

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

AĞIZ BAKIMI ÖZ YETKİNLİĞİ ve GENEL ÖZ YETKİNLİĞİN
GÜNLÜK PLAK KONTROLÜ ve AĞIZ BAKIMI UYGULAMALARI ile
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Uzmanlık Tezi

Diş Hekimi
Gülçin SARSILMAZER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gül ATILLA

İZMİR
2017

03.04.2017

UZMANLIK TEZ SAVUNMASI RAPORU

Uzmanlık Öğrencisi: Dt.Gülçin SARSILMAZER

Tez savunma tarihi: 03.04.2017

Dt. Gülçin SARSILMAZER'in 03.04.2017 tarihinde jürimiz önünde savunmasını yaptığı "Ağız bakımı öz yetkinliği ve genel öz yetkinliğin günlük plak kontrolü ve ağız bakımı uygulamaları ile ilişkisinin araştırılması" başlıklı uzmanlık tez çalışması jürimiz tarafından Periodontoloji'de Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

DANIŞMAN

Prof.Dr. F.Gül ATILLA

Ege Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Periodontoloji Anabilim Dalı

ÜYE

Prof.Dr. A.Ezel BERKER

Hacettepe Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Periodontoloji Anabilim Dalı

ÜYE

Doç.Dr. H.Oya TÜRKOĞLU

Ege Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Periodontoloji Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Öz yetkinlik, Albert Bandura'nın Sosyal Biliş Teorisi'nin merkezinde yer alan temel kavramlardan biridir. Öz yetkinlik, bireylerin belirli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri düzenleyip, başarılı bir şekilde yapma becerilerine ilişkin kendi inançları olarak tanımlanmıştır.

Bireylerin öz yetkinliği, onların motivasyon seviyelerini belirlemekte ve bir işte ne kadar çaba sarf edecekleri ile engeller karşısında ne kadar dayanacaklarını etkilemektedir. Motivasyon ve öz yetkinlikteki artış da, bireylerin davranışlarına yansımaktadır. Bundan dolayı, bireyler ağız bakımı konusunda motive edildiğinde ve bu konuda bilinçlendirildiğinde, onların ağız bakımı öz yetkinliğinin artacağı beklenebilir. Motivasyonu ve ağız bakımı öz yetkinliği artan bireylerin ise, ağız bakımı uygulamalarını daha başarılı gerçekleştirebilecekleri düşünülebilir.

Farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda, ağız bakımı öz yetkinliği yüksek olan hastaların günlük plak kontrollerini daha başarılı yaptıkları ve bu hastaların periodontal tedaviye bağlılıklarının daha iyi olduğu bildirilmiştir. Buradan yola çıkılarak, toplumumuzda periodontal hastalıklı bireylerin ağız bakımı öz yetkinliği düzeylerinin önceden belirlenmesi ile, onların tedavi için davranışları öngörülebilir ve etkin periodontal tedavi planlaması yapılabilir. Etkin motivasyon ve ağız bakımı eğitimi ile ağız bakımı öz yetkinlikleri arttırılan hastalar, günlük plak kontrollerini daha iyi düzeyde gerçekleştirebilirler. Araştırmamızda, hastaların genel öz yetkinlik ölçeği ve ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği değerlerini saptamak, bu değerlerin birbiri ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanan hastaların, ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği değerlerindeki ve ağız bakımı davranışlarındaki değişiklikleri araştırmak da diğer amaçlarımızı oluşturmuştur.

