



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**GENEL DİŞ HEKİMLERİNİN HASTALARINI  
PERİODONTOLOGLARA YÖNLENDİRME SÜRECİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN, GENEL DİŞ HEKİMLERİ VE  
PERİODONTOLOGLARIN BAKIŞ AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

EVREN ÖZEN

UZMANLIK TEZİ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. BAŞAK DOĞAN

2017-İSTANBUL





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**GENEL DİŞ HEKİMLERİNİN HASTALARINI  
PERİODONTOLOGLARA YÖNLENDİRME SÜRECİNİ  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN, GENEL DİŞ HEKİMLERİ VE  
PERİODONTOLOGLARIN BAKIŞ AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

EVREN ÖZEN

UZMANLIK TEZİ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. BAŞAK DOĞAN

2017-İSTANBUL

## **BEYAN**

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Evren Özen



## I. TEŞEKKÜR

*Danışmanım olduğu günden beri yalnız akademik desteğini hissetmekle kalmadığım, aynı zamanda kocaman yüreğindeki bitmek bilmeyen karşılıksız sevgisini sürekli hissettiğim, hayata bakışından büyülendiğim, kişiliğine, özverisine, kalitesine ve sabrına hayran kaldığım, birlikte ağladığım, birlikte güldüğüm, birlikte büyüdüğüm, hem akademik hem de kişisel birikimimin mimarı, benden hiç vazgeçmeyen çok sevgili yol göstericim, canım hocam sayın Prof. Dr. Başak Doğan'a,*

*Bitmek bilmeyen enerjisiyle hepimizle sıkılmadan uğraşan, derin bilgisiyle ve yol göstericiliğiyle, tohumken çiçekler açmamızı sağlayan değerli hocam sayın Prof. Dr. Leyla Kuru'ya,*

*Pek çok konuda fikirlerinden faydalandığım, benden yardımlarını esirgemeyen değerli öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Kemal Naci Köse, Yrd. Doç. Dr. Hatice Selin Yıldırım, Yrd. Doç. Dr. Ömer Birkan Ağralı ve Dr. Hafize Öztürk Özener'e,*

*Manevi desteklerinden dolayı yol arkadaşlarım Dt. Rasoul Botorabi, Dt. Gamze Çetinkaya ve Dt. Boğaçhan İlhan'a,*

*Birlikte çalıştığım, her birini tanımaktan tek tek memnun olduğum bütün çalışma arkadaşlarıma ve personele,*

*Pozitif enerjisi ve güler yüzüyle elinden gelen her desteği veren Meftine Uysal'a,*

*Geldiğim yerde olmamın tek sebebi olan canımdan öte sevdiğim biricik annem Nalan Özen'e, canım babam Haydar Özen'e ve tatlı belam dünya tatlısı kardeşim Gizem Özen'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.*

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>I. TEŞEKKÜR</b>	iii
<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	iv
<b>III. TABLOLAR LİSTESİ</b>	vi
<b>IV. KISALTMALAR VE SİMGELER</b>	vii
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	5
4.1 Periodontal Hastalıklar	5
4.1.1 Gingivitis	5
4.1.2 Periodontitis	6
4.1.2.1 Kronik periodontitis	6
4.1.2.2. Agresif Periodontitis	7
4.1.3 Gingivitis ve periodontitisle ilgili epidemiyolojik çalışmalar	7
4.2 Periodontal Hastalıkların Tedavileri	10
4.2.1 Başlangıç periodontal tedavi	10
4.2.2 Cerrahi periodontal tedavi	11
4.2.2.1 Periodontal cep cerrahisi	12
4.2.2.2 Distal wedge işlemleri	13
4.2.2.3 Kemik cerrahisi	13
4.2.2.4 Rejeneratif cerrahi	14
4.2.2.5 Mukogingival tedavi	15
4.2.2.6 İmplant cerrahisi	15
4.2.2.7 Periimplantitis tedavisi	16
4.3 Genel Diş Hekimleri ve Periodontologların Periodontal Tedavideki Sınırları	16
4.4 Hastaların Periodontal Hastalık Konusundaki Farkındalığı	17
4.5 Genel Diş Hekimlerinin Periodontal Teşhis ve Tedavideki Rolü	18

4.6 Periodontal Yönlendirme Sürecini Etkileyen Faktörler	22
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	24
5.1 Çalışmanın Onayı	24
5.2. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	24
5.3 Anketin İçeriği	24
5.4 Çalışma Planı	24
5.5 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
5.6 İstatistiksel Değerlendirme	25
<b>6. BULGULAR</b>	26
6.1 Genel Diş Hekimi ve Periodontologların Demografik Verilerinin Dağılımının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi	26
6.2 Periodontologlara Yönlendirilen İşlemlerin Genel Diş Hekimi ve Periodontologlar Arasında Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi	28
6.3 Periodontal Yönlendirme Sürecini Etkileyen Faktörlere Ait Puanlamaların Genel Diş Hekimleri ve Periodontologlar Arasında Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi	30
6.4 Genel Diş Hekimlerine Ait Demografik Veriler ile Bir Ayda 2'den Fazla Hasta Yönlendirmenin Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
6.5 Periodontologlara Ait Demografik Veriler ile Kendilerine Bir Ayda 2'den Fazla Hasta Yönlendirilme İlişkinin Değerlendirilmesi	35
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	36
<b>8. KAYNAKLAR</b>	44
<b>9. EKLER</b>	53
<b>10. ÖZGEÇMİŞ</b>	63

### III. TABLOLAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 6.1.</b> Genel diş hekimleri ve periodontologların demografik ve yönlendirme verilerinin karşılaştırmalı değerlendirmesi	27
<b>Tablo 6.2.</b> Hastaların periodontologlara hangi işlemler için yönlendirildiğinin genel diş hekimleri ve periodontologlar arasında karşılaştırmalı değerlendirilmesi	29
<b>Tablo 6.3.</b> Periodontal yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin genel diş hekimleri ve periodontologlar arasında karşılaştırmalı değerlendirilmesi	32
<b>Tablo 6.4.</b> Genel diş hekimlerine ait demografik değişkenler ile bir ayda 2’den fazla hasta yönlendirmenin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	34
<b>Tablo 6.5.</b> Periodontologlara ait demografik değişkenler ile kendilerine bir ayda 2’den fazla hasta yönlendirilmenin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	35



#### **IV. KISALTMALAR VE SİMGELER**

A.B.D.: Amerika Birleşik Devletleri

EDTA: Etilendiamintetra-asetikasit

IL: Interlökin

K.A.K.: Klinik ataşman kaybı

M.D.P.: Mikrobiyal dental plak

PG: Prostaglandin

SPSS: *Statistical package for social sciences*



## 1. ÖZET

### **Genel Diş Hekimlerinin Hastalarını Periodontologlara Yönlendirme Sürecini Etkileyen Faktörlerin, Genel Diş Hekimleri ve Periodontologların Bakış Açısından Değerlendirilmesi**

**Uzmanlık Öğrencisi:** Evren Özen

**Danışman:** Prof. Dr. Başak Doğan

**Anabilim Dalı:** Periodontoloji Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin, hem genel diş hekimlerinin (G.D.) hem de periodontologların bakış açısından değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Demografik bilgiler ve periodontologlara yönlendirme işlemleri ve sürecini etkileyen faktörlerin içeren anket 33 sorudan oluşmaktaydı. Anketler, Türk Diş Hekimleri Birliği'nin 22. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi'ne katılan 460 G.D.'ye ve Türk Periodontoloji Derneği'nin 45. Bilimsel Kongresi'ne katılan 241 periodontoloğa elden dağıtıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 257 G.D. ve 120 periodontolog olmak üzere toplam 377 kişi dahil edildi. "Lokelize periodontal tedavi" ve "implant uygulaması" amacıyla G.D.'lerin yaptıkları yönlendirme oranı ile kendilerine bu amaçlarla yönlendirme yapıldığını belirten periodontologların oranı birbirine benzerdi ( $P \geq 0,05$ ). Yönlendirme sürecini etkileyen faktörler arasında uzmanın hastaları makul bir zamanda geri yönlendirmesi, ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması, ofisinin sağladığı kolaylıklar, G.D. ile benzer çalışma felsefesini paylaşması, hastayla uyumu faktörlerine G.D. ve periodontologların verdiği puanlar benzerdi ( $P \geq 0,05$ ). Diğer faktörleri periodontologlar G.D.'lere göre anlamlı olarak yüksek puanladılar ( $P < 0,05$ ). G.D.'ler arasında periodontologlara bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirme eğiliminin kadınların, meslekte 10 yıldan fazla görev alanların, haftada 40 saatten fazla çalışan ve haftada 41-60 arası muayene yapanların anlamlı olarak fazla olduğu tespit edildi ( $P < 0,05$ ).

**Sonuç:** Hem G.D. hem de periodontologlar açısından uzmanın klinik becerilerinin periodontal yönlendirme sürecini etkileyen en önemli faktör olduğu görüldü. G.D. yönlendirdiği işlemlerin oranı ile periodontologlara gelen işlemlerin oranları arasında farklılık olmasının ülkemizdeki periodontolog dağılımının şehirlere göre farklılık göstermesinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Periodontal yönlendirme süreci, periodontal hastalıklar, genel diş hekimi, periodontolog.

## 2. SUMMARY

### **Evaluation of the Factors Influencing the Patient Referrals From General Dental Practitioners to Periodontists from Both General Dental Practitioners` and Periodontists` Perspective**

**Student:** Evren Özen

**Supervisor:** Prof. Dr. Başak Doğan

**Department:** Periodontology

**Aim:** The aim of this study is to evaluate the factors influencing the patient referrals from general dental practitioners (G.P.s) to periodontists, from both general dental practitioners` and periodontists` perspective.

**Material and Method:** Data were obtained via a survey which included 39 questions about demographic variables, factors influencing the decision to refer and factors influencing the periodontal referral process. The surveys were handed to 460 G.P. at Turkish Dental Association`s 22nd International Congress and to 241 periodontists at Turkish Periodontal Society`s 45th Scientific Congress.

**Results:** A total of 377 participants, 257 G.P.s and 120 periodontists were included in this study. Among referred procedures, G.P.s and periodontists were similarly rate the “treatment of localized periodontal treatment” and “implant treatment” ( $P \geq 0,05$ ). G.P. and periodontists were ranked similarly ( $P \geq 0,05$ ) to the following factors influencing the periodontal referral process; specialist`s returns patients back to G.P. within a reasonable time period, specialist`s fees are comparable to other specialists in the area, specialist`s office convenience, specialist and G.P. share similar practice philosophies, likelihood of good patient and specialist rapport. All other factors were highly ranked by the periodontists compared to G.P.s ( $P < 0,05$ ). Females, >10 years in practice, >10 weekly working hours and 41-60 patients seen per week had significant effects on the likelihood to refer more than 2 patients per month among G.P.s ( $P < 0,05$ ).

**Conclusion:** The most important factors influencing periodontal referral to periodontists was defined as “specialist`s clinical skill” for both G.P.s and periodontists. However, there were discrepancy between G.P.s and periodontists regarding the percentage of referral procedures. This may be due to the uneven city base distribution of the periodontists in Turkey.

**Keywords:** Periodontal referral process, periodontal diseases, general dental practitioner, periodontist.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Periodontal hastalıklar dişleri destekleyen dokuları etkileyen kronik, enfeksiyöz hastalıklardır (Offenbacher, 1996; Socransky ve Haffajee, 1997). Tüm dünyada yüksek prevalans gösteren bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak, hastayı doğru zamanda yönlendirmek ve hastaların bu konudaki farkındalıklarını artırmak genel diş hekimlerinin (G.D.) öncelikli görevidir (Lanning ve ark., 2007).

Periodontal yönlendirme süreci G.D.'nin teşhisi ile başlamalı ve hastanın doğru zamanda periodontologlara yönlendirilmesiyle sonuçlanmalıdır (Park ve ark., 2011). Bu süreç hastaya ve hekime bağlı faktörlerden etkilendiği için karmaşıktır (Starr ve Collins, 1999).

Kuzey Amerika ve Avrupa'da hastalar periodontologlara ancak G.D.'lerin yönlendirmesi yoluyla ulaşmaktadır. Özel sağlık sigorta sistemleri hastaları 6 aylık düzenli diş hekimi kontrolüne yönlendirmektedir. Dolayısıyla hastaların periodontal durumları düzenli takip altındadır (Wong ve Braithwaite, 2001). Ülkemizde durum bundan farklıdır. İnsanları düzenli diş hekimi kontrolüne yönlendiren bir sigorta sistemi yoktur. Devletin sağladığı sigorta ise ancak devlet kurumlarında geçerlidir.

Toplumumuzda periodontal hastalıklar ya hiç teşhis edilememekte ya da hastalığın ilerleyen dönemlerinde teşhis edilebilmektedir (Baloş ve ark., 1983). G.D.'nin doğru teşhis ve doğru zamanda yönlendirme yapabilmesi için bilgilerini güncel tutması gerekmektedir (Darby ve ark., 2005). Tüm dünyayı etkileyen ve yüksek prevalans gösteren bu hastalıkla mücadele edebilmek için hem hastaların hem de hekimlerin farkındalığını saptamak adına çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Brady, 1984; Croxson, 1998; Alwaeli ve Al-Jundi, 2005; Jadhav SS. ve ark., 2015; Pai ve ark., 2016). Periodontal hastalıkla ilgili farkındalığın hastalar kadar, G.D.'ler için de çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Brady, 1984). Toplumun periodontal hastalıkla ilgili farkındalığının artırılması için yeni hasta eğitimi yöntemlerine ihtiyaç vardır ve kendisindeki periodontal hastalığın varlığından haberdar olan hastaların daha fazla oranda profesyonel tedaviyi talep edeceği öne sürülmüştür.

G.D.'lerin periodontal hastalığı doğru teşhis edip, zamanında yönlendirme yapabilmeleri için, konuyla ilgili kurslara katılmaları yoluyla teşvik edilmelerinin

gerekli olduğu belirtilmiştir. Bu yolla artan farkındalığın; periodontal hastalığın teşhis ve tedavi planlamasında artışa, zamanında yapılan y6nlendirmelerle periodontal hastalığın başlangıç seviyelerinde teşhis ve tedavisine, mevcut restorasyonların ve doğal dentisyonun sağlığının idamesine yararlı olacağı d6ř6n6lmektedir (Brady, 1984).

6lkemizde y6nlendirme s6recine y6nelik herhangi bir 7alışma bilgimiz dahilinde bulunmamaktadır. Y6nlendirme s6recine ışık tutmak adına yeni 7alışmalar yapılması hem toplum ağız diş sağlığı konusunda hem de insanların genel sağlıkları konusunda bilin7enmelerine yardımcı olacaktır.

7alışmamızın amacı; G.D.'lerin hastalarını periodontologlara y6nlendirme s6recini etkileyen fakt6rlerin, genel diş hekimleri ve periodontologların bakış a7ısından değerlendirilmesidir.

## 4. GENEL BİLGİ

### 4.1. Periodontal Hastalıklar

Periodontal hastalıklar sık görülen ve her yaştaki bireyi etkileyebilen, periodonsiyumu oluşturan dişeti ve/veya periodontal ligament, sement, alveol kemiği ve dentogingival birleşimde yıkım ile karakterize enfeksiyöz hastalıklardır. Bu hastalıklar, diş ve diş çevresinde kolonize olan mikroorganizma türleri ve bunlara karşı gelişen konak cevabı tarafından meydana gelir (Socransky ve Haffajee, 1997). Gingivitis ve periodontitis olmak üzere başlıca iki çeşit periodontal hastalık bulunmaktadır.

#### 4.1.1. Gingivitis

Löe ve ark. 1965'te (Loe ve ark., 1965) deneysel gingivitis çalışmaları ile temizlenmiş diş yüzeylerinde mikrobiyal dental plağın (M.D.P.) birikmesi ve bunun sonucunda da dişeti dokusu çevresinde enflamatuar cevabın oluşmasına yönelik ilk kanıtlarını bilim dünyasına kazandırarak bu konuda yapılan çalışmalara öncülük etmişlerdir. Aynı araştırmacılar başka bir çalışmalarında M.D.P.'nin gingival dokulara komşu bulunduğu süre boyunca enflamasyonun devam ettiğini ancak plağın diş yüzeyinden uzaklaştırılmasından sonra oluşan enflamasyonun çözülme sürecine girdiğini göstermişlerdir (Silness ve Loe, 1964).

