçerli, güvenilir, anlaşılır ve tekrar edilebilir olduğu ortaya konmuştur. OHIP-14 TR nin çok iyi bir iç tutarlılığa sahip olma özelliği bu ölçeği Türk toplumunun ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede uygun kılmaktadır.

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin yaş ile ilişkisi incelendiğinde, bazı çalışmalarda yaş ortalaması yüksek bireylerdeki periodontal hastalık prevalansının yüksek olması ve diş kaybı gibi yaşam kalitesinin üzerinde olumsuz etkileri olan durumların sık görülmesine bağlı olarak daha düşük yaşam kalitesi skorları görüldüğü bildirilmiştir (106, 115). Aksine, 18 yaş üstü bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada ise yaş ile yaşam kalitesi ve hastalıklara ilişkin bulguların hasta tarafından algısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (103). Ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin yaş ortalaması yüksek bireylerde düştüğü de bildirilmiştir (115,116). Bizim çalışmamızda da 25-39 yaş arasında grupta ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur Yaşlanma ile ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin düşüşü bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yaşla birlikte periodontal hastalık prevalansının artması ve diş kayıplarının artması gibi yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen durumların daha sık görülmesinin bunun en temel sebebi olabileceğini düşünmekteyiz. Periodontal durumun yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği, 767 birey üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmazken (103), diğer çalışmalarda(62, 117) kadınların erkeklere göre daha yüksek OHIP-14 skorlarına sahip oldukları ortaya konmuştur. McGrath ve Bedi (118) kadınların erkeklere göre daha fazla oranda 'ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi mevcuttur' algısına sahip olduklarını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da bu bilgiye paralel olarak genç erişkin kadınların erkeklere göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kullandığımız, Corah'ın (118) Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (DAS) Türk popülasyonu için geçerlilik ve güvenilirliği onaylanmış bir ölçektir. Diş tedavileri sırasında hastalarda oluşan diş hekimliği anksiyetesi ve korkusu hastaların diş tedavisinden kaçmalarına ve buna bağlı olarak zaman içinde ağız sağlıklarının bozulmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (72). Hakeberg ve ark.(121) diş tedavisinden kaçan bireylerde daha fazla diş kaybı olduğunu, çürüklere ve periodontitis olgularına daha fazla rastlandığını bildirmiştir. Diş hekimliği anksiyetesinin, hastaların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, yaşadıkları ortamın koşulları ve geçmişte yaşadıkları diş hekimliği tecrübeleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (75, 76, 122, 123, 124). Kara (125), cinsiyetin anksiyeteyi etkilemediğini, genç yaşta ve ilk kez diş hekimine başvuran bireylerin daha fazla diş hekimliği korkusuna sahip olduğunu bildirmiştir. Diş hekimliği anksiyetesinin toplumdaki

yaygınlığını belirlemek amacıyla ülkemizde yapılan araştırmalarda popülasyondaki kaygı düzeylerinin %23.5 ve %21.3 olduğu rapor edilmiştir (126, 127). Demiralp (72) hastaların yapılacak diş hekimliği işlemleri hakkında bilgilendirilmelerinin diş hekimliği anksiyetesi üzerine etkilerini incelediği doktora tez çalışmasının sonucunda, en yüksek anksiyete değerinin daha önce hiç tedavi uygulanmamış hasta grubunda olduğunu ve hiç diş hekimliği deneyimi olmayan kişilerin deneyimli olan hastalardan daha fazla korktuğunu ortaya koymuştur. Aksine, Stabholz ve Peretz (128) ise geçmişte farklı diş tedavisi tecrübesine sahip hastalar arasında yaptıkları çalışmada diş hekimliği tecrübesi ile diş hekimliği anksiyetesi arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Anksiyete ve korku düzeyleri bakımından hastaların değerlendirildiği birçok çalışmada diş hekimi korkusunun genç yaşlardaki hastalarda daha fazla olduğu ve yaşlılara göre daha fazla anksiyete gösterdikleri belirtilirken (23, 109, 129), Gatchell'in (130), çalışmasında buna benzer bir ilişki bulunmamıştır. Gatchell çalışmasında yetişkin ve ergen popülasyonda dental anksiyete ve korku düzeylerini değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonucunda yetişkinlerle ergenler arasında benzer dental korku düzeyi bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise dental anksiyete puan ortalaması en az 40 yaş üstü bireylerde en yüksek ise 25-39 yaş arasında bulunmuştur. 18-24 yaş arası bireylerde DAS skorunun daha az olmasının nedeni bu bireylerin çoğunun daha önce diş hekimliği tecrübesi yaşamamış olmasına bağlanabilir. Diğer bir taraftan bakıldığında 40 yaş üstü bireylerin DAS skorlarının en düşük olması diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Cinsiyet açısından incelendiğinde, diş hekimi korkusunun çoğunlukla kadın hastalarda daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar dikkati çekerken (131) bireylerde cinsiyet ile diş hekimi korkusu arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildiren çalışmaların da olduğu saptanmıştır (23, 129). Bizim çalışmamızda da benzer olarak dental anksiyete skorları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bireyler ağız ve diş sağlığına bağlı olarak psikolojik ve fiziksel olarak etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, periodontal hastalıkların ve diş çürükleri gibi diğer ağız ile ilgili sorunların bireylerin yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir (61, 132, 133, 134). Toplumda sıklıkla rastlanan bir dişeti problemlerinin diş destekleyen dokularda yıkıma yol açarak fırçalamada kanama, halitozis ve diş mobilitesinde artışa neden olarak bireylerin ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir

(56).Bizim çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğunun diş problemi çürüktür; çok azının ise periodontal rahatsızlıktır. Diş problemleri de cinsiyetler arasında bakıldığında kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur.