Uzmanlık tez çalışmamın kurgulanması, planlanması ve yürütülmesinde kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan, bilimsel anlamda bana farklı bir bakış açısı kazandıran ve birlikte çalıştığım için kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam Prof.Dr. Sayın Gül ATİLLA'ya,

Tezimin oluşturulmasında fikirleriyle desteklerini esirgemeyen ve uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinin bilgisinden çokça faydalandığım, Prof.Dr. Sayın Şükrü KANDEMİR'e, Prof.Dr. Sayın Ali GÜRKAN'a ve Doç.Dr. Sayın Oya TÜRKOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bana yol gösteren ve üzerimde çokça emekleri geçen tüm Periodontoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tezimin istatistiksel değerlendirmelerini yapan Yrd.Doç.Dr. Sayın Timur Köse'ye,

Çalışmamda bana maddi destek sağlayan, E. Ü. Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü'ne,

Çalışma ortamımı güzelleştiren, keyif katan tüm asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize, bölümümüzün tüm çalışanlarına,

Ve bugünlere gelmemde en büyük destekçilerim olan, beni büyük fedakarlıklarla yetiştiren, varlıklarını her zaman yanı başımda hissettiğim canım annem ve canım babama, en yakın arkadaşım olan canım kardeşime ve hayatımı güzelleştiren, yol arkadaşım, sevgili eşim Mustafa SARSILMAZER'e

Sonsuz teşekkürler...

İZMİR, 2017

Gülçin SARSILMAZER

	Sayfa No
TEZ ONAYI	
ÖNSÖZ	I-II
İÇİNDEKİLER	III-VI
ÖZET	VII-VIII
ABSTRACT	IX-X
Tablolar Dizini	XI-XII
Şekiller Dizini	XIII
Grafikler Dizini	XIV
Kısaltmalar Listesi	XV
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1 - 2
BÖLÜM II	
GENEL BİLGİLER	3 - 25
2.1. Periodontal Hastalık Tanımı	
2.1.1. Gingivitis	
2.1.2. Kronik Periodontitis	
2.2. Periodontal Hastalıkların Epidemiyolojisi	
2.3. Periodontal Hastalıkların Etyolojisi	
2.3.1. Mikrobiyal Dental Plak	
2.4. Periodontal Hastalıkların Tedavisi	
2.4.1. Cerrahisiz Periodontal Tedavi Aşamaları	
2.4.1.1. Hasta Motivasyonu	

2.4.1.2. Ağız Bakımı Eğitimi

2.5. Öz Yetkinlik Kavramı

2.5.1. Öz Yetkinlik Tanımı

2.5.2. Sosyal Biliş Teorisi ve Öz Yetkinlik Kavramının

Ortaya Çıkışı

2.5.3. Genel Öz Yetkinlik

2.5.4. Alana Özel Öz Yetkinlik

2.5.5. Öz Yetkinlik Bilgi Kaynakları

2.5.6. Periodontal Sağlık ile Ağız Bakımı Öz Yetkinliği

Arasındaki İlişki

2.6. Çalışmanın Hipotezleri

2.7. Çalışmanın Amaçları

BÖLÜM III

GEREÇ ve YÖNTEM

26 - 38

3.1. Çalışma Grupları

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler

3.5. Çalışmamızın Alt Gruplarının Oluşturulması ve AÖYÖ-düşük ve

AÖYÖ-yüksek Gruplarında Cerrahisiz Periodontal Tedavi

Uygulanması

3.5.1. Hasta Motivasyonu

3.5.2. Ağız Bakımı Eğitimi

3.6. İstatistik Değerlendirme

BÖLÜM IV

BULGULAR 39 - 58

4.1. Çalışma Grubu (n=210)

4.1.1. Çalışma Grubundaki Hastaların Ağız Bakımı Alışkanlıkları ve
Diş Hekimi Muayenesine Gitme Sıklıkları

4.1.2. Çalışma Grubundaki Hastaların Periodontal Durumları
Hakkındaki Farkındalıkları

4.1.3. Ölçeklerin (AÖYÖ ve GÖYÖ) Güvenirliliği ve Geçerliliği

4.1.4. Çalışma Grubundaki Hastaların AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve
GÖYÖ Değerleri

4.1.5. Çalışma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre AÖYÖ ve
GÖYÖ Değerleri

4.1.6. Çalışma Grubundaki Hastaların Ağız Bakımı Alışkanlıkları ve
Diş Hekimi Muayenelerine Gitmeleri ile Bu Konulardaki Öz
Yetkinlikleri Arasındaki İlişki