M.D.P.'nin enflamasyona neden olan temel etiyolojik faktör olmasıyla birlikte diğer bazı faktörler de periodontal hastalığın gelişmesine etki etmektedir. Trombelli ve ark.'nın (Trombelli ve ark., 2004) yapmış oldukları deneysel gingivitis çalışmaları ile konak cevabının gingival enflamasyonun gelişmesine ve şiddetine etki ettiği gösterilmiştir (Theilade ve ark., 1966; Moore ve ark., 1982).

M.D.P.'ye bağlı gingivitisin klinik özellikleri şu belirtilerin varlığı ile teşhis edilebilir; stipling yapısının bozulmasına bağlı olarak dişetinde kırmızılık ve ödem, dişeti dokusunun sıkılığını yitirmesi, spontan veya provoke kanama, dişeti kontur ve şeklinin bozulması, plak ve diş taşı mevcudiyeti, radyografik olarak kemik kaybı bulunmamasıdır (Larato ve ark., 1969; Meitner ve ark., 1979; AAP, 2000).

Enflamasyon dişeti dokusu ile sınırlıdır. Ödem sebebiyle genişlemiş gingival kontur, kırmızıya veya mavimsi kırmızıya dönen renk değişikliği, dişeti oluğu sıvısı artışı ve kanama görülür. Gingivitis yalnızca yumuşak dokuda lokalize olduğu için radyografik bulgu vermeyen ve M.D.P. uzaklaştırıldığında geri dönüşümü olan bir hastalıktır (Caton ve ark., 1989; Armitage, 1996; Barendregt ve ark., 2002).

#### **4.1.2. Periodontitis**

M.D.P. ile başlayan gingival enflamasyon, uzaklaştırılmadığı durumlarda ilerleyerek dişi destekleyen periodontal dokularda yıkıma neden olabilir. Periodontitis; dişin destek dokularında enflamasyona yol açan, ataşman ve kemik kaybına neden olan enfeksiyöz bir hastalıktır. Klinik ve radyolojik olarak supragingival ve subgingival diştaşı, dişetinde şişlik, gerçek cep oluşumu gözlenir. Periodontitis kronik ve agresif olmak üzere 2 alt gruba ayrılır.

##### **4.1.2.1. Kronik periodontitis**

Kronik periodontitis, periodontitisin en sık görülen formu olarak bilinir. Genellikle yetişkinlerde görülür ancak çocuklarda ve genç yetişkinlerde de görülebilir. Ataşman ve kemik kaybının miktarı etiyolojik faktörlerin miktarıyla orantılıdır, subgingival diştaşı sık görülür. Hastalığın ilerleme hızı yavaş veya ortadır ancak hızlı ilerleme gösterdiği dönemlere girebilir. Predispozan faktörler hastalığın ilerlemesine katkıda bulunabilir, sistemik hastalıklarla ilişkili olabilir veya onlardan etkilenebilir, sigara veya stres gibi çevresel faktörler hastalığı şiddetlendirebilir (Lindhe ve ark., 1999).

Kronik periodontitis, dişleri destekleyen dokularda enflamasyon, ilerleyici ataşman ve kemik kaybı ile sonuçlanan enfeksiyöz bir hastalıktır. Cep oluşumu ve / veya dişeti çekilmesi ile karakterizedir. Başlangıcı herhangi bir yaşta olabilir, ancak en sık yetişkinlerde görülür. Hastalığın prevalans ve şiddeti yaşla birlikte artmaktadır (Lindhe ve ark., 1999). Kronik periodontitis lokalize ve generalize olarak 2 alt gruba ayrılmaktadır.

Eğer ağızdaki dişlerin %30'u veya daha azı etkilenirse lokalize, %30'dan fazlası etkilenirse generalize kronik periodontitis olarak adlandırılır. Klinik ataşman kaybı

(K.A.K.) miktarına bağı olarak 3 alt gruba ayrılır: Hafif=1-2 mm K.A.K., orta=3-4 mm K.A.K. ve şiddetli=  $\geq 5$  mm K.A.K. (Lindhe ve ark., 1999).

#### **4.1.2.2. Agresif periodontitis**

Agresif periodontitis lokalize ve generalize olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır.

Lokalize ve generalize formların her ikisinde de ortak olan temel özellikleri; hastaların agresif periodontitisin varlığı dışında sağlıklı olması, hızlı kemik ve ataşman kaybı, ailesel geçişin olmasıdır (Lang ve ark., 1999).

Her zaman görülmesi de çoğunlukla rastlanan ve agresif periodontitise ait olan ikincil özellikler; etiyolojik faktörlerin miktarının, hastalığın şiddetiyle orantısız olması, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* ve *Porphyromonas gingivalis* miktarının M.D.P. içerisinde artmış olması, fagosit anomalileri, aşırı aktivite gösteren makrofajlar, artmış prostaglandin (PG) E<sub>2</sub> ve interlökin (IL) -1 $\beta$  seviyeleri,, ataşman ve kemik kaybının kendi kendini sınırlayabilen özellikte olmasıdır (Lang ve ark., 1999).

Lokalize agresif periodontitis; puberte döneminde ortaya çıkar, etiyolojik faktörlere karşı artmış antikor cevabı mevcuttur. Molar ve kesici dişlerde lokalizedir. Biri ilk molar olmak üzere en az 2 daimi dişte interproksimal ataşman kaybıyla karakterizedir, birinci molar ve kesici dışında ikiden fazla dişi etkilemez (Lang ve ark., 1999).

Generalize agresif periodontitis; genellikle 30 yaş altı bireyleri etkiler ancak hastalar daha yaşlı da olabilir, birinci molar ve kesici dişler dışında en az 3 daimi dişte daha interproksimal ataşman kaybı gözlenir, etiyolojik faktörlere karşı azalmış antikor cevabı mevcuttur, ataşman ve kemik kaybının epizodik bir doğası vardır (Lang ve ark., 1999).

#### **4.1.3. Gingivitis ve periodontitisle ilgili epidemiyolojik çalışmalar**

Dünya Sağlık Örgütü 1961 yılında periodontal hastalıkların, insanlığın karşı karşıya kaldığı en yaygın hastalıklardan biri olduğunu ve dünya üzerindeki hiçbir



toplum veya bölgenin bu hastalıklardan korunamayacağını belirttiği raporunu yayınlamıştır (WHO, 1961; WHO, 1978).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) 1971-74 yılları arasında, 1 Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Anketi verilerine göre çalışmaya katılan 6 ile 74 yaşları arasındaki 28000 bireyde %24 oranında gingivitis teşhis edildiğini bildirmişlerdir (Douglass ve ark., 1983). Yine aynı ülkede 1985 ve 1985 yıllarında 15132 kişinin tarandığı Ulusal Sağlık Araştırması verilerine göre 18-64 yaş arası bireylerde %44, 65 yaş ve üzeri bireylerde ise %47 oranında gingivitis tespit edilmiştir (Brown ve ark., 1990).

Albandar ve ark.'nın (Albandar ve ark., 1996) gerçekleştirdikleri epidemiyolojik çalışmada A.B.D.'deki 13-20 yaş arası 1285 bireyin %82'sinden fazlasında gingivitis görüldüğünü göstermişlerdir. Oliver ve ark. (Oliver ve ark., 1998) da A.B.D.'de 18 yaş üstü bireylerin %50'den fazlasında gingivitis olduğunu tespit etmişlerdir.

Hugoson ve ark. (Hugoson ve ark., 1981) İsveç'te 1981 yılında 500 çocuk ve ergenden oluşan bir çalışma popülasyonunda periodontal hastalık prevalansını değerlendirmişlerdir. Üç yaşındaki çocuklarda %35, daha büyük çocuklarda ve ergenlerde ise %65 ila %97 oranında gingivitis gözlemlendiğini belirtmişlerdir.

Bourgeois ve ark. (Bourgeois ve ark., 1997) 1997 yılında Fransa'da 35-44 yaş grubunda 1000 bireyi inceledikleri çalışmada, bireylerin %80,4'ünde gingivitis teşhis etmişlerdir ve 4-5 mm cep derinliğinin %26,6 oranında olduğunu ve bu katılımcıların %87,5'inin periodontal tedaviye ihtiyacı olduğunu bildirmişlerdir.

Avustralya'da 2009 yılında yapılan bir çalışmaya 4967 kişi dahil edilmiş ve çalışmanın sonucunda gingivitis prevalansının yaklaşık %20 olduğu görülmüştür (Australian Research Centre for Population Oral Health, 2009).

Suudi Arabistan'da 2014 yılında 18-40 yaş arası 385 bireyin tarandığı bir çalışmada, bireylerin tamamında gingival enflamasyon görüldüğü tespit edilmiştir (Idrees ve ark., 2014).

Kuzey Ürdün'de de periodontal hastalıkların prevalansını değerlendirmek üzere yapılan çalışmada 595 bireyin %76'sında gingivitis görüldüğü saptanmıştır (Ababneh ve ark., 2012).

Baloş ve ark. (Baloş ve ark., 1981) Türkiye'de 15 yaş grubunda 228 öğrencinin periodontal sağlık durumlarının değerlendirildiği çalışmalarında gingivitis oranını %79-84, periodontitis oranını ise %13 olarak rapor etmişlerdir. Aynı araştırmacılar 1983 yılında yayınladıkları bir başka çalışmalarında, 15-50 yaşları arasındaki 464 bireyin periodontal durumlarını değerlendirmişlerdir ve gingivitisli bireylerin oranını ise %79, periodontitis oranını ise %36 olarak tespit etmişlerdir (Baloş ve ark., 1983).

Brown ve ark.'nın (Brown ve ark., 1989) 1981 yılında yayınladıkları ve A.B.D.'de periodontal hastalık prevalansını inceledikleri çalışmaya 1792 birey katılmıştır. Katılımcılar 19-44, 45-64 ve 65 yaş üzeri olmak üzere üç gruba ayrılmış, bu grupların sırasıyla %17,3, %8,3, ve %15,5 oranında periodontal açıdan sağlıklı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda araştırmacılar 1981 yılı için A.B.D. toplumunun %85'inde periodontal hastalık görüldüğünü saptamışlardır.

Mengel ve ark. (Mengel ve ark., 1993) 1991 ve 1992 yıllarında, Doğu Almanya'daki yerleşim bölgelerinde *Toplum Periodontal Tedavi Gereksinimi İndeksi*'nden yararlanarak yaptıkları çalışmada bireyleri periodontal durumları bakımından değerlendirmişler ve 1688 bireyin yalnızca %1,4'ünün periodontal açıdan sağlıklı olduğunu %40,1'inde şiddetli periodontitis bulguları gözlediklerini belirtmişlerdir.

Albandar ve ark. (Albandar ve ark., 1999) 1988-1994 yılları arasında A.B.D.'de yaptıkları 30818 kişiyi kapsayan 3. Ulusal Sağlık ve Beslenme Anketi'nde, 30-90 yaşları arasında yer alan 9689 kişiyi değerlendirmişlerdir. Bu bireylerde  $\geq 3$  mm ataşman kaybı oranının %53,  $\geq 3$  mm cep derinliği varlığı oranının %64 olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılar bu çalışmanın verileri ışığında 30 ile 90 yaş arası Amerikan vatandaşlarının en az %35'inde periodontitis bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Yine aynı çalışmada araştırmacılar periodontitis prevalansının yaşla birlikte arttığını fakat 80 yaş ve üzerinde ileri ve orta derecedeki periodontitis prevalansında bir azalmanın görüldüğünü bunun da ilgili yaş grubunda diş kayıplarının artmasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca araştırmacılar 30

ve üzeri yaş grubuna dahil Amerikan toplumundaki erişkin popülasyonda, ortalama 56,2 milyon kişide mevcut dişlerinin üçte birinde  $\geq 3$  mm ataşman kaybı olduğunu, 67,6 milyon kişide yine mevcut dişlerinin üçte birinde  $\geq 3$  mm cep derinliği olabileceğini; 21 milyon bireyde  $\geq 5$ mm cep derinliği, ataşman kaybı ve 36 milyon bireyde yıkıcı periodontitisin bulunabileceğini ileri sürmüşlerdir (Albandar ve ark., 1999).

Eke ve ark. (Eke ve ark., 2015) 2009 ile 2012 yılları arasında gerçekleştirilen A.B.D. Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Anketi verilerine dayanarak 2015 yılında yayınladıkları makalelerinde 30 yaş ve üzeri 64,7 milyon Amerikalı erişkinin periodontitisten etkilendiğini ve bunların %8,9'unda da ilerlemiş periodontitis varlığından söz edilebileceğini belirtmişlerdir. Araştırmacılar periodontitis prevalansının ilerlemiş yaşla ve erkek cinsiyetiyle pozitif korelasyon içinde olduğunu bildirmişlerdir.

## **4.2. Periodontal Hastalıkların Tedavileri**

Periodontal tedaviler, etiyolojik faktörlerin kontrol altına alınıp ortadan kaldırılmasını, biyolojik, fonksiyonel ve estetik olarak ideal tedavi sonuçlarını elde etmeyi amaçlar. Bu amaç doğrultusunda çeşitli basamaklar halinde uygulanır.

### **4.2.1. Başlangıç periodontal tedavi**

Başlangıç periodontal tedavi yani cerrahi olmayan periodontal tedavinin içeriği; diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi, oral hijyen eğitimi, oklüzal düzenleme işlemlerinden ibarettir (Lindhe ve ark., 1982).

Periodontal hastalığın etyolojisine yönelik olarak uygulanan cerrahi olmayan periodontal tedavi 2 fazdan oluşur:

1. Supragingival plak kontrolü (hijyen fazı)
  - a. Hasta motivasyonu
  - b. Ağız bakımı eğitimi
  - c. Supragingival diş yüzeyi temizliği

d. Plak retansiyon faktörlerinin kaldırılması

2. Subgingival plak kontrolü ve kök yüzeyi düzleştirilmesi

a. Subgingival diş yüzeyi temizliği

b. Kök yüzeyi düzleştirilmesi (Donald ve ark., 1996).

Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi, hem subgingival hem de supragingival debris kaldırılmayı amaçlar. Diş yüzeyi temizliği, kron ya da kök yüzeyinde plak, diştaşı ve lekelerin çıkarılması işlemi olarak tanımlanırken, kök yüzeyi düzleştirilmesi diştaşı, plak ya da mikroorganizmalarla kontamine olan sement ya da yüzey dentininin uzaklaştırılmasıdır (Donald ve ark., 1996).

#### **4.2.2. Cerrahi periodontal tedavi**

Geleneksel periodontal cerrahinin temel amacı cep eliminasyonudur. Günümüzdeki bilgilerin ışığında periodontal cerrahinin amacı, plağı uzaklaştırmak ve uzun dönemde enfeksiyon kontrolünü kolaylaştırmaya katkıda bulunmaktır. Bunu uygun profesyonel diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi için ulaşım sağlayarak ve hastanın kendi yaptığı enfeksiyon kontrolünü kolaylaştıran bir dişeti morfolojisi oluşturarak sağlar (Deas ve ark., 2016).

"Periodontal cerrahi" terimi, yalnızca periodontal yumuşak dokuların ve kemiğin spesifik cerrahi işlemleri için kullanılır (Barrington, 1981). Bu işlemler cep eliminasyonu amaçlı, erişim amaçlı, rekonstrüktif amaçlı veya implant cerrahisi amaçlı olmak üzere alt başlıklara ayrılır.

Geçmişte periodontal tedavide kullanılan cerrahi teknikler, hastalıklı kök yüzeylerine erişim yolu olarak tanımlanmıştır. Daha sonra hastalıklı dişetin kesip çıkarıldığı teknikler kabul görmeye başlamıştır. Sadece hastalıklı dişetin değil, enfekte ve nekrotik kemiğin de ortadan kaldırılmasının gerekliliği, flep operasyonlarının doğmasına neden olmuştur. Periodontoloji bilimindeki ilerlemelerle birlikte mukogingival yapının korunmasının önemi, periodontal dokuların rejenerasyon potansiyeli gibi kavramlar yeni tekniklerin ve kişiye özel yöntemlerin gelişmesini teşvik etmiştir.

#### 4.2.2.1. Periodontal cep cerrahisi

Cebin sağlıklı dişeti oluğu seviyesine getirilmesi anlamına gelen cep eliminasyonu, periodontal tedavinin amaçlarından biridir. Kök yüzeyine ulaşılabilirliğin sağlanması, hekimin uyguladığı tedavi ile hastanın ağız hijyenini sağlaması açısından önemlidir. Periodontal cep eliminasyonu amacıyla yapılan gingivektomi işlemi patolojik cebin yumuşak doku duvarının kesip çıkarılması olarak tanımlanmıştır (Kettle ve Lawson, 1946). Öncelikle cebin en apikal seviyesinde yumuşak dokunun dış yüzeyinde kanama odakları oluşturularak dişetinin kesip çıkarılacağı hat belirlenmektedir. İlk insizyon kalan yumuşak doku sırtına keskin ve ince bir form verecek şekilde yapılmalıdır. Eğimli insizyon cebin tabanına yönlendirilmelidir. İnsizyon kanama odakları takip edilerek bukkal, interproksimal ve lingual bölgelerde birleştirilir. Kesilen doku bir küret veya amaca uygun el aletleriyle uzaklaştırılır. Böylece patolojik cebin yumuşak doku duvarı uzaklaştırılmış olur (Goldman, 1946).