Ağız sağlığını belirlemeye yönelik olarak yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde gerek diş gerekse diş eti sağlığına verilen önemin az olduğu ve diş çürüğü ile diş eti hastalıklarına bağlı diş kayıplarının halen bir çok ülkede yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (135). Gelişmiş ülkelerde koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yaygın olması, sosyoekonomik düzey ve kişisel hijyen uygulama bilincinin yüksek olması ile paralel olarak son yıllarda çocuklarda çürük prevalansı hızla azalmaya başlamıştır (136). Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının yaygın yapılmadığı ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaya devam etmektedir (10,136,137). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Diş Hekimleri Birliği'nin farklı zamanlarda yürütmüş olduğu koruyucu diş hekimliği uygulamaları kapsamında okul taramaları yapılmış, çocuklara oral hijyen eğitimi verilmiş ve çocuklara flor uygulanmıştır. Okullarda ağız diş sağlığı eğitim programları kapsamında oral hijyen ile ilgili seminerler düzenlenerek çocuklara ve öğretmenlere ağız ve diş sağlığının önemi ve fırçalamanın nasıl yapılacağı anlatılmaktadır. Ancak mevsimlik tarım işçilerinin çocukları okula düzenli devam etmedikleri için bu tarz programlara katılamamaktadırlar. Bizim çalışmamızda da 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda diş fırçalama ile ilgili bilgileri öğretmenden öğrenme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu da bize okullardaki ağız diş sağlığı eğitimlerinin son yıllarda daha etkin yapıldığını düşündürmektedir.

Mikrobiyal dental plak, ağız ve diş sağlığını bozan en önemli etiyolojik faktörlerden biridir. Ayrıca, yapılan çalışmalar bireyin yaş, cinsiyet, ırk, fırçalama alışkanlığı, sistemik hastalıklar, sosyoekonomik ve kültürel durumlar, ara öğün ve fastfood gibi beslenme alışkanlıkları, günlük hayatta flor ve benzeri çürük önleyici ajanların kullanımı gibi faktörlerin de ağız ve diş sağlığını yakından etkilediğini göstermiştir (10,137).

Türkiye genelindeki ağız diş sağlığı durumunu gösteren 1988 ve 2004 yıllarında yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, 2000 yılı hedefleri arasında olan "18 yaşındakilerin %85'inin tüm dişlerine sahip olması" durumuna henüz erişilemediği görülmüştür. Beş

yaşta %22,4 olan diş fırçası olmama yüzdesi, adölesan dönemde %9,2'ye kadar gerilemektedir. Diş fırçası olanların %24,8-%38,3'ü dişlerini günde 2-3 kez fırçalamaktadır. On beş yaşındaki çocukların %41'i hiç diş hekimine gitmemişken, beş yaş çocuklarında bu rakam %82,1'e erişmektedir (138). Bizim çalışmamızda da 18-24 yaş arası genç bireylerin diş fırçasına sahip olma yüzdesi daha fazladır. Yaş grubu ile kendine ait diş fırçası olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu bireyler cinsiyet olarak karşılaştırıldığında kadınlarda diş fırçasına sahip olma yüzdesi erkeklere oranla daha fazladır. Yine aynı şekilde diş fırçasına sahip bireylerin dişlerini fırçalama süresi daha uzundur. Buradan mevsimlik tarım işçilerindeki genç popülasyonun ağız sağlığına daha çok önem verdiği çıkarılabilir.

Dişlerinizi fırçalarken dişetlerinizde kanama oluyor mu sorusuna her yaş grubunda katılımcıların büyük bir bölümü evet cevabını vermiştir. Yaş grubu ile diş fırçalarken diş etinin kanayıp kanamama durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Özellikle 40 yaşından daha büyük olan hasta grubunda dişetlerinde kanama oranı daha yüksek bulunmuştur. Fırçalamada kanama cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınlarda tüm yaş gruplarında kanama oranları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca fırçalama süreleri dikkate alındığında genç katılımcıların daha uzun süreli dişlerini fırçaladığı; 40 yaş üstü katılımcıların ise daha kısa süreli diş fırçalaması yaptığı belirlenmiştir. Uzun süreli fırçalama yapanlarda dişeti sağlığı kısa süreli fırçalayanlara göre daha iyi olacağından 18-24 yaş grubu katılımcılarda fırçalamada kanama oranının az olması normaldir. Çalışma grubumuzdaki katılımcıların ortalama %80 i diş temizliğinde diş fırçasını kullanmaktadırlar.