4.1.7. Çalışma Grubunun AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ Değerleri
Arası İlişkiler

4.2. Çalışmamızın Alt Grupları (AÖYÖ-Düşük, AÖYÖ-Yüksek, n=45)

4.2.1. Çalışmamızın Alt Gruplarındaki Hastaların Demografik
Özellikleri

4.2.2. AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek Gruplarının Başlangıç, 1. ay ve
3. ay Tüm Ağız ve Diş Arası Bölgeleri PI Değerlerinin
Karşılaştırması

- 4.2.3. AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek Gruplarının Başlangıç, 1. ay ve 3.ay AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY Değerlerinin Karşılaştırmaları
- 4.2.4. Çalışmamızın Alt Gruplarının (AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek, n=45) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ Değerleri Arası İlişkiler
- 4.2.5. GÖYÖ, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY Değerleri, Tüm Ağız ve Diş Arası Bölgeleri PI Değerleri, S.1, S.2, S.3 Arası İlişkiler

BÖLÜM V

TARTIŞMA	59 - 68
----------------	---------

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER	69 - 71
-------------------------	---------

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	72 - 83
-----------------	---------

ÖZGEÇMİŞ	84
----------------	----

EKLER	85 - 90
-------------	---------

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	85 - 88
---	---------

EK-2

ETİK KURUL KARARI	89 - 90
-------------------------	---------

ÖZET

Ağız bakımı öz yetkinliği ve genel öz yetkinliğin günlük plak kontrolü ve ağız bakımı uygulamaları ile ilişkisinin araştırılması

Amaç: Öz yetkinlik, olası durumlar karşısında bireylerin gereken davranışları ne seviyede iyi yapabileceklerine dair kendilerine inançlarıdır. Öz yetkinlik, bireylerin genel eğilimini yansıtabileceği gibi (genel öz yetkinlik), ağız bakımı öz yetkinliği gibi alana özel de olabilir. Araştırmamızda, a) Enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerin ağız bakımı öz yetkinliği ve genel öz yetkinliğini belirlemek, toplumumuz için bunlar arasındaki ilişkiyi saptamak, b) Genel öz yetkinlik ile var olan ağız bakımı öz yetkinliğinin, hastaların günlük plak kontrolü ve ağız bakımı davranışlarıyla ilişkisini belirlemek, c) Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında uygulanan motivasyon ve ağız bakımı eğitiminin ağız bakımı öz yetkinliğine kısa dönemdeki etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma grubuna 35-60 yaş arasında olan ve enflamatuvar periodontal hastalıklı 210 birey alındı. Hastaların demografik özellikleri ile ağız bakımı ve diş hekimi kontrollerine gitmeleri konularındaki farkındalıkları anket formuna kaydedildi. Ağız bakımı ile ilgili diş fırçalama öz yetkinliği (FÖY), diş ipi yapma öz yetkinliği (İÖY), diş hekimi muayenesine gitme konusundaki öz yetkinliği (MÖY) bölümlerinden oluşan ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği (AÖYÖ) ve genel öz yetkinlik ölçeği (GÖYÖ) anketleri hastalara uygulandı. Çalışmamızdaki hastaların AÖYÖ değerlerine "cut off" uygulanarak, AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) grupları oluşturuldu. Çalışmamızın alt gruplarındaki hastaların tüm ağız ve diş arası bölgeleri plak indeksi (PI) değerleri başlangıçta saptandı, daha sonra bu hastalara motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulandı, gerekli diğer cerrahisiz periodontal tedavi girişimleri