Patolojik cebin eliminasyonunu amaçlayan flep operasyonunun kullanımıyla ilgili ilk ayrıntılı çalışma 1918 yılında yayınlanmıştır. Bu teknikte cerrahisi planlanan bölgenin sınırlandırılması için öncelikle bölgesel rahatlatıcı insizyonlar planlanır. Bu insizyonlar iki komşu dişin orta-bukkal dişeti kenarlarından dikey yönde yapılır. Ardından cep epiteli ve hastalıklı yumuşak dokuyu sağlıklı olandan ayırarak şekilde planlanan yatay yönde bir insizyonla birleştirilir ve alveol kemiği 2-3 mm açığa çıkararak şekilde tam kalınlık flep kaldırılır. Açığa çıkan kök yüzeyleri dikkatlice temizlendikten sonra kemiğin yeniden şekillendirilmesine geçilir. Son olarak bukkal ve lingual flep dudakları interproksimal bölgelerde süturla sabitlenir (Wennström ve Lindhe, 2015).

Periodontal ceplerin tedavisinde kullanılacak yeni cerrahi bir işlem tanımlanmıştır. Bu işlem “modifiye flep operasyonu” adını almıştır. Cep insizyonları dişeti oluğu içinde yapılır ve günümüzde sulkuler insizyon ismiyle anılmaktadır. Dişeti enfekte diş yüzeylerini açığa çıkarmak için hem bukkal hem de lingual yüzeylerde kaldırılır. Flebin iç yüzeyinden granülasyon dokusu ve cep epiteli uzaklaştırılır. Kök yüzeyi temizliği ve kemik düzenlemelerinin ardından flep dudakları interproksimal bölgelerde süturla sabitlenerek kapatılır. Bu yöntem orijinal

widman flebin aksine dişeti dokusunun marjinal kenarlarda geniş bir şekilde çıkarılmasını ve dişeti kenarının apikalde konumlandırılmasını içermektedir (Wennström ve Lindhe, 2015).

Ramfjord ve Nissle tarafından (Ramfjord ve Nissle, 1974) yapılan bir çalışma ile “modifiye widman flep” tanımlanmış ve cep eliminasyonu cerrahisi amacıyla da günümüzde en sık kullanılan tekniklerden biri olarak yerini almıştır. İlk insizyon dişin uzun aksına paralel olmalı ve bukkal dişeti kenarından 1 mm uzakta konumlandırılmalıdır. Dantela formu verilerek insizyon interproksimal bölgelere uzatılmalıdır. Benzer insizyon palatinal bölgede de tekrarlanır. İki yüzeyde de tam kalınlık flep kaldırılır. Cep epiteli ve granülasyon dokusu yakasının uzaklaştırılmasını kolaylaştırmak için ikinci bir insizyon dişeti oluğu içerisinde yapılır. Kemik düzenlenmesi, kök yüzeyi temizliği işlemleri ve degranülasyonun ardından flep interproksimal bölgelerde süturla sabitlenerek kapatılır.

#### **4.2.2.2. Distal wedge işlemleri**

Molarların distal yüzeyindeki dişsiz bölgelerdeki ceplerin tedavisi “distal wedge” işlemleri olarak tanımlanır (Robinson, 1966). Molar dişin distalinde üçgen bir kama oluşturmak amaçlanır. Üçgenin tabanı molar dişte, tepesi ise tüberde olmak üzere insizyon planlanır. Kesilmiş doku kemikten ayrılır, kök yüzeyi temizlenir ve eğer gerekliyse kemik yeniden şekillendirilir. Basit süturlarla flep kenarları birleştirilir, bukkal ve lingual kenarların üst üste gelmemesine dikkat edilir.

#### **4.2.2.3. Kemik cerrahisi**

Periodontal hastalığın neden olduğu alveolar kemik kaybı, kret üzerinde düzensiz bir anahatla kendini gösterir. Dişetin konturu da alttaki kemiğin konturu ile direkt ilişkili olduğu için yumuşak doku ceplerinin kaldırılması, kemiğin yeniden şekillendirilmesi ve kemik kraterlerinin eliminasyonu birlikte planlanmalıdır (Wennström ve Lindhe, 2015).

Osteoplasti terimi kısaca destek kemik uzaklaştırılmadan alveol kemiğin yeniden şekillendirilmesi işlemidir. Kalın kemik çıkıntılarının inceltmesi, kemiğin derin kavisli konturunun sağlanması, interproksimal kraterlerin seviyelenmesi, çevresel

kemik defektlerinin duvarlarının ortadan kaldırılması ya da azaltılması gibi işlemler osteoplastiye örnektir (Wennström ve Lindhe, 2015).

Ostektomide dişin tutunmasını sağlayan destek kemik, periodontal hastalık nedeniyle meydana gelen deformiteler nedeniyle uzaklaştırılmaktadır. Bu teknik cebin ortadan kaldırılmasında da kullanılan yöntemlerdendir. Flep kaldırıldıktan sonra bukkal/lingual krater duvarları, kemik defekt tabanı seviyesine kadar indirilmektedir. Ostektominin amacı, fizyolojik kemik anatomisini daha apikal bir seviyede yeniden oluşturmaktır (Wennström ve Lindhe, 2015).

#### **4.2.2.4. Rejeneratif cerrahi**

Özel cerrahi yaklaşımlarla önemli miktarda ataşmanın elde edilebileceği 1980'lerde gösterilmiştir (Nyman ve ark., 1982; Bowers ve ark., 1989). Bu da periodontal rejenerasyonu güncel tedavi hedefi haline getirmiştir. İlk girişimler ağız içi veya ağız dışı kaynaklardan alınan kemik greftleri, allojenik greftler, non-dekalsifiye/kalsifiye kemik greftleri, yavaş emilebilir trikalsiyum fosfat veya rezorbe olmayan hidroksiapatit materyallerinin kullanımı gibi kemik greftleme işlemlerini içerir. Epitelin apikal göçünü engellemek ve iyileşen yaradan bağ dokusunu uzak tutmak için membranların kullanımı da "yönlendirilmiş doku rejenerasyonu" kavramının temelini oluşturmuştur. Bu işlem, açığa çıkan kök yüzeyini ve bitişik kemik içi defekti bariyer membran ile örtüp kemik düzenlemesi yapmadan flebi primer olarak kapatmak olarak tanımlanabilir (Gottlow ve ark., 1986).

Mine matriks proteinlerinin periodontal rejenerasyonda kullanımı benimsenmeye başlamıştır (Heijl, 1997). Bu proteinler embriyogenez aşamasında sement, periodontal ligament ve destekleyen kemiğin gelişimde rol almaktadır. Cerrahi işlem, flepte yeniden konumlandırma olmaksızın, açığa çıkan kök yüzeyinden smear tabakasının etilendiamintetra-asetikasit (EDTA) uygulamasıyla uzaklaştırılmasının ardından, mine matriks proteinlerinin kök yüzeyine uygulanması ve flebin kapatılması olarak özetlenebilir. Bu proteinler kök yüzeyine uygulandığında yeni periodontal ataşman oluşumuna aracılık edebilirler.

#### 4.2.2.5. Mukogingival tedavi

İmplant ve dişlerin morfoloji, pozisyon veya yumuşak doku miktarında ve kemik desteğindeki defektlerin düzeltilmesi işlemlerinin tümünü tanımlamak için kullanılan terim mukogingival tedavidir (Wennström ve Lindhe, 2015).

Tarihte 1957’de ortaya atılan mukogingival cerrahi terimi daha spesifik işlemleri tanımlamaktadır. Dişetini korumak, anormal frenilum veya kas ataşmanlarını uzaklaştırmak ve vestibül derinliğini artırmak amacıyla tasarlanmış işlemler bütününe mukogingival cerrahi denmektedir (Wennström ve Lindhe, 2015) .

Miller mukogingival cerrahinin kret formu ve yumuşak doku estetiğinin düzeltilmesini içerdiğini vurgulayarak, “periodontal plastik cerrahi” terimini önermiştir. Buna göre periodontal plastik cerrahi, “anatomik, gelişimsel, travmatik veya hastalığa bağlı dişeti, alveolar mukoza veya kemik defektlerini tedavi etmek için uygulanan cerrahi işlemler” olarak tanımlanabilir.

Bu tanım dahilindeki sert ve yumuşak doku işlemleri; dişeti ogmentasyonu, kök yüzeyinin örtülmesi, implant çevresindeki mukozal defektlerin düzeltilmesi, kron boyu uzatma, ektopik diş erüpsiyonunda dişeti korunması, anormal frenilum uzaklaştırılması, diş çekimine bağlı kret çöküşünün önlenmesi, dişsiz kretin ogmentasyonudur.

#### 4.2.2.6. İmplant cerrahisi

Titanyum implantlar ağız içinde tutunma ve başarı açısından yüksek öngörülebilirliğe sahip olduğundan tek veya çok diş eksikliklerini restore etmek için en çok tercih edilen tedavi protokolüdür. İmplant cerrahisi eksik dişleri restore etmekten başka, subjektif çiğneme konforunu artırmak, sağlam dişlerin ve **restorasyonların** korunmasını sağlamak amaçlarına da hizmet eder (Wennström ve Lindhe, 2015).

İmplantlar yerleştirilmeden önce periodontal hastalığın elimine edilmesi ve hastanın enfeksiyon kontrolünü sağlayabilmesi, implant tedavisinin başarısında en önemli faktörlerdir (Wennström ve Lindhe, 2015).



#### **4.2.2.7. Periimplantitis tedavisi**

Periimplant mukozitis, iltihabi reaksiyonların sadece mukozada görüldüğü, sondalamada kanama ve/veya süpürasyon ile karakterize bir hastalık olarak belirtilmiştir. Periimplant mukozitisin implant çevresinde 2 mm'den az destek kemik kaybı görülen ve tedavi edildiğinde geri dönüşümlü olabilen enfeksiyöz bir hastalık olduğu ortaya konmuştur (Lindhe ve ark., 2008).

Periimplantitis, periimplant mukozada görülen sondalamada kanama ve/veya süpürasyon gibi klinik belirtilere ilave olarak destek kemik kaybının da görüldüğü geri dönüşümlü enfeksiyöz bir hastalık olarak kabul edilmiştir (Lindhe ve ark., 2008).

Periimplant dokuların muayenesinde sondalamada kanama ve sürüpyasyon varlığı, periimplant lezyonların varlığına işaretler. Tedavisi geleneksel periodontal tedavi protokollerine benzerdir. Başlangıç tedavisini takiben cerrahi tedavi aşamasına geçilir. Cerrahi işlemler biofilm barındıran implant yüzeylerine erişimi sağlayan tek tedavi seçeneğidir. Periimplantitisin cerrahi tedavisindeki temel hedef, implant yüzeylerinin debridmanı ve dekontaminasyonu için ulaşım sağlamaktır. Flep kaldırıldıktan sonra yapılan işlemler periodontal hastalık tedavisine benzer olmakla birlikte, titanyum implant yüzeylerinde yapılan enstrümantasyon açısından farklılıklar barındırır. İmplant yüzeylerinin mekanik temizliği karbon uçlu küretler ile yapılmalıdır. Granülasyon dokusunun temizliği ve kemik cerrahisi işlemleri periodontal cerrahi prosedürleri ile aynıdır (Renvert ve Polyzois, 2015).

#### **4.3. Genel Diş Hekimleri ve Periodontologların Periodontal Tedavideki Sınırları**

Periodontoloji uzmanlık eğitimi, lisans eğitiminde yer almayan ileri teorik bilgileri ve klinik uygulamaları içeren, yetkinlik esaslı bir eğitim sürecidir.

Türkiye'de tıpta uzmanlık kurulunun belirlediği periodontoloji uzmanlık eğitimi aynı zamanda uzmanın yetkinlik sınırlarını belirlemektedir. Bu sınırlara göre bir periodontoloji uzmanının klinik yetkinlikleri temel olarak şöyledir;

- Muayene, tanı ve tedavi planları
- Cerrahi olmayan periodontal tedavi uygulamaları

- Cerrahi periodontal tedavi uygulamaları
- Periodontal plastik uygulamalar
- İmplant cerrahisi uygulamaları, implant çevresi hastalıkları
- Periodontal ve periimplant dokuların idame tedavisi uygulamaları.

(<http://www.tuk.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 16 Ekim 2017)

Yüksek Öğrenim Kurumunun hazırladığı mezuniyet öncesi diş hekimliği ulusal çekirdek eğitim programının çizmiş olduğu sınırlara göre G.D.'nin periodontal tedavilerdeki klinik yetkinlikleri temel olarak şöyledir;

- Muayene tanı ve tedavi planı
- Periodontal indeks alma ve değerlendirme
- Cerrahi olmayan periodontal tedavi
- Oklüzal düzenleme. (<http://www.yok.gov.tr>, Erişim tarihi : 16 Ekim 2017)

#### **4.4. Hastaların Periodontal Hastalık Konusundaki Farkındalığı**

Norveç'te 1987 yılında yapılan bir çalışmada, diş hekimliği fakültesi periodontoloji bölümünden randevu almış olan hastalar arasından rastgele bir seçim yapılarak, seçilen bu grubun periodontal farkındalığı, bu konudaki bilgisi ve önceden görmüş oldukları periodontal tedavilerin niteliği değerlendirilmiştir. Oluşturulan 124 kişilik grupta tedavi öncesi bir dental hijyenist görüşmüştür. Hastaların yaklaşık %68'inin mevcut periodontal hastalıklarından haberdar oldukları ve %78'ine ise tedavi olanaklarıyla ilgili hiçbir bilgi verilmediği araştırmacılar tarafından tespit edilmiştir. Katılımcıların %90'ı daha önceden herhangi bir periodontal tedavi görmediklerini belirtmişlerdir (Lie ve Mellinger, 1987).

Eke ve Dye (Eke ve Dye, 2009) tarafından 2009 yılında 456 erişkin bireye diş ve dişeti sağlığı ile ilgili sekiz adet soru sorulmuş ve ardından tüm ağız periodontal muayeneleri Ulusal Sağlık ve Beslenme Tarama Çalışmasının protokollerine uygun olarak yapılmıştır. Katılımcıların kendi beyanları, klinik muayene sonuçları, diş kaybı, dişlerin durumu ve demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmacılar çalışmada dişeti hastalığı, diş kaybı ve dişlerin durumu ile kişilerin kendi beyanlarına dayalı verilerin, en çok şiddetli periodontitisin tahmininde etkili olduğu ve bu

etkinliğin demografik ve risk faktörü değişkenlerinin eklenmesiyle birlikte güçlendiğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca bu çalışmada araştırmacılar soruların kültürel yapısının, teknik terimlerin ve dilin zor anlaşılmasının soru-cevap tabanlı kişisel beyana dayalı çalışmaları etkileyen önemli faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir.

LaMonte ve ark. (LaMonte ve ark., 2014) yayınlamış olduğu çalışmada, kişilerin kendilerine ait periodontal hastalık beyanlarının doğruluğunu araştırmışlardır. Çalışmaya 53-83 yaşları arasındaki 972 menopoz sonrası dönemdeki kadın katılmış, başlangıçta (1997'den 2001'e) ve takibinde (2002'den 2006'ya) tüm ağız muayeneleri yapıp sondlama derinliği, K.A.K. seviyesi ölçümleri ve radyografiler alınmış, periodontal hastalık tanısı koyulduğunu beyan eden katılımcıların daha kötü periodontal bulgulara sahip oldukları tespit edilmiştir. Araştırmacılar çalışma sonuçları ışığında düzenli diş hekimi kontrolüne giden menopoz sonrası kadınlara sorulacak basit bir soru ile periodontal hastalığın orta düzeyde teşhis edilebileceğini belirtmişlerdir.