Çubukçu (139) yaptığı çalışmada; Türkiye'de ilköğretime başlayan çocukların %19'unda, 11 yaş grubunun %77'sinde daimi diş çürüğü bulunduğunu göstermiştir. Ayrıca ileri yaş gruplarında, diş çürüğü prevalansının %90 düzeyinde olduğunu tespit etmiştir. Bunun yanı sıra ülkemizde diş hekimine gitme nedeninin yakınma ve şikayet olduğu sonucuna varılmıştır (138). Çalışma grubumuzda yaş grubu ile daha önce diş hekimine gidip gitmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda daha önce diş hekimine gitmeme oranı daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet açısından bakıldığında ise tüm yaş gruplarında erkeklerin diş hekimine gitmeme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Sigara içmek gibi kötü bir alışkanlığa sahip olan bireylerin periodontal hastalık prevalansının yüksek olduğunu ve günlük içilen sigara adetiyle hastalık şiddetinin korelasyon gösterdiğini belirten pek çok çalışma bulunmaktadır. (140,141, 142, 143). Çalışmamızda tüm yaş grupları arasında erkeklerin sigara içme alışkanlığı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Zaten birçok çalışma değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sayıda sigara içtikleri gösterilmiştir(144), Sigaranın ağız diş sağlığına olan kötü etkilerini göz önünde bulunduracak olursak erkelerin daha çok sigara içmesi, diş hekimine gitme sıklığının az olması ve kendine ait diş fırçası bulundurma oranının az olması ağız sağlığına kadınlara oranla daha az önem verdiklerini düşündürmektedir. Bu bulguya paralel olarak kadınların dişlerinden memnun olma durumu erkeklere oranla daha yüksektir. Yaş grubu ile dişlerin görünümünden memnun olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda dişlerinin görünümünden memnun olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça da dişlerinden memnun olma durumu her iki cinsiyette de azalmıştır. Bu da bize, ilerleyen yaşlarda periodontal problemlerin artmasıyla beraber diş eksikliklerinin artmasının, yaşam kalitesini düşürdüğünü böylelikle mevcut ağız diş durumundan memnun olma durumunun azaldığını göstermektedir. Yine aynı şekilde yaş grubu ile ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünüp düşünmeme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ağız ve diş sağlığının önemli olduğunu düşünme oranı daha yüksek bulunmuştur. Tüm bu bulgulara paralel olarak 18-24 yaş grubunda bulunan katılımcılarda ağız sağlıklarını iyi olarak değerlendirme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça ağız sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin yüzdesi de artmıştır. Yaş grubu ile ağız sağlığını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Çalışmamızda CPITN indeks sistemine göre saptanan yaşın ilerlemesine bağlı olarak periodontal açıdan sağlıklı birey sayısında görülen azalma birçok araştırmacının bulgularıyla uyum içerisinde.(145,146). Bu çalışmada muayene edilen bireyler herhangi bir periodontal tedavi görmemişti ve biz de herhangi bir periodontal tedavi yapmadık sadece katılımcıları ağız sağlığı durumları açısından bilgilendirdik. Elde edilen bilgileri cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde, kadın cinsiyette dişlerinde kanama (kod 1), erkek cinsiyette ise diştaşı (kod 2) daha yüksek bulundu. Bu veri ağız sağlığını değerlendirmek için sorduğumuz diğer sorularla da paralellik göstermektedir.

Yani kadınlarda ağız sağlığının erkeklere oranla daha iyi olduğu bulundu. Tedavi gereksinimi açısından da değerlendirecek olursak kod 1de 'oral hijyenin geliştirilmesi' (TN1) ve kod 2 te 'diştaşı temizliği, taşkın dolguların uzaklaştırılması ve oral hijyenin geliştirilmesi'(TN2) işlemlerinin yapılması gerekir. CPITN verilerini yaş grubuna göre değerlendirdiğimizde, 18-24 yaş grubundaki bireylerde en fazla dişetlerinde kanama (kod 1), 25-39 ve 40 yaş üstü bireylerde en fazla diştaşı (kod 2) olduğu bulundu. 25-39 yaş grubu ile 40 yaş üzeri grup kendi içerisinde karşılaştırıldığında 40 yaş üstü grupta diştaşı (kod 2) oranı daha yüksektir. 4-5mm periodontal cebi (kod 3) olan bireylerin çoğu 40 yaş üstüdür. Elde edinilen bu veriler ağız sağlığını değerlendirmek için sorduğumuz diğer sorularla paralellik göstermektedir. Genç yaştaki bireyler ağız sağlığına daha çok önem vermektedir. Elde ettiğimiz CPITN bulgularına göre her yaştaki bireyler için oral hijyen eğitiminin gerektiği ve buna ek olarak yaşın artmasıyla beraber diştaşı temizliği ihtiyacının artması Mengi(147), Tezel(146), Saydam ve arkadaşlarının(148) bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak; çalışmamızın sınırları dahilinde, ulaşabildiğimiz mevsimlik tarım işçilerine yaptığımız anketlerde;

Genç katılımcılarda ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise genç erişkin kadınların erkeklere göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

40 yaş üstü katılımcılarda dental anksiyete skalasının skorları en düşük grup olmuştur. DAS skorlarının en yüksek olduğu grup ise 25-39 yaş arasındaki gruptur. 18-24 yaş arasındaki katılımcıların DAS skorlarının düşük olmasının nedeni bu bireylerin çoğunun daha önce diş hekimliği tecrübesi yaşamamış olmasına bağlanabilir. Cinsiyet açısında değerlendirildiğinde ise dental anksiyete skorları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Toplumda sıklıkla rastlanan diş problemleri diş çürüğü ve periodontal rahatsızlıktır. Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak katılımcılarda en çok görülen diş problemi çürüktür, ikinci sırada ise periodontal rahatsızlıktır.