yapıldı. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarındaki hastaların PI değerlendirmeleri ve AÖYÖ anketi sorularına yanıtların alınması, motivasyon ve ağız bakımı eğitiminden 1 ve 3 ay sonra tekrarlandı.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların GÖYÖ değerleri ve önceden var olan AÖYÖ değerlerinin ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$). Düşük AÖYÖ değerli grupla karşılaştırıldığında, yüksek AÖYÖ değerli hastaların GÖYÖ değerinin daha fazla olduğu belirlendi ($p=0.001$). Hastaların ağız bakımı alışkanlıkları ve diş hekimi muayenelerine gitmeleri konularındaki sorulara verdikleri yanıtlar, bu konulardaki öz yetkinlikleri ile ilişkili bulundu ($p<0.001$). Cinsiyet ve gelir dağılımı ile AÖYÖ değerlerinin ilişkisiz olduğu, sigara içen hastalarda içmeyenlere göre ve lise mezunu hastalarda üniversite mezunu olanlara göre AÖYÖ değerlerinin daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$).

AÖYÖ-düşük grubunda, 1. ve 3. ayda AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin başlangıca göre arttığı gözlemlendi ($p<0.001$). Başlangıçla karşılaştırıldığında, AÖYÖ-yüksek grubunda 1. ayda İÖY değerinin ($p=0.011$), 3. ayda ise AÖYÖ ve İÖY değerlerinin arttığı belirlendi ($p=0.02$, $p=0.001$). AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerlerinin 1. ve 3. aylarda başlangıçtakine göre azaldığı gözlemlendi ($p<0.001$). İki grupta başlangıçtaki tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerleri benzer olmasına karşın, 3. ayda AÖYÖ-düşük grubuna göre AÖYÖ-yüksek grubunda bu değerlerin daha az olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmamızın verileri, günlük plak kontrolünün hasta tarafından gerçekleştirilmesi konusundaki öngörüde, AÖYÖ değerlerinin bir gösterge olabileceğini ortaya koymuştur. Motivasyon ve ağız bakımı eğitimi sonrasında, farklı ağız bakımı öz yetkinliği olan hastaların AÖYÖ değerlerinin arttığı ve günlük plak kontrollerini daha başarılı gerçekleştirdikleri saptanmıştır. AÖYÖ-yüksek grubunda bu başarı daha fazla bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: öz yetkinlik, motivasyon, mikrobiyal dental plak, ağız bakımı eğitimi, ağız bakımı, periodontal tedavi, gingivitis, periodontitis

ABSTRACT

Aim: Self efficacy is individual's beliefs in determining how well one can complete tasks and reach goals. There are two categories of self-efficacy: 1) general self-efficacy reflects general tendencies of an individual and 2) task specific self-efficacy reflects the efficacy of an individual in relation to a certain task. Our objectives in this study, a) to determine the scores of general self-efficacy and oral hygiene related self-efficacy, b) to evaluate the relations between the scores of these two self-efficacy, c) to examine the changes in oral hygiene related self efficacy after motivation and oral hygiene instructions.

Material and methods: A total of 106 females and 104 males with inflammatory periodontal diseases between the ages of 35 to 60 were included in this study. Demographic variables and awareness of oral hygiene practices and visits to dental clinics for regular checkups of patients were enrolled in questionnaire form. Then, patients filled out questionnaires regarding general self-efficacy (GSE) and oral hygiene related self-efficacy (OHSE) consisting of brushing self-efficacy, flossing self-efficacy and dental visiting self-efficacy. OHSE-low and OHSE-high groups (n=45) were selected after performing cut off on OHSE scores. These patients received motivation and oral hygiene instructions and were followed for 3 months. At the baseline, plaque index (PI) values were determined for the whole mouth and for the interdental areas. PI measurements and OHSE questionnaire were repeated at 1 and 3 months following motivation and oral hygiene instructions.

Results: GSE scores significantly correlated with OHSE scores at baseline ($p < 0.001$). OHSE-high group had higher GSE scores than that of OHSE-low group ($p = 0.001$). A strong association was found between self-efficacy and corresponding reported behavior (brushing, flossing, dental visiting) ($p < 0.001$). Regarding OHSE, no significant correlations were found for sex and income status of patients. Smokers had lower OHSE scores than those of non-

smokers ($p < 0.05$). Also, patients graduated from high school had lower OHSE scores compared to the ones graduated from university ($p < 0.05$).