Spesifik kişisel beyana dayalı ağız sağlığı verilerinin, şiddetli periodontitisin toplumdaki prevalansını tahmin etmede umut verici bir kaynak olduğu ve bu sonucun da daha önceden yapılmış olan ulusal taramalardaki değerlendirmelerle paralellik gösterdiğini belirtilmiştir. Araştırmacılar kişilerin kendi beyanlarına dayalı verilerin, klinik muayenelerin yapılmasının mümkün olmadığı ulusal, şehir ve daha lokal bölgelerde periodontitisin değerlendirilme potansiyelini arttırabilecek, maliyet açısından da çalışmalarda rahatlık sağlayabilecek ve bu sayede periodontitisle ilgili geniş çaplı çalışmalara imkan verebilecek bir yöntem olabileceği kanaatine varmışlardır (Eke ve Dye, 2009).

#### **4.5. Genel Diş Hekimlerinin Periodontal Teşhis ve Tedavideki Rolü**

G.D. hastalıklarının yapısı ve periodonsiyumu nasıl etkiledikleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Periodontal hastalıkları doğru tanı koyarak sınıflandırabilmeli ve doğru tedaviyi uygulayabilmelidir. Kendi sınırlarını bilmeli ve ne zaman bir uzmana yönlendirme yapacağına doğru karar vermelidir. Böylece toplumun çok büyük kısmını etkileyen ve yaygın olarak gözlenen periodontal hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde gerekli rolü üstlenmiş olacaktır.

A.B.D.'de yapılan epidemiyolojik çalışmalar (Beck ve ark., 1987; Oliver ve Heuer, 1995), periodontal hastalık görülme sıklığıyla tedavi gören hasta miktarı arasında bir tutarsızlık olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalara göre, periodontal hastalığı olan insanların büyük kısmının tedavisinin yapılmadığı ortaya konmuştur. Diğer bir araştırmaya göre, çalışma grubundaki hastaların yalnızca %3'lük bir kısmına başlangıç periodontal tedavi yapıldığı belirtilmiştir (Caton ve ark., 1989). Özel muayenehane koşullarında, G.D.'ler hastalarının başka bir muayenehaneye gitmelerini istemedikleri, tedavi basamaklarının artmasına bağlı sürenin uzamasından endişe etmeleri ve bunun yanında G.D.'lerin bilgi eksikliklerinden dolayı periodontal hastalıkların tedavi edilmeden kalabildiği belirtilmiştir (Caton ve ark., 1989).

Periodontal hastalıkların teşhisinde ve hastaların yönlendirilmesinde G.D.'nin rolü çok büyüktür. Periodontal hastalık teşhis edildiğinde G.D. hastayı bir periodontoloğa yönlendirmelidir (Kratenstein, 1989; Friedman ve Atchison, 1993; AAP, 2000; Park ve ark., 2011). Daha önce yapılan çalışmalara göre yönlendirme sürecini etkileyen en önemli faktörün, uzmanın mesleki yeterliliği olduğu görülmüştür (Betof ve ark., 1985; Goldenberg, 1992; Kinchen ve ark., 2004).

Periodontal hastalığın tanısında olduğu kadar tedavisinde de etkin bir rolü olan G.D., yönlendirmeye karar verirken en ideal ve hastaya en faydalı olacak tedaviyi hedeflemelidir. Bu G.D.'nin etik sorumluluğudur (Kratenstein, 1989). Her G.D. ne zaman tedavi yapacağına ve ne zaman periodontoloğa başvuracağına karar vermelidir. Bunun için G.D., kendi beceri düzeyini ve tedavi tercihlerini açık bir şekilde değerlendirmelidir (Jeffcoat, 1993).

G.D., tedavi etme veya yönlendirme kararında rahat olmalıdır. Bilgilerini sürekli güncel tutarak, yeni tedavi yöntemleri konusunda bilgilenmeli ve hastalarını bu yöntemler ile ilgili de bilgilendirmelidir. Yeni ve farklı tedavi yöntemleri ile ilgili kurslar G.D.'nin periodontal hastalıklar ve tedavileri konusunda kendisini nelerin beklediğini anlamasına imkan tanımaktadır (Wilson, 1992).

Diş hekimliğinin diğer alanlarında olduğu gibi periodontal hastalık tedavisinde de birçok ilerleme olmuştur. Yönlendirme süreci aslında iki hekimin iletişiminden ibarettir (Wilson, 1992). G.D. uzmana ne istediğini açıkça iletmelidir. Günümüz teknolojisi sayesinde e-posta, anlık mesaj programları ve mobil uygulamalar yoluyla

iki kişi arasında anında iletişim kurulabilmektedir. Dijital radyografiler veya taranmış olan radyografiler çok hızlı bir şekilde iletilebilmektedir. Hasta ile ilgili uzmana aktarılan bilgi ne kadar çok olursa, uzmanın vakayı en iyi şekilde ele alma şansı o kadar fazladır.

Arşivleme ve hasta kayıtlarını tutma konusunda gösterilen hassasiyet bu durumda daha da önem kazanmaktadır. Klinik kayıtlar açık ve eksiksiz olmalıdır. Hastanın ağız içi fotoğrafları, ölçüleri ve radyografileri olmazsa olmaz kayıtlar olup, uzmanın, kendisine hasta yönlendiren hekimin endişelerini ve beklentilerini anlamasına yardımcı olabilir. Uzman, eksiksiz bir periodontal arşivleme yapacak olsa da, G.D.'nin oluşturduğu hasta bilgilerinin bir kopyası uzmana bu konuda yardımcı olacaktır (Wilson, 1992).

G.D., uzmana mümkün olduğuunca fazla bilgi sağlamakla sorumludur. Hastalardan anamnez alınırken, tüm detaylar en ince ayrıntısına kadar sorgulanmalıdır. Çünkü hastalar hekim için önemli olan detaylardan habersizdir ve verdikleri bilgiler genellikle yüzeysel ve eksiktir. Dolayısıyla dental ve sistemik anamnez tüm detaylarıyla sorgulanmalıdır. Hastanın tıbbi geçmişi, kullandığı ilaçlar, bulaşıcı hastalıkları uzmana eksiksiz aktarılmalıdır. Hastasını uzun süredir takip eden ve onunla ilgili bilgi sahibi olan G.D., çoğu zaman hastadan çok daha iyi anamnez verebilmektedir. Aynı hassasiyetin uzmana yönlendirme yaparken gösterilmesi, uzmanın bu hastaları değerlendirmesi, tedavi etmesi ve yönetmesi konusunda faydalı olacaktır. Hastanın sosyo-ekonomik durumu ile ilgili bilgiler de uzmanın hasta ile iletişimine ve hastaya yapılacak tedavi planının şekillenmesine yardımcıdır (Wilson, 1992).

G.D.'den uzmana gönderilen radyografiler orjinali kadar iyi teşhis değerine sahip olmalıdır. Radyografilerin teşhis değerini, uzmana gönderilirken fotoğraf çekme aşamasında ve elektronik ortamda postalanma aşamasında azalabilmektedir. Sebebi görüntü kalitesinin bu aşamalarda teknik sebeplerle azalmasıdır. Bu durumda küçük detaylar uzmana gelene kadar kaybolabilmekte ya da uzmanın gözünden kaçabilmektedir. Yani bilgilerin ve özellikle ağız içi fotoğraflar ve radyografilerin aktarılması aşamasında standardizasyon sağlanmalı, yüksek kalite standartlarına ulaşmaya çalışılmalıdır (Wilson, 1992).

G.D.'nin tedavinin hızla tamamlanması talebi, özellikle periodontologların en büyük şikayetidir. İyi bir hasta motivasyonu ile bile, iyi periodontal tedavi zaman alır. Başlangıç tedavisi, cerrahi müdahale ve iyileşme belirli bir süre gerektirir. Hastanın işbirliği olmadan, bu süre daha da uzayabilir. Sabırla yapılan periodontal tedavinin sonucunda daha iyi restoratif işlemler yapılacak ve bu hem G.D.nin, hem uzmanın hem de hastanın yararına olacaktır (Wilson, 1992).

Uzmandan tedavisini sınırlamasını isteyen diş hekimleri, uzmanlar için zorluk yaratmaktadır. Kimi zaman periodontologdan belirli bir alana tedavi yapması ve ağzın geri kalan kısmını görmezden gelmesi istenir. Bu sıklıkla "reçeteli periodontoloji" olarak bilinir (Glicksman, 2001). Tedavi ihtiyaçları tam olarak karşılanmadığından, hem uzman yaptığı işten memnun olmaz hem de hastanın hem genel hem de periodontal sağlığı hiçe sayılmış olur. Periodontal hastalığın teşhis ve tedavisinde başarısızlık, hastalara da hukuki işlem başlatma hakkı yaratır. Yönlendiren G.D.'nin, uzmana yönlendirilen hastaların tüm periodontal problemlerini teşhis ve tedavi etmesine izin vermesi sorumluluğu vardır. Tedavi planı hasta ihtiyaçlarını ve G.D.'nin kendi tedavi planını destekler nitelikte ancak hiçbir detayı göz ardı etmeden ve hastanın bütün periodontal tedavi ihtiyacını gözetecek şekilde yapılmalıdır.

Hastalar G.D.'nin onlara anlattığından daha fazla şey bilmek isterler. Yönlendiren hekim başlangıç tedavisinden bahsedebilir, ancak daha ileri tedavi planları periodontolog tarafından kurgulanmalı ve hastaya aktarılmalıdır (Glicksman, 2001). G.D. ve periodontolog hastaya bilgi vermeden önce birlikte konsültasyon yapmalı ve fikir birliği sağlandıktan sonra hastayla görüşülmelidir.

G.D.'nin yönlendirdiği uzmana büyük güven duyduğundan emin olması ve hastaya da bu güveni hissettirmesi önemlidir. Bunun için her hastayı yalnızca bir periodontoloğa yönlendirmek akılcı olmaktadır (Wilson, 1992). Birlikte çalışılan uzmanı çok sık değiştirmek hastaların güvenini azaltmaktadır. Hastaya uzmanın becerileri ve eğitimi hakkında bilgi verilmelidir. Çünkü güven inşası G.D. ile başlar, geldiği uzmana güvenen hastanın güvenini muhafaza etmek daha kolay olur. Hem G.D.'ne hem de uzmana güvenen bir hastanın gözünde başından sonuna kadar bütün tedavi daha profesyonel görünür.

Periodontolog ve yönlendiren G.D. arasındaki iletişim açık ve net olmalıdır. Bir hasta bir uzmana gönderildiğinde, yönlendiren hekim neler olup bittiğini bilmek istemektedir (Levine, 1990). Hastanın isteklerini bilmek ve bu istekler doğrultusunda anlaşmak çok önemlidir. Mektuplar, fakslar, e-posta ve telefon görüşmeleri bu amaçla kullanılabilir. Ancak yüz yüze görüşmeler daha etkilidir. Hekimler bir araya gelip ellerindeki veriler ile yüz yüze konsültasyon yaptıklarında daha iyi tedavi planı yaparlar. Özellikle birden fazla uzman tedavide aktif olarak rol alacaksa yüz yüze görüşme daha da önem kazanır.

#### **4.6. Periodontal Yönlendirme Sürecini Etkileyen Faktörler**

Periodontal hastalıkların çeşitliliği, hastalığın şiddeti, uygulayıcıların klinik yeterlilik düzeyleri, hastanın tedaviyi kabul edip etmemesi gibi etkenler nedeniyle hastaların bir periodontoloğa yönlendirilmesine ilişkin kesin kurallar ve sınırlar oluşturmak zordur. Belirli kurallar ve sınırlar olmadan, hastanın tedavisi konusunda G.D. ve periodontolog arasında bir anlaşmazlık oluşabilir (Dockter ve ark., 2006).

Kuzey Amerika'da periodontologlar G.D.'nin yönlendirmesi yoluyla hastalara ulaşmaktadır (Park ve ark., 2011). Bu durum ülkemizde olduğundan biraz daha farklıdır. Kuzey Amerika'daki mevcut sağlık sigortası sistemi hastaların 6 ayda bir diş hekimine kontrole gitmelerini zorunlu kılmaktadır. Hastanın periodontal sorunları yapılan bu rutin kontrollerde teşhis edilmekte ve hastalar ancak G.D.nin yönlendirmesi sonrasında periodontologlara ulaşmaktadır.

Yine Kuzey Amerika'da G.D. devlet tarafından eyalet ve şehirlerdeki ihtiyaca göre doğru yerlerde konumlandırılmaktadır. Böylece G.D. muayenehanelerini ya da kliniklerini işletmekle ilgili ya da hasta bulmakla ilgili endişelerden arınmaktadır. Dolayısıyla daha huzurlu bir çalışma ortamında ideal tedavi planları yapmakta ve hastalarına en doğru seçenekleri sunmaktadır.

G.D.'nin aldığı eğitim ve periodontal hastalıklar hakkındaki bilgisi büyük önem taşımaktadır. Darby ve ark. (Darby ve ark., 2005) yaptıkları 285 G.D.'ni içeren anket çalışmalarında çoğu diş hekiminin gingivitis ve başlangıçtaki periodontitisi teşhis ve tedavi etmek konusunda kendine güvendiklerini bildirmiştir. Ancak, anket yapılan G.D.'lerin sadece %61.9'unun agresif periodontitisin teşhisini tam olarak

koyabileceklerinden emin olduğu görünürken, agresif periodontitisin tedavisinden emin olan hekimlerin oranının %36 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara ve diğer bulgulara dayanarak, G.D.'lerin yönlendirme sürecinde eğitim düzeyinin rolünün büyük olduğu söylenebilir.

Linden ve ark. (Linden, 1998; Linden ve ark., 1999) G.D.'ler arasında yönlendirme ile ilgili olarak önemli farklar bulunduğunu tespit etmişlerdir. Standart bir yönlendirme protokolü oluşturmak adına İngiliz Periodontoloji Derneği 2002'de çok ayrıntılı Yönlendirme Politikası ve Tedavi Parametreleri yayınlamıştır (Dowell ve ark., 2002). Aynı amaçla Amerikan Diş Hekimleri Birliği ve American Periodontoloji Akademisi'nin Periodontal Tarama ve Kayıt adlı evrensel bir tarama aracı geliştirme çabaları olmuş ve şiddetle eleştirilmiştir (Charles ve Charles, 1994). Vakaların periodontal tanısının G.D.'lerine ilk ziyaretinde yapılması, G.D.'lerin periodontal hastalığın doğru teşhis ve tedavisi için tam bir anamnez ve muayene yapması, cep derinliklerini kaydetmesi hususunda fikir birliğine varılmıştır (Starr ve Collins, 1999).

Yönlendirme sürecini kolaylaştırmak ve geliştirmek için, hasta yönlendirme ile ilgili klinik yönergeler A.B.D.'de Genel Diş Hekimliği Akademisi tarafından yayımlanmıştır (Trovato, 2003). Bu yönergeler, hastalık süreci ve birey üzerindeki etkisi yeterince anlaşılmadan bir hastalığı tedavi etmenin uygun olmadığını ileri sürmüştür.

Park ve ark. (Park ve ark., 2011) 2011 yılında A.B.D.'nin birçok eyaletinde yaptıkları anket çalışmasında, yönlendirme sürecini etkileyen faktörleri hem G.D.'lerin hem de periodontologların bakış açısından değerlendirmişlerdir. G.D.'lere göre yönlendirme sürecinde kararlarını etkileyen en önemli faktörlerin sırasıyla; uzmanın klinik becerileri, G.D. ve uzman arasında daha önceki olumlu deneyimler, uzmanın iletişim yetenekleri, uzmanın hastalar ile uyumu, G.D. ve uzmanın benzer çalışma felsefesini paylaşmaları olduğu görülmüştür.

Literatürde bu konuyla ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu saptanmıştır. Bu alandaki boşluğun doldurulmasına yönelik çalışmaların planlanması gerekmektedir.



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Çalışmanın Onayı**

Araştırma protokolü Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunuldu ve 27.11.2015 tarih ve 09.2015.391 numaralı protokol kaydı ile onaylandı (Ek 1).

### **5.2. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması**

Çalışmamızın evrenini Türk Diş Hekimleri Birliği'nin 19-21 Mayıs 2016 tarihlerinde İzmir'de düzenlediği 22. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresine Türkiye'nin birçok şehirden katılan G.D.'ler ve Türk Periodontoloji Derneği'nin aynı yıl 5-7 Mayıs tarihlerinde Ankara'da düzenlediği 45. Türk Periodontoloji Derneği Bilimsel Kongresine katılan periodontologlar oluşturmaktadır. Kongre tarihlerinden üç gün önce kongre organizasyon sekreterlikleriyle iletişime geçilmiş ve katılımcı sayılarının 1632 ve 308 olduğu öğrenilmiştir. Hata oranı %5 ve güç %90 olarak alınmış,  $\alpha$  değeri 0.05 kabul edilmiştir. Bu verilere göre her iki grup için örneklem büyüklüğü periodontologlar için 120 ve G.D.'ler için 225 olarak hesaplanmıştır.