Çalışmamızda da belirttiğimiz üzere Türkiye'de 2013 TÜİK verilerine göre yaklaşık 3 milyon tarım işçisi bulunmaktadır. Kayseri ve civarına gelen tarım işçileri ortalama 400 bin kadardır. Biz bu çalışmada bu işçilerin sadece 1/10 kadarına ulaşabildik.

Çalıştığımız konular dikkate alınarak Türkiye'nin başka illerindeki mevsimlik tarım işçilerine ulaşılarak örneklem büyüklüğünün arttırılmasını önermekteyiz.



6.KAYNAKLAR

1. (TÜİK) TİK. Tarım işçileri. 2013.
2. Örgütü DS. Dünya Sağlık Örgütü Tarım İşçileri Raporu. 2007.
3. Mody SK, Ba-Thike K, Gaffield ME. The World Health Organization-United Nations Population Fund Strategic Partnership Programme's implementation of family planning guidelines and tools in Asia-Pacific countries. J Obstet Gynaecol Res. 2013 Apr;39(4):825-30. PubMed PMID: 23167754.
4. Ntandokorano M. [Brief report on the United Nations Population Fund (UNFPA), 1991]. Imbonezamuryango. 1992 Dec(25):26-8. PubMed PMID: 12319663. Ibimenyetso bitera akanyabugabo.
5. (MİGA) MİGİA. TARIMDA MEVSİMLİK İŞÇİ GÖÇÜ TÜRKİYE DURUM ÖZETİ. 2012.
6. Rozier R.G., Dental Public Health in:Maxcy-Rosenau- Last “Public Health & Preventive Medicine, Editor Wallace RB., 14th Edition, Appleton&Lange, 1998
7. Yazıcıoğlu B.Ağız ve Diş Sağlığı, içinde Bertan M., Güler Ç.(ed) “Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), Güneş Kitabevi Ltd. Şti, Ankara, 1995
8. Bilgel N. Ağız ve Diş Sağlığı içinde Dirican R., Bilgel N., Halk Sağlığı-Toplum Hekimliği, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993
9. Sungur T. Oral Hijyen içinde Yumurturuğ S., Sungur T.Hijyen Koruyucu Hekimlik, A.Ü.T.F. Yayınları,1980, Sayı:393, Ankara.
10. Saydam G., Oktay İ., Möller I. “Türkiye’de Ağız Sağlığı Durum Analizi” T.D.B. Dergisi, Aralık 1993, Sayı 23, sayfa 3.
11. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine, 1995; 41: 1403-1409.

12. Başol ME, Karağa ıloğlu L, Yılmaz B. Türkçe Ağız Sağlığı Etki  l eğinin Geliştirilmesi-OHIP-14-TR. Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences, 2014; 20: 85-92.
13. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dental Health, 1988; 5: 3-18.
14. Alper Y, Bayraktar E, Karaçam  . Herkes için psikiyatri. İstanbul: Gentaş A. Ş. Kaya Matbaacılık, 2001.
15. Aydemir  , Bayraktar E,  zmen E. Genel tıpta psikiyatrik sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
16. Akarşlan ZZ, Erten H. Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2009; 33: 62-68.
17. Ayer WA, Domoto PK, Gale EN, Joy ED, Melamed BG. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. Journal of American Dental Association, 1983; 107: 18-27.
18. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. Behaviour Research and Therapy, 1993; 31: 659-666.
19. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2000; 28: 289-294.
20. Baker JP, May HJ, Revicki DA, Kessler ER, Crawford EG. Use of orally administered diazepam in the reduction of dental anxiety. The Journal of the American Dental Association, 1984; 108: 778-780.
21. Wisl ff TF, Vassend O, Asmyhr O. Dental anxiety, utilization of dental services and DMFS status in Norwegian military recruits. Community Dental Health, 1995; 12: 100-103.
22. Stouthard MEA, Hoogstraten J. Ratings of fears associated with twelve dental situations. Journal of Dental Research, 1987; 66: 1175-1178.
23. Locker D, Liddell A. Clinical correlates of dental anxiety among older adults. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1992; 20: 372-375.
24. Corah NL, Gale EN, Ilig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. The Journal of the American Dental Association, 1978; 97: 816-19.
25. Gl buk B, Karabıyık E, Tanır F. Türkiye Tarım Sektöründe En Kötü Biçimdeki  ocuk işçiliği Temel Araştırması, Ankara, Eylül 2003.

26. Tarım-İş, Türk-İş, Türkiye’de Tarım ve Orman İşçilerinin Yasal Sorunları Sempozyumu, Tarım-İş Yayınları, Ankara, 1992.
27. Karayalçın M. Türkiye’de Tarım İşçisi, Çalışma Koşulları ve Ücretler, M.P.M. Yayınları, Ankara, 1971.
28. Rockville MD. Bureau of Health Care Delivery and Assistance: Migrant Health Program: An Atlas of State Profiles Which Estimate Number of Migrant and Seasonal Farm Workers and Members of Their Families. US Department of Health and Human Services, 1990.
29. MTİ. Mevsimlik Tarım İşçileri İncelemesi 2016 [cited 2017]. Available from: <http://www.mevsimliktarimiscileri.com/>.
30. Seasonal and Migrant Agricultural Workers: A Neglected Work Force, Kenneth Culp; Michelle Umbarger, AAOHN Journal; ProQuest Health and Medical Complete. Sep.2004; 52(9); 383-388.
31. Çağlayan Ç. Tarım Politikalarındaki Değişimin Sağlık Üzerine Etkileri. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2010 (15):7-17.
32. Yıldırım UD. 1980 Sonrası Türkiye Tarımında Yapısal Dönüşüm ve Mevsimlik Tarım İşçileri: Sakarya Örneği: İstanbul Üniversitesi; 2014.
33. Gürgen Y. Tarım İşçilerinin Yasal Sosyal Güvenlik ve Çalışma Koşullarıyla İlgili Sorunları, Ankara, 1993;90.
34. Yıldırak N. Gülçubuk B. Gün S. Olhan E. ve Kılıç M. Türkiye’de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları, Ankara, 2003.
35. Gwyther ME, Jenkins M. Migrant farmworker children: Health status, barriers to care, and nursing innovations in health care delivery, Journal of Pediatric Health Care, 1998; 12(2): 60-66.
36. Arcury AT, Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. Annu. Rev. Public Health, 2007; 28: 348-363.
37. Şimşek Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Gezici Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu, 2008
38. Carroll DJ, Samardick R, Bernard S, Gabbard S, Hernandez T. Findings from the National Agricultural Workers Survey (NAWS) 2001–2002: A Demographic and Employment Profile of United States FarmWorkers. Rep. 9.Washington, DC, 2005.

39. Castanares T. Migrant health issues: Outreach services, 2001. Erişim Tarihi:08.03.2011. [http:// www.nefh.org](http://www.nefh.org).
40. National Center for Farmworker Health Inc; United States Department of Labor. Home page. 2004. Erişim Tarihi: 01.10.2008 <http://www.ncfh.org>
41. World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL), Geneva. 1997.
42. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma Dergisi, 2005; 20: 55-63.
43. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2000; 250: 262-268.
44. Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam, 2003; 16: 18-23.
45. Evans DR, Burns JE, Robinson WE, Garrett OJ. The quality of life questionnaire: A multidimensional measure. American Journal of Community Psychology, 1985; 13: 305-322.
46. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ: British Medical Journal, 1998; 316: 542-545.
47. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health related quality of life. Journal of the American Medical Association, 1995; 273: 59-65.
48. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science & Medicine, 1998; 46: 1569-1585.
49. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience?. BMJ: British Medical Journal, 2001; 322: 1240-1243.
50. Locker, D. Social and psychological consequences of oral disorders. In: Turning strategy into action, 1995; 7-49.
51. Demirağ S. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 2009; 2: 58-65.
52. SLADE, G. D (ed). (1997). Measuring oral health and quality of life Chapel Hill: University of North Carolina, *Dental Ecology*.

53. John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *Journal of Dental Research*, 2004; 83: 956-960.
54. Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral Health-Related Quality of Life*. Chicago, Illinois, USA, 2002.
55. SLADE, G. D., SPENCER A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent. Health*. 11:3-11.
56. Kutsal D. Kronik periodontitis hastalarının ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin ve hastalık semptomlarının öz algısının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2014.
57. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 2006; 34: 114–122.
58. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 2004; 31: 454–457.
59. Nagarajan S, Chandra RV. Perception of oral health related quality of life (OHQoL-UK) among periodontal risk patients before and after periodontal therapy. *Community Dental Health*, 2012; 29: 90-94.
60. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *Journal of Dentistry*, 2013; 41: 370-376.
61. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003; 1: 40.
62. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, Nakagawa T. Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. *Journal of Periodontology*, 2010; 81: 1001-1009.
63. Jowett AK, Orr MT, Rawlinson A, Robinson PG. Psychosocial impact of periodontal disease and its treatment with 24-h root surface debridement. *Journal of Clinical Periodontology*, 2009; 36: 413-418.
64. Locker D, Jokovic A, Payne B. Life circumstances, lifestyles and oral health among older Canadians. *Community Dental Health*, 1997; 14: 214-220.

65. Behravan H. Generalize kronik periodontitis hastalarında cerrahi olmayan periodontal tedavinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2013.
66. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1997; 25: 284-290.
67. Mumcu G, Inanc N, Ergun T, Ikadın K, Gunes M, Islek U, Yavuz S, Sur H, Atalay T, Direskeneli H. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behcet's disease. *Oral Diseases*, 2006; 12: 145-51.
68. Kazancioglu HO, Kurklu E, Ezirganli S. Effects of ozone therapy on pain, swelling, and trismus following third molar surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014; 43: 644-8.
69. Seymour GJ. Invited review: Possible mechanisms involved in the immunoregulation of chronic inflammatory periodontal disease. *Journal of Dental Research*, 1987; 66: 29.
70. Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Carranza's Clinical Periodontology. Chapter 2, 11th edition, WB Saunders Company, 2012.
71. Brown DF, Wright FC, McMurray NE. Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *Journal of Behavioral Medicine*, 1986; 9: 213-218.
72. Demiralp C. Periodontal tedavi hakkında detaylı bilgilendirmenin dental anksiyete üzerine etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2010.
73. Freeman RE. Dental anxiety: a multifactorial etiology. *British Dental Journal*, 1985; 159: 406-408.
74. Tarhan N. Stres ve Hastalıklar. İstanbul: Gri Ajans; 1990.
75. Marakoğlu İ, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2003; 6: 73-79.
76. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national crosssectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health* 2007; 7: 12.
77. Al-Omari WM, Al-Omiri MK. Dental anxiety among university students and its correlation with their field of study. *Journal of Applied Oral Science*, 2009; 17: 199-203.