### **5.3. Anketin İçeriği**

Ankette yer alan sorular daha önce yapılan çalışmalardan elde edildi. Anket toplam 33 sorudan oluşmaktaydı (Zemanovich ve ark., 2006; Park ve ark., 2011). İlk kısım cinsiyet, meslekte geçen süre ve çalışma saatleri gibi demografik bilgilerin toplandığı 8 sorudan oluşmaktaydı. İkinci kısımda ise hastaların hangi işlemleri için periodontologlara yönlendirildiğinin bilgisinin alındığı 11 soru yer alıyordu. Son kısımda ise periodontal yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin, arz ettiği önem derecesine göre Likert ölçeğinde 1-5 arası puanlandırıldığı 14 soru yer alıyordu (Ek 2).

### **5.4. Çalışma Planı**

Her iki kongrenin organizasyon komitelerinden gerekli izinler alındıktan sonra her kongrenin katılımcı sayıları belirlendi. Katılımın ve talebin yoğun olduğu

oturumların girişlerinde anketler rastgele elden dağıtıldı. Oturum başkanları tarafından çalışma hakkında sözlü bilgilendirme yapıldı. Çalışmaya katılmak isteyenlerin bilgilendirilmiş onam formlarını okuyup imzalaması istendi (Ek 3). Tüm soruların eksiksiz doldurulmasının gerekliliği belirtildi ve oturumların sonunda anketler toplandı.

### 5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- T.C. vatandaşı olması
- Gönüllü olması,
- G.D. grubunda yer alan bireylerde, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yer alan diş hekimliği fakültelerinden birinden mezun olmuş olması, mesleğini Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde icra ediyor olması,
- Periodontologlar grubunda yer alan bireylerde, uzmanlık/doktora eğitimini tamamlamış olması ve mesleğini Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde icra ediyor olması,
- Tüm soruları eksiksiz doldurmuş olması şartı arandı.

### 5.6. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS 20\* paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum gibi tanımlayıcı istatistik kullanıldı. Gruplar arası verilerin dağılımının değerlendirilmesinde *Mann-Whitney U* ve *T-Test* testi kullanıldı. Verilerin gruplar arasındaki farklarını değerlendirmek için *Chi-square* ve *Fisher's exact* testleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve istatistiksel anlamlılık  $P < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi. Rölatif risk değerlendirmesi *Chi-square* testi kullanılarak yapıldı.

## 6. BULGULAR

Çalışmamıza katılmayı kabul eden 460 G.D.'den 257 tanesi anketi eksiksiz olarak tamamladı. Buna göre G.D.'lerin geri dönüş oranı %55'ti. Çalışmamıza katılmayı kabul eden 241 periodontolog vardı. Bunların 183 tanesi anketi eksiksiz doldurdu ve geri dönüş oranı %75'ti. Anketi eksiksiz tamamlayanlardan 63 tanesi uzmanlık/doktora eğitimini sürdürdüğü için çalışmamıza dahil edilmedi. Kalan 120 periodontolog içerisinde 49 tane akademisyen olduğu tespit edildi.

### 6.1. Genel Diş Hekimi ve Periodontologların Demografik Verilerinin Dağılımının Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi

G.D. ve periodontologların demografik dağılımının karşılaştırması tablo 6.1'de gösterilmiştir.

G.D.'lerin %32,4'ü erkekti. Periodontologların da %32,5'inin erkek olduğu gözlemlendi. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ( $P=0,978$ ).

Meslekte >10 yıl geçirilen süre oranı G.D.'lerde periodontologlara göre istatistiksel olarak daha fazlaydı. (sırasıyla %91,1 ve %47,5), ( $P=0,000$ ).

G.D.'lerin %63,8'i diğer şehirlerden katılırken, periodontologların %68,3'ü Türkiye'nin üç büyük şehrinde katılmaktaydı. Mesleğin icra edildiği bölge açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ( $P=0,000$ ).

Tek başına çalışan, 2 kişi çalışan G.D. oranı, periodontologlardan anlamlı şekilde yüksekken, 2'den fazla diş hekimiyle çalışan periodontologların oranı G.D.'lere göre anlamlı şekilde fazlaydı ( $P=0,000$ ).

Haftada >40 saat çalışan periodontolog oranı G.D.'lere göre anlamlı şekilde fazlayken, 33-40 saat çalışan periodontolog sayısı G.D.'lere göre anlamlı şekilde azdı (sırasıyla %37,5 ve %63,8), ( $P=0,000$ ).

Hem G.D. hem de periodontologların büyük çoğunluğu haftada 60'tan az yeni hasta muayene eden katılımcılardan oluşmaktaydı. 61-80 arası yeni hasta muayene G.D. oranı periodontologlara göre anlamlı olarak fazlayken ( $P=0,001$ ), 80'den fazla

yeni hasta muayene edenlerin oranı periodontologlarda istatistiksel olarak yüksek tespit edildi ( $P=0,000$ ).

Bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendiren G.D. sayısı ile kendisine bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirildiğini belirten periodontolog sayısı arasında anlamlı farklılık tespit edildi ( $P=0,000$ ).

**Tablo 6.1.** Genel diş hekimleri ve periodontologların demografik ve yönlendirme verilerinin karşılaştırmalı değerlendirilmesi

	G.D. N (%)	Periodontolog N (%)	$P^a$	$P^b$
<i>Cinsiyet</i>				
Erkek	96 (37,4)	45 (37,5)		0,978
Kadın	161 (62,6)	75 (62,5)		
<i>Meslekte geçirilen süre (yıl)</i>				
<6	23 (8,9)	23 (19,2)	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>
6-10	0 (0)	40 (33,3)		<b>0,000</b>
>10	234 (91,1)	57 (47,5)		<b>0,000</b>
<i>Mesleğinizi icra ettiğiniz bölge</i>				
İstanbul/Ankara/İzmir	93 (36,2)	82 (68,3)		<b>0,000</b>
Diğer Şehirler	164 (63,8)	38 (31,7)		
<i>Çalışma şekli</i>				
Tek başına	118 (45,9)	17 (14,2)	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
2 diş hekimi	93 (36,2)	9 (7,5)		<b>0,000</b>
>2 diş hekimi	46 (17,9)	94 (78,3)		<b>0,000</b>
<i>Haftalık çalışma saatleri</i>				
<25	0 (0)	11 (9,2)	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
25-32	23(8,9)	13 (10,8)		0,562
33-40	164 (63,8)	45 (37,5)		<b>0,000</b>
>40	70 (27,2)	51 (42,5)		<b>0,003</b>
<i>Haftalık muayene edilen yeni hasta sayısı</i>				
≤40	139 (54,1)	53 (44,2)	<b>0,000</b>	0,073
41-60	48 (18,7)	29 (24,2)		0,218
61-80	47 (18,3)	7 (5,8)		<b>0,001</b>
≥81	23 (8,9)	31 (25,8)		<b>0,000</b>
<i>Periodontoloğa hasta yönlendiriyor musunuz?/Genel diş hekimleri size hasta yönlendiriyor mu?</i>				
Evet	257 (100)	119 (99,2)		0,143
Hayır	0 (0)	1 (0,8)		
<i>Bir ayda kaç hastanızı yönlendiriyorsunuz?/Size bir ayda kaç hasta yönlendiriliyor?</i>				
0-2	94 (36,6)	15 (12,5)		<b>0,000</b>
≥3	163 (63,4)	105 (87,5)		
<b>Toplam</b>	<b>257</b>	<b>120</b>		

<sup>a</sup>Ki-kare testi, <sup>b</sup>Fischer's exact testi,  $P<0,05$ , G.D.: Genel diş hekimi

## 6.2. Periodontologlara Yönlendirilen İşlemlerin Genel Diş Hekimi Ve Periodontologlar Arasında Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi

G.D.'lerin hastalarını hangi işlemler için yönlendirdiği, periodontologlara ise hangi işlemler için hasta yönlendirildiği tablo 6.2'de gösterilmektedir.

“Lokale periodontal hastalık tedavisi amacıyla” ve “implant uygulaması amacıyla” periodontal yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı ile kendilerine bu amaçlarla yönlendirme yapıldığını belirten periodontologların oranı birbirine benzerdi (sırasıyla  $P=0,776$  ve  $P=0,158$ ).

“Periodontal tedavi planlaması için konsültasyon amacıyla” periodontal yönlendirme yapan G.D.'ler (42,9%) ile bu amaçla hasta kabul eden periodontologlar (57,1%) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ).

“Kapsamlı ilk muayene amacıyla” periodontal yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı (%29,6) ile periodontologların oranı (%43,3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,009$ ).

“Başlangıç tedavisi amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ). G.D.'lerin %12,5'i başlangıç tedavisi amacıyla yönlendirme yaptığını vurgularken, periodontologların yaklaşık yarısı (%49,2) aynı amaçla kendilerine yönlendirme yapıldığını belirtmektedir.

“Generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,001$ ). G.D.'lerin yarısından fazlası (%71,6) generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla yönlendirme yaptığını bildirirken, periodontologların tamamına yakını (%87,5) aynı amaçla hasta kabul ettiğini vurguladı.

“Kron boyu uzatma işlemi amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ). G.D.'lerin 1/10'ine yakını (%9,7) bu amaçla hasta yönlendirdiğini vurgularken, periodontologların yarısından fazlası (%68,3) aynı amaçla kendilerine hasta yönlendirildiğini belirtmektedir.

**Tablo 6.2.** Genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirdiği işlemlerin genel diş hekimleri ve periodontologlar açısından dağılımının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi

İşlemler	G.D. N (%)	Periodontolog N (%)	$P^{\alpha}$
Periodontal tedavi planlaması için konsültasyon amacıyla	101 (39,3)	76 (63,3)	<b>0,000</b>
Kapsamlı ilk muayene amacıyla	76 (29,6)	52 (43,3)	<b>0,009</b>
Başlangıç tedavisi amacıyla	32 (12,5)	59 (49,2)	<b>0,000</b>
Generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla	184 (71,6)	105 (87,5)	<b>0,001</b>
Lokalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla	174 (67,7)	83 (69,2)	0,776
Kron boyu uzatma işlemi amacıyla	25 (9,7)	82 (68,3)	<b>0,000</b>
Estetik periodontal plastik cerrahi amacıyla	52 (20,2)	91 (75,8)	<b>0,000</b>
İmplant uygulaması amacıyla	96 (37,4)	54 (45)	0,158
Kemik grefti uygulaması amacıyla	47 (18,3)	82 (68,3)	<b>0,000</b>
Yumuşak doku grefti uygulaması amacıyla	70 (27,2)	78 (65)	<b>0,000</b>
İkinci bir görüş edinmek amacıyla	46 (17,9)	33 (27,5)	<b>0,033</b>
Toplam	257	120	

<sup>a</sup>Ki-Kare testi,  $P < 0,05$ , G.D.: Genel diş hekimi

“Estetik periodontal plastik cerrahi amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ). G.D.’lerin %20,2’si bu amaçla hasta yönlendirdiğini, periodontologların %75,8’i aynı amaçla kendilerine hasta yönlendirildiğini vurguladı.

“Kemik grefti uygulaması amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ). G.D.’lerin %18,3’ü bu amaçla hasta yönlendirdiğini, periodontologların ise %68,3’ü kendilerine aynı amaçla hasta yönlendirildiğini vurguladı.

“Yumuşak doku grefti uygulaması amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,000$ ). G.D.’lerin

%27,2'si bu amaçla yönlendirme yaptığını, periodontologların %65'i aynı amaçla hasta yönlendirildiğini belirtti.

“İkinci bir görüş edinmek amacıyla” yapılan yönlendirmeler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $P=0,033$ ). G.D.'lerin %17,9'u bu amaçla yönlendirme yaparken, periodontologların %27,5'i aynı amaçla yönlendirme yapıldığını vurguladı.

### **6.3. Periodontal yönlendirme sürecini etkileyen faktörlere ait puanlamaların genel diş hekimleri ve periodontologlar arasında karşılaştırmalı değerlendirilmesi**

Bu faktörlerin aldığı değerlerin ortalaması tablo 6.3'te görülmektedir.

“Uzmanın klinik becerileri” faktörüne G.D.'lerin verdiği puanların ortalaması ( $4,46\pm 1,23$ ) periodontologlarınkine göre ( $4,52\pm 0,72$ ) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,000$ ).

“Uzman ile G.D. arasında geçmişteki olumlu tecrübeler” faktörüne G.D.'ler tarafından verilen puanların ortalaması ( $4,10\pm 1,23$ ) periodontologlarınkine göre ( $4,12\pm 1,06$ ) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,003$ ).

“Uzmanın iletişim yeteneği” faktörüne G.D.'lerin verdiği puanların ortalaması ( $4,01\pm 1,20$ ) periodontologlarınkine göre ( $4,03\pm 0,91$ ) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,001$ ).

“Uzman ve hastanın uyumu” faktörüne verilen puanların ortalaması, iki grup arasında benzerdi ( $P=0,087$ ).

“Uzman ve G.D.nin benzer çalışma felsefesini paylaşması” faktörüne verilen puanların ortalamaları iki grup arasında benzerdi ( $P=0,440$ ).

“Uzmanın hastaları makul bir zamanda geri yönlendirmesi” faktörüne verilen puanların ortalamaları iki grup arasında benzerdi ( $P=0,219$ ).

“Diş hekimliği camiasında uzmanın itibarı” faktörüne G.D.'lerin verdiği puanların ortalaması ( $3,00\pm 1,35$ ) periodontologlarınkine göre ( $3,64\pm 0,96$ ) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,000$ ).

“Uzmanın hastaları makul bir sürede kabul etmesi” faktörüne G.D.’lerin verdiği puanların ortalaması (3,26±1,28) periodontologlarınkine göre (3,57±0,99) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,010$ ).

“Uzmanın ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması” faktörüne verilen puanların ortalaması iki grup arasında benzerdi ( $P=0,089$ ).

“Uzmanın ofisinin sağladığı kolaylıklar (park yeri, çalışma saatleri ve ofis konumu)” faktörüne verilen puanların ortalaması iki grup arasında benzerdi ( $P=0,352$ ).

“Uzmanın çalışma kulüplerinde ve süregelen eğitim kurslarında olması” faktörüne G.D.’lerin verdiği puanların ortalaması (3,07±1,44) periodontologlarınkine göre (3,38±1,16) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,003$ ).

“Uzmanın yeni hastalar yönlendiriyor olması” faktörüne G.D.’lerin verdiği puanların ortalaması (2,36±1,43) periodontologlarınkine göre (3,14±1,27) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,000$ ).

“Uzmanla G.D. arasındaki sosyal iletişim” faktörüne G.D.’lerin verdiği puanların ortalaması (3,65±1,22) periodontologlarınkine göre (3,77±1,07) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,019$ ).

“Uzmanın bir öğretim kurumunda görev yapıyor olması” faktörüne G.D.’lerin verdiği puanların ortalaması (1,91±0,90) periodontologlarınkine göre (3,98±0,91) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,000$ ).



**Tablo 6.3.** Periodontal yönlendirme sürecini etkileyen faktörlere ait puanlamamın genel diş hekimleri ve periodontologlar arasında karşılaştırmalı değerlendirilmesi

<b>Faktörler</b>	<b>G.D. Ort.±S.S.</b>	<b>Periodontolog Ort.±S.S.</b>	<b>P<sup>a</sup></b>
Uzmanın klinik becerileri	4,46±1,23	4,52±0,72	<b>0,000</b>
Uzman ile genel diş hekimi arasında geçmişteki olumlu tecrübeler	4,10±1,23	4,12±1,06	<b>0,003</b>
Uzmanın iletişim yeteneği	4,01±1,20	4,03±0,91	<b>0,001</b>
Uzman ve hastanın uyumu	4,09±1,16	3,95±0,98	0,087
Uzman ve genel diş hekiminin benzer çalışma felsefesini paylaşması	4,10±1,23	3,88±1,18	0,440
Uzmanın hastaları makul bir zamanda geri yönlendirmesi	3,73±1,21	3,72±1,15	0,219
Diş hekimliği camiasında uzmanın itibarı	3,00±1,35	3,64±0,96	<b>0,000</b>
Uzmanın hastaları makul bir sürede kabul etmesi	3,26±1,28	3,57±0,99	<b>0,010</b>
Uzmanın ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması	2,65±1,15	3,27±1,09	0,089
Uzmanın ofisinin sağladığı kolaylıklar (park yeri, çalışma saatleri ve ofis konumu)	2,09±1,08	3,10±1,29	0,352
Uzmanın çalışma kulüplerinde ve süregelen eğitim kurslarında olması	3,07±1,44	3,38±1,16	<b>0,003</b>
Uzmanın yeni hastalar yönlendiriyor olması	2,36±1,43	3,14±1,27	<b>0,000</b>
Uzmanla genel diş hekimi arasındaki sosyal iletişim	3,65±1,22	3,77±1,07	<b>0,019</b>
Uzmanın bir öğretim kurumunda görev yapıyor olması	1,91±0,90	3,98±0,91	<b>0,000</b>

<sup>a</sup>Student's T-test, P<0,05, G.D.: Genel diş hekimi, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

#### **6.4. Genel Diş Hekimlerine Ait Demografik Veriler ile Bir Ayda 2'den Fazla Hasta Yönlendirme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

G.D.'lere ait demografik veriler ile bir ayda 2'den fazla hasta periodontologlara yönlendirme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi tablo 6.4'te görülmektedir.

Kadınların bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, erkeklere göre 17 kat daha fazla olduğu görüldü ( $P=0,000$ ).

Meslek hayatında 10 yıldan daha tecrübeli olanların bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, <6 yıl tecrübeli olanlara göre 2,5 kat azaldığı saptandı ( $P=0,000$ ).

Haftalık çalışma saatleri 40'tan fazla olanların bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, 33-40 saat çalışanlara göre 10 kat daha az olduğu saptandı ( $P=0,000$ ).

Haftada 41-60 yeni hasta muayene eden G.D.'lerin bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, <40 yeni hasta muayene edenlere göre 2 kat daha az olduğu görüldü ( $P=0,000$ ).

Diğer demografik verilerin bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirme eğilimi üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkileri yoktu.

**Tablo 6.4.** Genel diş hekimlerine ait demografik veriler ile bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirmenin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Bir ayda >2 hasta yönlendirenler N (%)	RR	P <sup>a</sup>	%95 GA
<i>Cinsiyet (N=163)</i>				
Erkek	25 (15,3)	1		
Kadın	138 (84,7)	17,3	<b>0,000</b>	9,3-32,5
<i>Meslekte geçirilen süre (Yıl) (N=163)</i>				
<6	23 (14,1)	1		
6-10	22 (13,5)	0,8	0,352	0,4-1,8
>10	118 (72,4)	0,4	<b>0,000</b>	0,2-0,6
<i>Mesleğinizi icra ettiğiniz bölge (N=163)</i>				
İstanbul/Ankara/İzmir	70 (42,9)	1		
Diğer şehirler	93 (57,1)	0,4	0,132	0,2-0,7
<i>Çalışma şekli (N=163)</i>				
Tek başına	71 (43,6)	1		
2 diş hekimi	46 (28,2)	0,3	0,123	0,2-0,6
>2 diş hekimi	46 (28,2)	0,5	0,256	0,3-0,8
<i>Haftalık çalışma saatleri (N=163)</i>				
33-40	140 (85,9)	1		
>40	23 (14,1)	0,1	<b>0,000</b>	0,1-0,3
<i>Haftalık muayene edilen yeni hasta sayısı (N=163)</i>				
<40	116 (71,2)	1		
41-60	24 (14,7)	0,5	<b>0,001</b>	0,2-0,9
61-80	23 (14,1)	0,4	0,185	0,2-0,9

<sup>a</sup>Ki-Kare testi, P<0,05, RR: Rölatif risk, GA: Güven aralığı

## 6.5. Periodontologlara Ait Demografik Veriler ile Kendilerine Bir Ayda 2'den Fazla Hasta Yönlendirilme İlişkisinin Değerlendirilmesi

Periodontologların demografik verileri ile kendilerine bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirilmesi arasında bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 6.5).

**Tablo 6.5.** Periodontologlara ait demografik değişkenler ile kendilerine bir ayda 2'den fazla hasta yönlendirilme olasılığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Bir ayda >2 hasta yönlendirilenler N (%)	RR	P <sup>a</sup>	%95 GA
<i>Cinsiyet (N=105)</i>				
Erkek	40 (38,1)	1		
Kadın	65 (61,9)	0,8	0,784	0,2-2,5
<i>Meslekte geçirilen süre (Yıl) (N=105)</i>				
<6	18 (17,1)	1		
6-10	38 (36,2)	3,6	0,140	0,8-17,3
>10	49 (46,7)	0,7	0,784	0,2-2,2
<i>Mesleğinizi icra ettiğiniz bölge (N=105)</i>				
İstanbul/Ankara/İzmir	74 (70,5)	1		
Diğer şehirler	31 (29,5)	0,4	0,236	0,1-1,4
<i>Çalışma şekli (N=105)</i>				
Tek başına	15 (14,3)	1		
2 diş hekimi	9 (8,6)	0,8	0,600	0,8-0,9
>2 diş hekimi	81 (77,1)	0,9	1,000	0,2-3,0
<i>Haftalık çalışma saatleri (N=105)</i>				
<25	10 (9,5)			
25-32	12 (11,4)	1,8	1,000	0,2-14,9
33-40	36 (34,3)	0,3	0,085	0,1-1,0
>40	47 (44,8)	2,2	0,266	0,6-7,4
<i>Haftalık muayene edilen yeni hasta sayısı (N=105)</i>				
<40	41 (39)	1		
41-60	27 (25,7)	2,2	0,519	0,4-10,6
61-80	7 (6,7)	0,8	0,594	0,8-0,9
>80	30 (28,6)	5,6	0,112	0,7-44,4

<sup>a</sup>Ki-Kare testi, P<0,05, RR: Rölatif risk, GA: Güven aralığı

## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Global ölçekte milyonlarca insanı etkileyen periodontal hastalıklarla ilgili yapılmış birçok epidemiyolojik çalışma mevcuttur (Hugoson ve ark., 1981; Douglass ve ark., 1983; Beck ve ark., 1987; Brown ve ark., 1989; Flemmig ve ark., 1991; Papapanou, 1996; Albandar, 2002). Periodontal hastalıklarla ilgili güncel bilgilere hakim olmak, hastalığı doğru zamanda teşhis etmek ve hastayı periodontologlara yönlendirmek G.D.'lerin sorumluluğundadır. Ancak hem ülkemizde hem de dünya genelinde periodontal yönlendirme süreci ve bu süreci etkileyen faktörlerle ilgili yapılmış az sayıda çalışma vardır (Glicksman, 2001; Zemanovich ve ark., 2006; Park ve ark., 2011).

Araştırmaya 257 G.D. ve 120 periodontolog dahil edildi. Katılımcılara Türk Diş Hekimleri Birliği'nin 2016 yılında İstanbul'da düzenlediği 22. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresinde ve Türk Periodontoloji Derneği'nin 2015 yılında Ankara'da düzenlediği 46. Bilimsel Kongrede yüz yüze ulaşıldı ve anketler bütün katılımcılara elden dağıtıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 460 G.D.'den anketi eksiz dolduranların sayısı 257 ve geri dönüş oranı %55'ti. Çalışmaya katılmayı kabul eden 241 periodontologun 183'ü anketi eksiz tamamladı ve geri dönüş oranı %75'ti. Anketi eksiksiz tamamlayan 183 periodontologtan 63'ü uzmanlık/doktora eğitimine hala devam ettiği için anketleri çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen 120 periodontolog içinden 49 tanesinin akademisyen olduğu tespit edildi. Akademisyenlerin çalışma şekli ve mesleklerini icra ettikleri kuruma bağlı olarak bu verinin çalışmamızı sınırlayabileceğini düşünmekteyiz. Akademik kuruluşlarda, kuruma gelen her hastanın detaylı periodontal muayeneleri yapılmakta ve periodontologlara ulaşım kolaylığı nedeniyle ileri periodontal bilgi ve beceri gerektirmeyen işlemler için de periodontal yönlendirme yapılabilmektedir.

Posta ve telefon gibi iletişim yöntemleriyle tasarlanmış daha önceki anket çalışmalarında gördüğümüz geri dönüş oranı, yüz yüze tasarlanmış anket çalışmalarına göre daha düşüktü (Kinchen ve ark., 2004; Darby ve ark., 2005; Dockter ve ark., 2006; Zemanovich ve ark., 2006; Lanning ve ark., 2007; Park ve ark., 2011). Bu bilgilere dayanarak anketleri elden dağıtıp toplamayı tercih ettik.

Talebin ve katılımın yoğun olduğu oturumlardan önce oturum başkanlarından gerekli izinler alındı. Anketler oturum salonlarının kapısında elden dağıtıldığı ve her katılımcı ankete dahil olmak istemediği için çalışmamızın evrenini oluşturan kongrelerin bütün katılımcıları çalışmaya dahil edilemedi.

Araştırmamızdaki G.D.'lerin %62,6'sı kadın, %37,4'ü erkek ve periodontologların %62,5'i kadın, %37,5'i erkekti. İki gruptaki kadın erkek oranının birbirine yakın olduğu görüldü ( $P>0,05$ ). Elde ettiğimiz sonuç, A.B.D.'de yapılmış çalışmalardan farklıydı. Hem G.D.'lerin hem de periodontologların dahil edildiği benzer bir çalışmada G.D.'lerin %82'si erkek, %18'i kadındı. Periodontologların ise %89'u erkek, %11'i kadındı (Park ve ark., 2011). Yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği benzer bir çalışmada ise katılımcıların %82'si erkek, %18'i kadındı (Zemanovich ve ark., 2006). Bu farkın Türkiye'deki diş hekimlerinin çoğunluğunun kadın olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Türkiye'de daha önce yapılmış Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde 550 öğrencinin tarandığı çalışmada katılımcıların %64,3'ü kadın, %35,7'si erkektir (Kınacı, 2011). Bu verilere göre çalışmamızın evreni Türkiye'yi temsil etmektedir.

Çalışmamızdaki G.D.'lerin tamamına yakını >10 yıl tecrübesi olan katılımcılardı. Periodontologların büyük çoğunluğu ise 6-10 yıl ve >10 yıl tecrübeli katılımcılardı. Gruplar arasında görülen bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P<0,05$ ). A.B.D.'de yapılmış bir çalışmada meslekte geçirdiği süre >10 yıl olan G.D.'lerin oranı çalışmamızla benzer olarak %72 bulunmuştur (Wong ve Braithwaite, 2001).

Türkiye'nin üç büyük şehrinden gelen G.D.'lerin oranını %36,2 ve diğer şehirlerden gelen G.D.'lerin oranını %63,8 olarak bulguladık. Üç büyük şehirden gelen periodontologların oranının %68,3 ve diğer şehirlerden gelen periodontologların oranının da %31,7 olduğunu tespit ettik. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P=0,000$ ).

Çalışmamızdaki G.D.'lerin büyük çoğunluğu tek başına ve iki diş hekimi bir arada çalışanlardı. Periodontologların büyük çoğunluğu ise üçten fazla diş hekimiyle birlikte çalışanlardı. A.B.D.'de hem G.D. hem de periodontologların dahil edildiği bir çalışmada, G.D.'lerin çalışmamızla benzer şekilde çoğunlukla tek başına

çalışanlar olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmamızdan farklı olarak periodontologların büyük çoğunluğu tek başına çalışanlardır. (Park ve ark., 2011). Bu veriler ışığında ülkemizdeki periodontologların ekip halinde, A.B.D.'deki periodontologların ise tek başlarına çalışmayı tercih ettiklerini söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki periodontologların yaklaşık %40'ının akademisyen olmasının, çalışma şeklinde görülen fark üzerinde etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Haftada 33 saatten fazla çalışanlar G.D.'lerin büyük kısmını teşkil ediyordu. Periodontologların büyük çoğunluğu da 33 saatten fazla çalışanlardı. 25-32 saat çalışan G.D.'ler ve periodontologların oranı birbirine yakın bulundu ( $P>0,05$ ). Diğer gruplar için G.D.'ler ve periodontologlar arasında görülen fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P<0,05$ ). Yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği benzer bir çalışmada katılımcıların büyük kısmı haftada 33-40 saat çalışanlardı (Zemanovich ve ark., 2006).

G.D.'lerin büyük çoğunluğu haftada  $\leq 60$  yeni hasta muayene edenlerdi. Periodontologlar için de bu oran benzerdi ( $P>0,05$ ). A.B.D.'de yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu haftada  $>60$  yeni hasta muayene eden katılımcılardır (Zemanovich ve ark., 2006). Bu farkın A.B.D.'deki sağlık sigortası sisteminden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Özel sağlık sigortası sistemi hastaları 6 ayda bir düzenli diş hekimi kontrolü yaptırmaya teşvik etmektedir (Wong ve Braithwaite, 2001). Bu verilere göre A.B.D.'deki G.D.'lerin haftada muayene ettiği yeni hasta sayısının daha yüksek olması normaldir.

Bir ayda  $\geq 3$  hastasını periodontologlara yönlendiren G.D.'lerin oranı %63,4'tü. Kendisine bir ayda  $\geq 3$  hasta yönlendirilen periodontologların oranı %87,5'ti. G.D.'ler ve periodontologlar arasında bir ayda yönlendirilen hasta sayısı açısından görülen bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P=0,000$ ). A.B.D.'de yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarımızla paralel olarak bir ayda  $\geq 3$  hastasını periodontologlara yönlendiren G.D.'lerin oranı %62,2'dir (Zemanovich ve ark., 2006).

Hastalarını periodontal tedavi planlaması için konsültasyon amacıyla periodontologlara yönlendiren G.D.'lerin oranı (%39,3) aynı amaçla kendilerine hasta yönlendirildiğini söyleyen periodontologların oranına (%63,3) göre anlamlı

olarak düşüktü ( $P=0,000$ ). Yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapanların oranı, çalışmamıza yakın olarak %29,3'tür (Zemanovich ve ark., 2006).

Kapsamlı ilk muayene amacıyla periodontal yönlendirme yapan G.D.'ler (%29,6) ve periodontologlar (%43,3) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P=0,000$ ). A.B.D.'deki bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı bizim çalışmamızdan düşük olacak şekilde %19,1 olarak saptanmıştır (Zemanovich ve ark., 2006). Bu sonuçlara göre ülkemizde ve A.B.D.'de kapsamlı ilk muayene amacıyla periodontal yönlendirmeye çok sık ihtiyaç duyulmadığı görülmüştür.

Başlangıç tedavisi amacıyla periodontal yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı (%12,5) aynı amaçla kendilerine yönlendirme yapılan periodontologların oranına göre (%49,2) anlamlı olarak düşüktü ( $P=0,000$ ). A.B.D.'de yapılan bir çalışmada G.D.'lerin bizim sonuçlarımızın yaklaşık 2 katı kadar aynı amaçla yönlendirme yaptıkları tespit edilmiştir (%24,7) (Zemanovich ve ark., 2006). Bu veriler ışığında G.D.'lerin başlangıç periodontal tedavileri kendilerinin yaptıklarını düşünmekteyiz.

Generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla yönlendirme yapan G.D.'ler (%71,6) ve periodontologlar (%87,5) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $P=0,001$ ). Her iki grup içerisinde de en sık generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla yönlendirme yapıldığı görüldü. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı çalışmamızla benzer olarak %78,1'dir (Zemanovich ve ark., 2006).

Lokale periodontal hastalık tedavisi amacıyla yapılan yönlendirmeler her iki grup içerisinde en sık ikinci sırada yapılan yönlendirmeydi. G.D.'ler (%67,7) ve periodontologların (%69,2) oranı birbirine yakındı ( $P=0,776$ ). Yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği A.B.D.'deki bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı %69,3'tür (Zemanovich ve ark., 2006).

Kron boyu uzatma işlemi amacıyla periodontal yönlendirme yapan G.D.'lerin (%9,7) ve periodontologların oranı (%68,3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ( $P=0,000$ ). Yalnızca G.D.'lerin dahil edildiği A.B.D.'deki



bir çalışmada kron boyu uzatma işlemi amacıyla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı %49,5'tir (Zemanovich ve ark., 2006). Bu veriler ışığında ülkemizdeki G.D.'lerin kron boyu uzatma işlemini kendileri yapmayı tercih ettiklerini ya da alternatif tedavi protokollerini tercih ettiklerini söyleyebiliriz.

Estetik periodontal plastik cerrahi amacıyla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı (%20,2) periodontologlara (%75,8) göre anlamlı olarak daha düşüktü ( $P=0,000$ ). A.B.D.'deki bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı çalışmamızla benzer olarak %25,4'tür (Zemanovich ve ark., 2006). Estetik periodontal plastik cerrahi uygulamaları, ileri periodontal tedavilerdendir. Mukogingival deformiteler ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olan periodontologlar tarafından teşhis ve tedavi edilir. Bu verilere göre G.D.'lerin estetik periodontal plastik cerrahi endikasyonlarını koymakta yetersiz kaldıklarını söyleyebiliriz.