78. Erten H, Akarşlan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International* 2006; 37: 304-10.
79. Hamurcu NK. G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümüne ağrı yakınması ile başvuran erişkin hastalarda ağrı düzeyi ile dental anksiyete ve anksiyete ile başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2014.
80. Şentürk Ürer Ç. Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniğine ağrı yakınması ile başvuran hastalarda kişilik özellikleri ve diş tedavi deneyimleri ile ağrı algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara; 2013.
81. Curson I, Coplans MP. The need for sedation in conservative dentistry. An investigation in the inner London area. *British Dental Journal*, 1970; 128: 19.
82. Ragnarsson E. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontologica*, 1998; 56: 100-104.
83. Humphris GM, Clarke HM, Freeman R. Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomized controlled trial with adults in general dental practice. *British Dental Journal*, 2006; 201: 33-35.
84. Schuurs A, Hoogstraten J. Appraisal of Dental Anxiety and Fear Questionnaires (review). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1993; 21: 329-339.
85. Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dentistry*. Volume 2011, 360292 (2011)
86. WHO. Oral Health Surveys-Basic Methods. 4th Edition. World Health Organization, Geneva, 1997.
87. Gökalp S, Güçüz Doğan B: Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili, 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi, 2006, s. 31-32, 140-168.
88. Dentition status and treatment need. <http://www.whocollab.od.mah.se/exp/orhsurvey97.html>. Erişim tarihi: 26.11.2007.
89. Community Periodontal Index (CPI). <http://www.whocollab.od.mah.se/exp/orhcpitn97.html>. Erişim tarihi: 26.11.2007.
90. [Ainamo J](#), [Tervonen T](#), [Nordblad A](#), [Kallio P](#). Use of CPITN cross-tabulations--a research perspective. *Int Dent J*. 1987,37:173-8

91. Cutress TW, Ainamo J, Sardo-Infirri J. [The community periodontal index of treatment needs \(CPITN\) procedure for population groups and individuals.](#) Int Dent J. 1987;37:222-33
92. Schürch E Jr, Minder CE, Lang NP, Geering AH. [Comparison of clinical periodontal parameters with the Community Periodontal Index for Treatment Needs \(CPITN\) data.](#) Schweiz Monatsschr Zahnmed. 1990;100:408-11.
93. Nordblad A, Kallio P, Ainamo J, Dusadeepan A. [Periodontal treatment needs in populations under 20 years of age in Espoo, Finland and Chiangmai, Thailand.](#) Community Dent Oral Epidemiol. 1986;14:129-31
94. [Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J.](#) Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). [Int Dent J.](#) 1982 ;32:281-91.
95. Whelton, H. ve O'Mullane, D.M. (2002). Public health aspects of oral diseases and disorders. Pine C.M. (Ed.). Community Oral Health. (75-111) Bath: The Bath Pres.
96. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. Acad Pediatr 2009;9(6):410-414.
97. DİE Hanehalkı İşgücü İstatistikleri. Başbakanlık DİE Yayınları YN, Ankara, 2001.
98. Mull LD, Engel LS, Outterson B, Zahm SH. National farmworker database: establishing a farmworker cohort for epidemiologic research. American journal of industrial medicine. 2001;40(5):612-8.
99. Koruk İ, Simsek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz asilama durumu ve ilişkili diğer faktörler. Turkish Journal of Public Health. 2010;8(3):165.
100. Quandt S, Hiott A, Grzywacz J, Davis S, Arcury T. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. Journal of agricultural safety and health. 2007;13(1):45-55.
101. Anthony MJ, Martin EG, Avery AM, Williams JM. Self care and health-seeking behavior of migrant farmworkers. Journal of immigrant and minority health. 2010;12(5):634-9.

102. Programı HÜTİSG. Tarımda Çalışanların Sağlık Sorunları ve Risk Altındaki Gruplar. 2015.
103. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, 1995; 33: 57-77.
104. Tonetti MS, Fourmouis I, Suvan J, Cortellini P, Bragger U, Lang NP. Healing, postoperative mobility and patient perception of outcomes following regenerative therapy of deep intrabony defects. *Journal of Clinical Periodontology*, 2004; 31: 1092–1098.
105. Needleman I, Tucker R, Giedrys-Leeper E & Worthington H. A systematic review of guided tissue regeneration for periodontal infrabony defects. *J Perio Res* 2002; 37: 380–388.
106. Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*, 2007; 34: 788-796.
107. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004; 31.6: 454-457.
108. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34.2: 114-122.
109. Alaysa D, Gülen O, Özkan A, Yavuz Ö, Günek E. Erişkinlerde diş hekimi korkusunun ağız diş sağlığı ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 1998; 8: 7–10.
110. Mason JMS, Walls AW, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? *J Dent Res* 2006; 85:257-61.
111. Hegarty AM, McGrath C, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures in oral medicine: are they valid and reliable? *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31.6: 670-674.
112. Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How and Future Implications. *J Dent Res* 2011; 90(11):1264-1270.
113. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci* 2006; 48.1: 1-7.

114. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci* 2006; 48.1: 1-7.
115. Lawrance HP, Broadbent JM. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2008; 36: 305–316.
116. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci* 2009; 51.2: 245-254.
117. Brauchle F, Noack M, Reich E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. *International Dental Journal*, 2013; 63: 306-311
118. McGrath C, Bedi R. Public dental health: Can dental attendance improve quality of life? *British Dental Journal*, 2001; 190: 262-265
119. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 1969; 48: 596.
120. Akboyun N. Periodontal hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara; 2011.
121. Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl HG. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1993; 21(1): 27-30.
122. Ergüven SS, Işık B, Kılınç Y. Diş hekimliği fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile son sınıf öğrencilerinin dental kaygı-korku düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*, 2013; 30: 70-76.
123. Kanegane K, Penha SS, Munhoz CD, Rocha RG. Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *Journal of Oral Sciences*, 2009; 51:515-520.
124. Locker D, Thomson WM, Poulton R. Psychological disorder, conditioning experiences, and the onset of dental anxiety in early adulthood. *Journal of Dental Research*, 2001; 80: 1588-1592.
125. Kara C. Periodontal tedavi esnasındaki anksiyete ile yaş, cinsiyet ve diş hekimine gitme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2007; 17: 12-17.

126. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2005; 33: 357-362.
127. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 2006; 7: 75-82.
128. Stabholz, A. Peretz, B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *International Dental Journal*, 1999; 49: 90-94.
129. Locker D, Liddell A, Burman D. Dental fear and anxiety in an older adult population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1991; 19: 120-124.
130. Gatchel R. The prevalence of dental fear and dental avoidance: expanded adult and recent surveys. *The Journal of the American Dental Association*, 1989; 118: 591-593.
131. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 1973; 86: 842-848.
132. Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. *BMJ*, 1992; 305:1145-1148.
133. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 1993; 118: 622-629.
134. Kind P. Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: an overview. *Annals of Medicine*, 2001; 33: 323-327.
135. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. *Caries research*, 1999; 33: 101-113.
136. Öztunç H, Haytaç MC, Özmeriç N, Uzel İ. Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*, 2000; 17: 1.
137. Altun C, Güven G, Başak F, Akbulut E. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005; 47: 114-118.
138. Doğan BG. Okul çağı çocuklarında ağız diş sağlığı düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler ve Türkiye'deki durum. *HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ*, 20142.
139. Çubukçu Elbek Ç. Neden koruyucu diş hekimliği. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 2003.

140. Aydoğdu A, Lutfioğlu M, Sakallioğlu EE. Effects of smoking on periodontal health and oral hygiene habits. *Spatula DD-Peer Reviewed J Complementary Med Drug Discovery* 2015; 5.2: 89-95.
141. Jenifer HD, Bholá S, Kalburgi V, Warad S, Kokadnur VM. The influence of cigarette smoking on blood and salivary super oxide dismutase enzyme levels among smokers and nonsmokers—a cross sectional study. *J Tradit Complement Med* 2015; 5.2: 100-105.
142. Chatzopoulos GS, Tsalikis L. Periodontal treatment needs and systemic diseases in an older population in Greece. *J Clin Exp Dent* 2016; 8.1: 32.
143. Khan S, Khalid T, Awan K. Chronic periodontitis and smoking Prevalence and doseresponse relationship. *Saudi Med J* 2016; 37.8: 889.
144. Eissenberg, T., Adams, C., Riggins, E. C. I., & Likness, M. (1999). Smokers' sex and the effects of tobacco cigarettes: subject-rated and physiological measures. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 317–324.
145. **Strohmenger L, Cerati M, Brambilla E, Malerba A, Vogel G.** Periodontal epidemiology in Italy by CPITN. **Int Dent J.** 1991 41:313-315
146. Tezel A. Erzurum ve çevresinde periodontal tedavi gereksinimi saptanması. Atatürk Üniv. Sağlık Bil. Enst. Doktora Tezi, 1997.
147. Mengi O. Ankara ve çevresinde farklı yaş gruplarında periodontal tedavi gereksiniminin saptanması (CPITN). A.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 1992
148. Saydam G. Oktay İ. Möller İ. Türkiye'de ağız diş sağlığı durum analizi. İstanbul 1990.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri'ye gelen mevsimsel tarım işçilerinin genel sağlık, sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili bilgileri, işe uyumları, sosyal destek ile oral ve dermal sağlık durumlarının değerlendirilmesi
-----------------------	---

VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
----------------------------------	--

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Version Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	İLÂN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2016/367	Tarih : 10.06.2016
-----------------	---------------------	--------------------

Vukarda bilgileri verilen başvuruyu dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak, incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aydın ONAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cihangir BIÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Serhat USTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* Toplamda Bulunan

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kayseri'ye gelen mevsimsel tarım işçilerinin genel sağlık, sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili algıları, işe uyumları, sosyal destek ile oral ve dermal sağlık durumlarının değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON	0 382 437 40 10 - 11		
	FAKS	0 382 437 52 85		
	E-POSTA	byancar@erciyes.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doç.Dr.Servet Kesim		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Periodontoloji		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı / Kayseri		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	Doç.Dr.Servet Kesim		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİVE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Goziinsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz	Epidemiyolojik araştırma projesi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

(Handwritten signature)

ASLI GİBİDİR



Sükrüye ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Gönüllünün

Adı, Soyadı, Adresi:

Varsa protokol ve Tel. No:

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmada amacımız, Kayseri ili ve çevresindeki mevsimsel tarım işçilerinin genel sağlığı, ağız sağlığı, uyku düzenleri, beslenme ve diyet alışkanlıkları, cilt lezyonları, ekonomik durumları, yaşadıkları ortam ve sosyal yaşantılarını incelemek ve farkındalık yaratmaktır. Ayrıca bu çalışmada gezici mevsimlik tarım işçisi kadınların ana-çocuk sağlığına yönelik sorunları, aile planlaması yöntemi kullanım alışkanlıkları ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyi ile sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan gönüllülere sadece ağız-diş muayenesi yapılacaktır. Girişimsel olan hiçbir işlem yapılmayacaktır. Sadece çürük olan dişler belirlenecek ve dişeti durumlarına bakılacaktır. Ağız içindeki yaralardan ve lezyonlardan ağız içi kamera ile fotoğraf alınacaktır. Şüpheli dişlerden film alınacaktır. Katılımcılara ağız-diş-genel sağlık ile ilgili anket soruları sorulacaktır. Gönüllülerin kollarındaki ve ellerindeki cilt lezyonlarını değerlendirmek amacıyla aydınlık ortamda bu lezyonlardan fotoğraf alınacaktır.

Fakültemiz Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre; ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır.

Etik kurul, izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Bakanlık ve ilgili diğer sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebileceklerdir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacak, formun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilciler söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle

ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır. Çalışma öncesinde, çalışmaya katılmayı istediğimize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, **Dr. Servet KESİM ve Dt.Berna GÜRSES** tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum ve söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu uygulamanın etki açısından Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun kurallarına uygun olarak incelendiğini ve planlanan yöntemin çocuklara uygulanmasının sakıncalı olmayacağı bana anlatıldı. Ayrıca bana, bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi.

Bunun denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Beni muayene eden doktora, daha önceki ve şu andaki tüm hastalıklarımı ve şu anda uygulanan tedaviyi bildirdiğimi teyit ederim. Son dört haftada herhangi bir çalışmada yer almadım.

Aşağıda imzası bulunan doktordan bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın özelliklerini ve sonuçlarını (muhtemel geçici yan etkiler dahil) anlıyorum. Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman, hiçbir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyit ediyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında sözkonusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllü

Adı, Soyadı, imza:

Bilgilendirmeyi yapan

Adı, Soyadı, imza

Dr. Adı, Soyadı, imza:

Dr. Servet KESİM
41 83)

(0532 251 09 41)

Dt. Berna GÜRSES (0506 858

Arş. Gör. berna

20.6.2016

ÖZGEÇMİŞ VE ESERLER LİSTESİ



Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji
Anabilim Dalı

Tel: 0352 207 66 66 (29105) Cep: 506 858 41 83

dtbernagurses@gmail.com

bernagurses@erciyes.edu.tr

KIŞISSEL BİLGİLER

Unvanı: Arş. Gör.

Görev Aldığı Kurum: Erciyes Üniversitesi

Doğum Tarihi: 09.07.1988

Doğum Yeri: Gaziantep

Anne Adı: Emine

Baba Adı: Remzi

Uyruk: T.C.

ÖZGEÇMİŞ

Derece	Bölüm/Program	Okul	Yıl
İlkokul		Ceyhan 5 Ocak İlköğretim Okulu	1994
		Silifke Gazipaşa İlköğretim Okulu	1995
Ortaokul		Silifke Atatürk Orta Okulu	1999-2002
Lise		Silifke Anadolu Lisesi	2002-2006

Lisans/ Y. Lisans	Diş Hekimliği Fakültesi	Selçuk Üniversitesi	2006-2011
Uzmanlık	Periodontoloji	Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	2015-

YABANCI DILLER

İngilizce

GÖREVLER

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Diş Hekimi	Özel muayenehane, Kozan, Adana	2011- 2012
Diş Hekimi	Batıkent Cerrahi Tıp Merkezi, Yüreğir, Adana	2012- 2013
Diş Hekimi	Özel muayenehane, Kocasinan, Kayseri	2014- 2015
Arş. Gör.	Erciyes Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Kayseri	2015-

BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER

- Türk Dişhekimliği Birliği, 2011
- Türk Periodontoloji Derneği, 2018

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

KURSLAR

B1. Maksimum Dental tarafından düzenlenen "Continuing Education Program, in Endodontics" kursu, Konya, 2010.

B2. ARDS İmplant firması tarafından düzenlenen "Oral İmplantoloji Teorik ve Pratik Kursu" kursu, Konya, 2010.

- B3.** Sunray tarafından düzenlenen "AMD Lasers, Picasso Diode Laser" kursu, Adana 2010.
- B4.** Erciyes Üniversitesi tarafından düzenlenen, "İş Sağlığı ve Güvenliği" kursu, Kayseri, 2016

KONGRE, SEMPOZYUM VE BİLİMSEL TOPLANTILAR

- C1.** II. Konya Osseder Sempozyumu, 22 Ekim, Konya, 2010.
- C2.** 11. Türk Ortodonti Derneği Bölgesel Toplantısı, 3-4 Mayıs, Denizli, 2015
- C3.** ITI Türkiye&Azerbaycan kongresi, 2-4 Aralık, Antalya, 2016
- C4.** EuroPerio9 kongresi, 20-23 Haziran, Amsterdam, 2018