İmplant uygulaması amacıyla yönlendirme yapan G.D.'ler (%37,4) ve periodontologların (%45) oranı birbirine benzerdi ( $P=0,158$ ). Yine A.B.D.'de yapılan benzer bir çalışmada da implant uygulaması amacıyla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı %51,9 olarak saptanmıştır (Zemanovich ve ark., 2006). Bu veriler ışığında G.D.'lerin implant uygulamalarını kendilerinin yapmayı tercih ettiğini düşünmekteyiz.

Kemik grefti uygulaması amacıyla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı (%18,3) periodontologlara (%68,3) göre anlamlı olarak düşük bulgalandı ( $P=0,000$ ). Zemanovich'in (Zemanovich ve ark., 2006) çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak bu amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı %21,2'dir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'deki periodontologların büyük çoğunluğu mesleklerini Türkiye'nin 3 büyük şehrinde icra etmektedirler. Diğer şehirlerdeki periodontologlar ise ya akademik kuruluşlarda ya da sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda hizmet vermektedirler. Yapılan istatistiksel analizler G.D.'lerin büyük çoğunluğunun diğer şehirlerden geldiğini gösterdi. Mesleklerini icra ettikleri bölgelerde periodontologlara ulaşma şansları metropolitan kentlere göre daha azdır. Bu verilerin ışığında G.D.'lerin kemik grefti uygulaması amacıyla periodontal yönlendirme yapmak yerine, alternatif tedavi protokollerini tercih ettiklerini düşünmekteyiz.

Yumuşak doku grefti uygulaması amacıyla yönlendirme yapan G.D.'ler (%27,2) ve periodontologların oranı (%65) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ( $P=0,000$ ). A.B.D.'deki benzer bir çalışmada bu amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı çalışmamızdan farklı olarak %56,1'dir (Zemanovich ve ark., 2006). Yumuşak doku grefti uygulamaları ileri periodontal uygulamalardır, doğru endikasyon koymak için mukogingival deformiteler ve tedavileri hakkında ileri periodontal bilgi gerektirir. Bu verilerin ışığında G.D.'lerin bilgi ve tecrübe eksikliklerine bağlı olarak yumuşak doku grefti endikasyonlarını gözden kaçırdıklarını söyleyebiliriz.

İkinci bir görüş edinmek amacıyla periodontal yönlendirme yapan G.D.'lerin (%17,9) oranı, aynı amaçla kendilerine yönlendirme yapılan periodontologların oranına (%27,5) göre anlamlı olarak daha düşüktü ( $P=0,033$ ). Çalışmamıza benzer şekilde A.B.D.'deki benzer bir çalışmada aynı amaçla yönlendirme yapan G.D.'lerin oranı %15,2'dir (Zemanovich ve ark., 2006). İki grup arasında görülen anlamlı farka rağmen, ikinci bir görüş edinmek amacıyla yapılan yönlendirmeler hem G.D.'ler hem de periodontologlar grubunda en az yüzdeye sahiptir.

Literatür, periodontal yönlendirme süreci ve sürece etki eden faktörler hakkında çok az bilgi vermektedir. Bu çalışmada periodontal yönlendirme sürecini etkileyen faktörler hem G.D.'ler hem de periodontologlar tarafından Likert ölçeğinde 1-5 arası puanlandı.

Uzmanın klinik becerilerinin iki grup için de yönlendirme sürecini en çok etkileyen faktör olduğu görüldü. G.D.'ler bu faktöre  $4,46\pm 1,23$  ortalama puan verirken, periodontologlar  $4,52\pm 0,72$  ortalama puan verdiler ( $P=0,000$ ). Bu faktör yapılmış A.B.D.'de yapılmış bir çalışmada G.D.'lerden  $4,84\pm 0,41$  ve periodontologlardan  $4,07\pm 0,86$  puan almıştır (Park ve ark., 2011).

Uzman ile G.D. arasında geçmişteki olumlu tecrübeler G.D.'lerden ortalama  $4,10\pm 1,23$  puan alırken, periodontologlardan  $4,12\pm 1,06$  ortalama puan aldı. Gruplar arasında görülen bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $P=0,003$ ). Uzman ile G.D. arasında geçmişteki olumlu tecrübeler her iki grup için yönlendirme sürecini etkileyen en önemli ikinci faktör olarak bulgularlandı. Bu sonuç A.B.D.'de yapılan bir

çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde G.D.'lerden  $4,57\pm 0,62$ , periodontologlardan  $4,66\pm 0,65$  almıştır (Park ve ark., 2011).

Uzman ve hastanın uyumu, uzman ve genel diş hekiminin benzer çalışma felsefesini paylaşması, uzmanın hastaları makul bir zamanda geri yönlendirmesi, uzmanın ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması ve uzmanın ofisinin sağladığı kolaylıklar (park yeri, çalışma saatleri ve ofis konumu) G.D.'ler ve periodontologlar arasında benzer puanlandılar. Bu sonuç A.B.D.'de hem G.D.'ler hem de periodontologların dahil edildiği bir çalışmayla benzerdi. Aynı faktörler iki grup arasında birbirlerine yakın puanlanmışlardır (Park ve ark., 2011).

Uzmanın bir öğretim kurumunda görev yapıyor olması çalışmamızda G.D.'ler tarafından  $1,91\pm 0,90$ , periodontologlar tarafından  $3,98\pm 0,91$  puan aldı. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada aynı faktöre G.D.'ler  $1,76\pm 0,92$ , periodontologlar ise  $1,62\pm 0,88$  ortalama puan vermiştir (Park ve ark., 2011). Ülkemizdeki periodontologlar bir öğretim kurumunda görev yapıyor olmanın yönlendirme sürecinde etkili faktörlerden biri olduğunu düşünmektedir.

Rölatif risk hesaplamaları G.D.'lere ait bazı demografik verilerin, bir ayda 2'den fazla hastayı periodontologlara yönlendirme üzerine etkileri olduğunu gösterdi. Bu demografik verilerden birisi cinsiyetti. Kadınların bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin erkeklere göre 17 kat daha fazla olduğu görüldü. A.B.D.'de 2006 yılında yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin 2,5 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Zemanovich ve ark., 2006). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç bu çalışmaya göre çok daha yüksekti. Bu farkın kadınların periodontal hastalıklar hakkındaki farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

G.D.'lere ait bir diğer demografik veri meslekte geçirilen süreydi. >10 yıl tecrübeli hekimlerin bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin <6 yıl tecrübeli olanlara göre 2,5 kat daha az olduğu görüldü. Bu durumun yeni mezun G.D.'lerin daha yeni periodontal bilgilere sahip olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Haftalık çalışma saatleri 40'tan fazla olan G.D.'lerin bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, 33-40 saat çalışanlara göre 10 kat daha az olduğu görüldü. Bu durumun haftada 40 saatten fazla çalışan G.D.'lerin tamamının diğer şehirlerden katıldığından ve çevrelerinde periodontologlara ulaşma imkanının metropolitan şehirlere göre daha az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Haftada 41-60 yeni hasta muayene eden G.D.'lerin bir ayda 2'den fazla hastasını periodontologlara yönlendirme eğiliminin, <40 yeni hasta muayene edenlere göre 2 kat daha az olduğu görüldü. Yapılan istatistiksel analiz sonuçları, haftada <40 yeni hasta muayene edenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğunu gösterdi. Bu sonucun ışığında kadınların periodontal hastalıklar hakkındaki farkındalıklarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak periodontal yönlendirme sürecinin;

- Uzmanın klinik becerilerinden etkilenen bir süreç olduğu ortaya kondu.
- Ülkemizde de diğer ülkelere benzer şekilde en sık generalize ve lokalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla periodontal yönlendirme yapıldığı saptandı.
- Kadınların, meslekte 10 yıldan fazla görev alanların, haftada 40 saatten fazla çalışan ve haftada 41-60 arası muayene yapanların daha fazla periodontal yönlendirme yaptıkları görüldü.
- Diğer ülkelerdeki çalışmalardan farklı olarak ülkemizdeki periodontologların, akademik bir kuruluştaki görev yapıyor olmanın periodontal yönlendirme sürecinde önemli bir faktör olduğunu düşündükleri, G.D.'lerin ise bu faktörü yönlendirme sürecinde önemsiz değerlendirdikleri tespit edildi.

## 8. KAYNAKLAR

AAP. Parameter on plaque-induced gingivitis. *J Periodontol.* 2000;71(5 Suppl):851-852.

AAP. Parameters of care. *J Periodontol.* 2000;71(5 Suppl):847-883.

Ababneh KT, Abu Hwajj ZM, Khader YS. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a multi-centre study in North Jordan: a cross sectional study. *BMC Oral Health.* 2012;12:1.

Albandar JM. Periodontal diseases in North America. *Periodontol* 2000. 2002;29:31-69.

Albandar JM, Brown LJ, Brunelle JA, Loe H. Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. *J Periodontol.* 1996;67(10):953-959.

Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol.* 1999;70(1):13-29.

Alwaeli HA, Al-Jundi SH. Periodontal disease awareness among pregnant women and its relationship with socio-demographic variables. *Int J Dent Hyg.* 2005;3(2):74-82.

Armitage GC. Periodontal diseases: diagnosis. *Ann Periodontol.* 1996;1(1):37-215.

Australian Research Centre for Population Oral Health TUoASA. Periodontal diseases in the Australian adult population. *Aust Dent J.* 2009;54(4):390-393.

Baloş K, Bostancı HS, Arpak N, Özcan G. 15 Yaş grubunda periodontal yıkımlar. *A Ü Diş Hek Fak Derg.* 1981;8(1):27-36.

Baloş K, Eren K, Akkaya M. Farklı yaş gruplarında ağız bulgularının karşılaştırılması. A Ü Diş Hek Fak Derg. 1983;1:163-171.

Barendregt DS, Timmerman MF, van der Velden U, van der Weijden GA. Comparison of the bleeding on marginal probing index and the Eastman interdental bleeding index as indicators of gingivitis. J Clin Periodontol. 2002;29(3):195-200.

Barrington EP. An overview of periodontal surgical procedures. J Periodontol. 1981;52(9):518-528.

Beck JD, Katz RV, Page RC, Greene JC, Loe H. Oral health of US adults: NIDR 1985 national survey. J Public Health Dent. 1987;47(4):198-205.

Betof N, Salkin LM, Ferris RT. Why general dentists refer patients to periodontists. J Dent Pract Adm. 1985;2(3):106-110.

Bourgeois D, Hescot P, Doury J. Periodontal conditions in 35-44-yr-old adults in France, 1993. J Periodontal Res. 1997;32(7):570-574.

Bowers GM, Chadroff B, Carnevale R, Mellonig J, Corio R, Emerson J, Stevens M, Romberg E. Histologic evaluation of new attachment apparatus formation in humans. Part I. J Periodontol. 1989;60(12):664-674.

Brady WF. Periodontal disease awareness. J Am Dent Assoc. 1984;109(5):706-710.

Brown LJ, Oliver RC, Loe H. Periodontal diseases in the U.S. in 1981: prevalence, severity, extent, and role in tooth mortality. J Periodontol. 1989;60(7):363-370.

Brown LJ, Oliver RC, Loe H. Epidemiology and oral disease prevention program, national institute of dental research, national institutes of health, Bethesda. J Am Dent Ass. 1990;121(2):226-232.

Caton J, Bouwsma O, Polson A, Espeland M. Effects of personal oral hygiene and subgingival scaling on bleeding interdental gingiva. J Periodontol. 1989;60(2):84-90.

Charles CJ, Charles AH. Periodontal screening and recording. J Calif Dent Assoc. 1994;22(2):43-46.

Croxson LJ. Practical periodontics. Awareness of periodontal disease--the patient. Int Dent J. 1998;48(3 Suppl 1):256-260.

Darby IB, Angkasa F, Duong C, Ho D, Legudi S, Pham K, Welsh A. Factors influencing the diagnosis and treatment of periodontal disease by dental practitioners in Victoria. Aust Dent J. 2005;50(1):37-41.

Deas DE, Moritz AJ, Sagun RS, Jr., Gruwell SF, Powell CA. Scaling and root planing vs. conservative surgery in the treatment of chronic periodontitis. Periodontol 2000. 2016;71(1):128-139.

Dockter KM, Williams KB, Bray KS, Cobb CM. Relationship between prereferral periodontal care and periodontal status at time of referral. J Periodontol. 2006;77(10):1708-1716.

Donald A, James Hinrichs, Noel Claffey, Charles Cobb, Connie Hastings Drisko, Gher M. Consensus report. Non-surgical pocket therapy: mechanical, pharmacotherapeutics, and dental occlusion. Ann Periodontol. 1996;1(1):581-588.

Douglass CW, Gillings D, Sollecito W, Gammon M. National trends in the prevalence and severity of the periodontal diseases. J Am Dent Assoc. 1983;107(3):403-412.

Dowell P, Chapple IL, British Society of P. The British Society of Periodontology referral policy and parameters of care. Dent Update. 2002;29(7):352-353.

Eke PI, Dye B. Assessment of self-report measures for predicting population prevalence of periodontitis. J Periodontol. 2009;80(9):1371-1379.

Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, Taylor GW, Page RC, Beck JD, Genco RJ. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol.* 2015;86(5):611-622.

Flemmig TF, Shanahan F, Miyasaki KT. Prevalence and severity of periodontal disease in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Periodontol.* 1991;18(9):690-697.

Friedman JW, Atchison KA. The standard of care: an ethical responsibility of public health dentistry. *J Public Health Dent.* 1993;53(3):165-169.

Glicksman MA. Referral of the periodontal patient to the periodontist. *Periodontol* 2000. 2001;25:110-113.

Goldenberg AS. Referral patterns of dentists: analysis and implications of a questionnaire. *Int J Psychosom.* 1992;39(1-4):76-80.

Goldman HM. Gingivectomy; indications, contraindications, and method. *Am J Orthod Oral Surg.* 1946;32(Oral Surg):323-326.

Gottlow J, Nyman S, Lindhe J, Karring T, Wennstrom J. New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. Case reports. *J Clin Periodontol.* 1986;13(6):604-616.

Heijl L. Periodontal regeneration with enamel matrix derivative in one human experimental defect. A case report. *J Clin Periodontol.* 1997;24:693-696.

Hugoson A, Koch G, Rylander H. Prevalence and distribution of gingivitis-periodontitis in children and adolescents. Epidemiological data as a base for risk group selection. *Swed Dent J.* 1981;5(3):91-103.

Idrees MM, Azzeghaiby SN, Hammad MM, Kujan OB. Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in a Saudi adult population. *Saudi Med J.* 2014;35(11):1373-1377.



Jadhav SS., Nilima Shripad Rajhans, Nilkanth Haribhau Mhaske, Nikesh Narayan Moolya, Nilesh Salunkhe, Nagappa R. Awareness and Attitude among General Dentists Regarding Periodontal Treatments and Referrals in Ahmednagar City. *J Int Oral Health*. 2015;12:90-96.

Jeffcoat M. When to treat: when to refer. *Int Dent J*. 1993;43(30):185-191.

Kettle G, Lawson A. An outline of gingivectomy. *Queens Med Mag* 1946;39:42-44.

Kınacı A. Marmara üniversitesi diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde periodontal sağlığın değerlendirilmesi [M.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Doktora Tezi]: Marmara Üniversitesi; 2011.

Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2004;2(3):245-252.

Kratenstein DI. Periodontal ethics and referral modes. *N Y State Dent J*. 1989;55(6):46-47.

LaMonte MJ, Hovey KM, Millen AE, Genco RJ, Wactawski-Wende J. Accuracy of self-reported periodontal disease in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Periodontol*. 2014;85(8):1006-1018.

Lang N, Bartold PM, Cullinan M, Jeffcoat M, Mombelli A, Murakami S, Page R, Papapanou P, Tonetti M, Van Dyke T. Consensus Report: Aggressive Periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999;4:53.

Lanning SK, Best AM, Hunt RJ. Periodontal services rendered by general practitioners. *J Periodontol*. 2007;78(5):823-832.

Larato DC, Stahl SS, Brown R, Jr., Witkin GJ. The effect of a prescribed method of toothbrushing on the fluctuation of marginal gingivitis. *J Periodontol*. 1969;40(3):142-149.

Levine RA. A patient-centered periodontal program for the 1990s, Part II. Compendium. 1990;11(5):274, 276-277.

Lie T, Mellingen JT. Periodontal awareness, health, and treatment need in dental school patients. I. Patient interviews. Acta Odontol Scand. 1987;45(3):179-186.

Linden GJ. Variation in periodontal referral by general dental practitioners. J Clin Periodontol. 1998;25(8):655-661.

Linden GJ, Stevenson M, Burke FJ. Variation in periodontal referral in 2 regions in the UK. J Clin Periodontol. 1999;26(9):590-595.

Lindhe J, Meyle J, Group DoEWoP. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol. 2008;35(8 Suppl):282-285.

Lindhe J, Ranny R, Lamster I, Charles A, Chung CP, Flemmig T, Kinane D, Listgarten M, Løe H, Schoor R, Seymour G, Somerman M. Consensus Report : Chronic Periodontitis. Ann Periodontol. 1999;4(1):38.

Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky SS, Heijl L, Bratthall G. Healing following surgical/non-surgical treatment of periodontal disease. A clinical study. J Clin Periodontol. 1982;9(2):115-128.

Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol. 1965;36:177-187.

Meitner SW, Zander HA, Iker HP, Polson AM. Identification of inflamed gingival surfaces. J Clin Periodontol. 1979;6(2):93-97.

Mengel R, Koch H, Pfeifer C, Flores-de-Jacoby L. Periodontal health of the population in eastern Germany (former GDR). J Clin Periodontol. 1993;20(10):752-755.

Moore WE, Holdeman LV, Smibert RM, Good IJ, Burmeister JA, Palcanis KG, Ranney RR. Bacteriology of experimental gingivitis in young adult humans. *Infect Immun*. 1982;38(2):651-667.

Nyman S, Karring T, Bergenholtz G. Bone regeneration in alveolar bone dehiscences produced by jiggling forces. *J Periodontol Res*. 1982;17(3):316-322.

Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol*. 1996;1(1):821-878.

Oliver RC, Brown LJ, Loe H. Periodontal diseases in the United States population. *J Periodontol*. 1998;69(2):269-278.

Oliver RC, Heuer SB. Dental practice patterns. I: Determining oral health status. *Gen Dent*. 1995;43(1):64-66, 68, 70.

Pai M, Ribot B, Tane H, Murray J. A study of periodontal disease awareness amongst third-year nursing students. *Contemp Nurse*. 2016;52(6):686-695.

Papapanou PN. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol*. 1996;1(1):1-36.

Park CH, Thomas MV, Branscum AJ, Harrison E, Al-Sabbagh M. Factors influencing the periodontal referral process. *J Periodontol*. 2011;82(9):1288-1294.

Ramfjord SP, Nissle RR. The modified widman flap. *J Periodontol*. 1974;45(8):601-607.

Renvert S, Polyzois IN. Clinical approaches to treat peri-implant mucositis and peri-implantitis. *Periodontol 2000*. 2015;68(1):369-404.

Robinson RE. The distal wedge operation. *Periodontics*. 1966;4(5):256-264.

Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand.* 1964;22:121-135.

Socransky SS, Haffajee AD. The nature of periodontal diseases. *Ann Periodontol.* 1997;2(1):3-10.

Starr CB, Collins JF. Determining when to refer periodontal patients: clinical guidelines. *Gen Dent.* 1999;47(4):381-384.

Theilade E, Wright WH, Jensen SB, Loe H. Experimental gingivitis in man. II. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. *J Periodontol Res.* 1966;1:1-13.

Trombelli L, Tatakis DN, Scapoli C, Bottega S, Orlandini E, Tosi M. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis. II. Identification of "high-responder" and "low-responder" subjects. *J Clin Periodontol.* 2004;31(4):239-252.

Trovato JP. The role of the general dentist in periodontal care. *Gen Dent.* 2003;51(2):176-181.

Wennström J, Lindhe J. Periodontal surgery: access therapy. In: Lang P, Lindhe J, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry.* 6 ed. West Sussex: Wiley Blackwell; 2015, p: 767-868.

WHO. Periodontal Disease, Report no:207. 1961.

WHO. Epidemiology, etiology, and prevention of periodontal diseases. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1978(621):1-60.

Wilson R. The referral process. *Quintessence.* 1992:98-100.

Wong HM, Braithwaite J. Practice management: observations, issues, and empirical evidence. *J Periodontol.* 2001;72(2):196-203.

Zemanovich MR, Bogacki RE, Abbott DM, Maynard JG, Lanning SK. Demographic variables affecting patient referrals from general practice dentists to periodontists. J Periodontol. 2006;77(3):341-349.



## 9. EKLER

### EK-1



#### Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2015.391	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Başak DOĞAN	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : 04 / 12 / 2015
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek projenin yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	Yürütücü
Doç.Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acibadem Üniv. Tıp Fak.	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Çye	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var . Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

Sayı:

**EK-2**

**ANKET 1**

**(YALNIZCA GENEL DİŞ HEKİMLERİ İÇİNDİR)**

Bu anket genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin, genel diş hekimi ve periodontologlar açısından değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Ankete katılıp katılmamak tamamen istek doğrultusundadır. Katılmayı kabul ediyorsanız lütfen bütün soruları cevaplandırınız.

**Anket'e**

Katılıyorum  Katılmıyorum

**Tarih:**

**Doğum Tarihi:**

**Cinsiyet:**  Erkek  Kadın

**1-Meslekte geçirilen süre:**  <6 yıl  6-10 yıl  >10 yıl

**2-Mesleğinizi icra ettiğiniz bölge:**

İstanbul/Ankara/İzmir  Diğer Şehirler

**3-Çalışma şekli:**

Tek başına  2 diş hekimi  >2 diş hekimi

**4-Haftalık çalışma saatleri:**

<25

25-32

33-40

>40

**5-Haftalık muayene edilen yeni hasta sayısı:**

≤40

41-60

61-80

≥81

**6-Periodontoloğa hasta y6nlendiriyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**7-Bir ayda kaç hastanızı periodontoloğa y6nlendiriyorsunuz?**

- 0-2 Arası  >2

**8-Hastalarınızı aşağıdakilerden hangisi veya hangileri için periodontoloğa y6nlendiriyorsunuz?(Birden fazla Şıkkı Őaretleyebilirsiniz)**

- Tedavi planlaması için kons6ltasyon amacıyla
- Kapsamlı muayene amacıyla
- Başlangıç tedavisi amacıyla
- Generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla
- Lokalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla
- Kron boyu uzatma amacıyla
- Estetik periodontal plastik cerrahi amacıyla
- İmplant uygulaması amacıyla
- Kemik grefti uygulaması amacıyla
- Yumuşak doku grefti uygulaması amacıyla
- İkinici bir g6r6Ő edinmek amacıyla
- Diğer(\_\_\_\_\_)



**9-Lütfen yönlendirme sürecini etkileyen aşağıdaki faktörlere, sizin için önemine göre 1-5 arası puan veriniz(1=Önemsiz, 5=Çok önemli).**

		1	2	3	4	5
1	Uzmanın klinik becerileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Uzman ile genel diş hekimi arasındaki, geçmişteki olumlu tecrübeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Uzmanın iletişim yeteneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Uzman ve hastanın uyumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Uzman ve genel diş hekiminin benzer çalışma felsefesini paylaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Uzmanın hastaları size makul bir zamanda geri yönlendirmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diş hekimliği camiasında uzmanın itibarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Uzmanın hastaları makul bir sürede kabul etmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Uzmanın ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Uzmanın ofisinin sağladığı kolaylıklar (Park yeri, çalışma saatleri ve ofis konumu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Uzmanın çalışma kulüplerinde ve süregelen eğitim kurslarında olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Uzmanın yeni hastalar yönlendiriyor olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Uzmanla genel diş hekimi arasındaki sosyal iletişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Uzmanın bir öğretim kurumunda görev yapıyor olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANKET 2

## (UZMAN)

Bu anket genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin, genel diş hekimi ve periodontologlar açısından değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Ankete katılıp katılmamak tamamen istek doğrultusundadır. Katılmayı kabul ediyorsanız lütfen bütün soruları cevaplandırınız.

**Anket'e**

Katılıyorum  Katılmıyorum

**Daha önce bu ankete katıldınız mı?**

Evet  Hayır

**Tarih:****Doğum Tarihi:**

**Cinsiyet:**  Erkek  Kadın

**Pozisyon:**

Periodontolog  Uzmanlık/Doktora öğrencisi  Periodontolog-Akademisyen

**1-Meslekte geçirilen süre:**  <6 yıl  6-10 yıl  >10 yıl

**2-Mesleğinizi icra ettiğiniz bölge:**  İstanbul/Ankara/İzmir  Diğer şehirler

**3-Çalışma şekli:**

Tek başına  2 diş hekimi  >2 diş hekimi

**4-Haftalık çalışma saatleri:**

<25

25-32

33-40

>40

**5-Haftalık muayene edilen yeni hasta sayısı:**

≤40

41-60

61-80

≥80

**6-Genel diş hekimleri size hasta yönlendiriyor mu?**

Evet

Hayır

**7-Bir ayda kaç hasta size yönlendiriliyor?**

0-2 Arası

>2

**8-Hastalar aşağıdakilerden hangisi veya hangileri için size yönlendiriliyor?(Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)**

Periodontal tedavi planlaması için konsültasyon amacıyla

Kapsamlı ilk muayene amacıyla

Başlangıç tedavisi amacıyla

Generalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla

Lokalize periodontal hastalık tedavisi amacıyla

Kron boyu uzatma işlemi amacıyla

Estetik periodontal plastik cerrahi amacıyla

İmplant uygulaması amacıyla

Kemik grefti uygulaması amacıyla

Yumuşak doku grefti uygulaması amacıyla

İkinci bir görüş edinmek amacıyla

Diğer(\_\_\_\_\_)

**9-Lütfen hastaların periodontoloğa yönlendirilme sürecini etkileyen aşağıdaki faktörlere, sizin için önemine göre 1-5 arası puan veriniz(1=Önemsiz, 5=Çok önemli).**

		1	2	3	4	5
1	Uzmanın klinik becerisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Uzman ile genel diş hekimi arasında, geçmişte yaşanan olumlu tecrübeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Uzmanın iletişim yeteneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Uzman ile hastanın uyumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Uzman ve genel diş hekiminin benzer çalışma felsefesini paylaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Uzmanın hastaları size makul bir zamanda geri yönlendirmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diş hekimliği camiasında uzmanın itibarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Uzmanın hastaları makul bir sürede kabul etmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Uzmanın ücretlerinin bölgedeki diğer uzmanlara kıyasla makul olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Uzmanın ofisinin sağladığı kolaylıklar (Park yeri, çalışma saatleri ve ofis konumu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Uzmanın süregelen eğitim toplantı ve kurslarına katılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Uzmanın genel diş hekimine yeni hasta yönlendiriyor olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Uzmanla genel diş hekimi arasındaki sosyal iletişim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Uzmanın bir öğretim kurumunda görev yapıyor olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **EK-3**

#### **Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Onam Formu Örneği**

**Çalışmanın Adı:** Genel diş hekimlerinin hastalarını periodontologlara yönlendirme sürecini etkileyen faktörlerin, genel diş hekimleri ve periodontologlar açısından değerlendirilmesi

Diş hekimliğinde doğru tedavi kadar, teşhis ve hastaların uzmanlara yönlendirilmesi de kritik bir öneme sahiptir. Yönlendirme süreci genel diş hekimleriyle başlayan, uzmanlarla devam edip tekrar genel diş hekimlerinde son bulan ve birçok faktör tarafından etkilenen bir süreçtir. Yönlendiren hekimin, uzmanın ve hastanın kişilik özellikleri, ekonomik durumu ve klinik özellikleri ile bu süreç karmaşık bir hal alabilir.

Diş hekimliğinde yönlendirme sürecini ele alan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Periodontal hastalık toplumun büyük bir kesimini etkilemekle beraber, hastaların çoğu bu durumdan habersizdir. Yine toplumun çok küçük bir yüzdesi düzenli diş hekimi kontrolleri yaptırmakta ve periodontal sağlığının durumundan haberdar olmaktadır. Bu durumun sebeplerine daha yakından incelemek, belirsizliklere ışık tutmak amacıyla daha çok çalışmaya gerek vardır.

**Çalışmanın Amacı:** Türkiye’de hizmet etmekte olan özel sektör veya devlette çalışan hekimlerin, hastalarını periodontoloğa yönlendirirken nelerden etkilendiğini daha iyi anlamak, aynı zamanda periodontologların bakış açısından da sorgulayarak bu durumlara ışık tutmaktır.

Bu çalışma ile Türkiye’de periodontal hastalıkların doğru zamanda teşhisi, tedavisi ve yönlendirilmesi konusunda eksik olan bilgilere ışık tutulacaktır.

**Çalışma Süresi:** 6 ay.

#### **Çalışma Dahilinde Uygulanacaklar**

Ankette yaş, cinsiyet, meslekte geçirilen yıllar, yönlendirme sürecinde verdiği kararları etkileyen faktörler, yönlendirilen işlemler sorulacaktır. Bu çalışma ile

Türkiye’de periodontal hastalıkların doğru zamanda teşhisi, tedavisi ve yönlendirilmesi konusunda eksik olan bilgilere ışık tutulacaktır.

### **Gönüllü Hakları, Sorumlulukları ve Gizlilik**

Çalışmaya katılması talep edilen bütün katılımcıların, talebi geri çevirme hakları vardır. Ayrıca araştırmacının gerekli gördüğü koşullarda katılımcıyı çalışmadan çıkarma hakkı saklıdır. Katılımcı bu çalışmaya katıldığı için herhangi bir ücret talep edemeyeceğini ve parasal bir sorumluluk altına girmeyeceğini onaylamaktadır. Katılımcıdan alınan bilgiler yalnızca bu çalışmada kullanılacaktır. Anket içerisinde gönüllünün kişisel bilgilerini sorgulayan bir soru mevcut değildir ve elde edilen bütün bilgiler gizli tutulacaktır.

Sayın Dt. Evren Özen tarafından Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilimdalı’nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dt.Evren Özen'i Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'nda 0216 4211621 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

0216 4211621 (Dahili:1135)

Başbüyük Mah. Marmara Üniversitesi Eğitim ve Sağlık Bilimleri Kampüsü

Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, Kat -3

Adı-Soyadı

İmza

Tarih

Gönüllünün

Açıklama Yapan Araştırmacının

Evren ÖZEN

## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Evren	Soyadı	Özen
Doğum Yeri	Ankara	Doğum Tarihi	26.10.1987
Uyruğu	T.C.	Tel	541 649 63 38
E-mail	<a href="mailto:dtevrenozen@gmail.com">dtevrenozen@gmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	2018
Yüksek Lisans		
Lisans	Ankara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	2013
Lise	Çankaya 50. Yıl Lisesi	2005

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	M.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi	2014-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	İYİ	İYİ	İYİ

### Yabancı Dil Sınav Notu #

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
68.75								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70.345	69.466	60.248
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MICROSOFT OFFICE PROGRAMLARI	ÇOK İYİ

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

EK : Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)



## **ÖZET BİLDİRİLERİ**

### **ULUSLARARASI**

1. **ÖZEN EVREN**, AĞRALI Ö. BİRKAN, KURU LEYLA, Periodontal treatment of gingival hyperplasia due to the use of sodium valproate : a case report, TDA 21<sup>nd</sup> International Dental Congress, Istanbul, Turkey
2. **ÖZEN EVREN**, AĞRALI Ö. BİRKAN, KURU LEYLA, Treatment approach in root/bone resorption caused by endodontic infection: a case report, TDA 22<sup>nd</sup> International Dental Congress, Izmir, Türkiye
3. **ÖZEN EVREN**, YILDIRIM H.SELİN, DOĞAN BAŞAK, Factors influencing the patient referrals from general practice dentists to periodontists in Turkey, Turkish Society of Periodontology 47<sup>th</sup> International Scientific Congress & 26<sup>th</sup> Scientific Symposium, Istanbul, Türkiye
4. **ÖZEN EVREN**, YILDIRIM H.SELİN, DOĞAN BAŞAK, Factors influencing the patient referrals from general practice dentists to periodontists in Turkey, 22<sup>nd</sup> BaSS Congress, Thessaloniki, Greece

### **ULUSAL**

1. **ÖZEN EVREN**, AĞRALI Ö. BİRKAN, GÖKER SELİN, DOĞAN BAŞAK, Sodyum valproat kullanımına bağlı görülen dişeti büyümesinin periodontal tedavisi: bir vaka raporu, Türk Periodontoloji Derneği 45. Bilimsel Kongresi, Ankara, Türkiye