OHSE, brushing self-efficacy, flossing self-efficacy and dental visiting self-efficacy scores at 1 month and 3 months increased in OHSE-low group than those of baseline ($p < 0.001$). Compared to baseline, flossing self-efficacy scores increased at 1 month ($p = 0.011$), OHSE and flossing self-efficacy scores were increased at 1 month and 3 months in OHSE-high group ($p = 0.02$, $p = 0.001$). Full mouth and interdental PI values decreased at 1 month and 3 months in OHSE-low and OHSE-high groups compared to baseline ($p < 0.001$). Although there is no significant difference between two groups in full mouth and interdental PI values at baseline ($p < 0.05$), these values were detected lower in AÖYİÖ-high group compared to AÖYİÖ-low group at 3 months ($p < 0.05$).

Conclusion: Our data revealed that OHSE scores could be an indicator in predicting of daily plaque control of patients. It was appeared that after motivation and oral hygiene instructions, OHSE scores increased in all of patients with beliefs of low or high oral hygiene related self-efficacy. Additionally, after motivation and oral hygiene instructions, patients reached the higher level to perform their own daily plaque controls. OHSE-high group was more successful in performing their own daily plaque control.

Key words: self-efficacy, motivation, plaque, patient education, oral hygiene, periodontal treatment, gingivitis, periodontitis

Tablolar Dizini

No	Sayfa
Tablo 1: Demografik özellikler ve ağız bakımı ile ilgili alışkanlıklar	28
Tablo 2: Ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği (Woelber ve ark, 2015)	29
Tablo 3: Genel öz yetkinlik ölçeği (Schwarzer & Jerusalem, 1995)	30
Tablo 4: Çalışma grubundaki hastaların demografik özellikleri	40
Tablo 5: AÖYÖ ve ölçeğin içerikleri (FÖY, İÖY, MÖY) ile GÖYÖ'nün Cronbach Alfa değerleri	45
Tablo 6: AÖYÖ için uyum iliği istatistikleri	46
Tablo 7: Çalışma grubunun (n=210) AÖYİÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYİÖ değerleri	46
Tablo 8: Çalışma grubu içindeki AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ değerleri (ort ± SS)	47
Tablo 9: Çalışma grubunun (n=210) demografik özelliklerine göre AÖYÖ ve GÖYÖ değerleri (ort ± SS)	48
Tablo 10: Çalışma grubunun (n=210) FÖY, İÖY, MÖY değerleri ile S.1, S.2, S.3 arası ilişkiler	49
Tablo 11: Çalışma grubunun (n=210) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ değerleri arası ilişkiler	50
Tablo 12: AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarındaki hastaların demografik özellikleri (ort ±SS, n / %)	51

Tablo 13: AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının başlangıç, 1. ay ve 3.ay tüm ağız ve diş arası bölgeleri plak indeksi (PI) değerleri (ort ±SS)	53
Tablo 14: AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının başlangıç, 1. ay ve 3.ay AÖYÖ, GÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY Değerleri (ort ±SS)	55
Tablo 15: AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının (n=45) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ değerleri arasındaki ilişkiler	56
Tablo 16: AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının (n=45) GÖYÖ, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerleri, tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerleri, S.1, S.2, S.3 arası ilişkiler	58

Şekiller Dizini

No	Sayfa
Şekil 1: Bireyin davranış değişikliğine hazır olması (Miller & Rollnick, 1991)	14
Şekil 2: Çalışmamızın alt gruplarında (AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek) başlangıçta ve cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi yapıldıktan 1 ve 3 ay sonraki değerlendirmeleri	33



Grafikler Dizini

No	Sayfa
Grafik 1: Hastaların “Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?” (S.1) sorusuna verdikleri yanıtlar	41
Grafik 2: Hastaların “Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız?” (S.2) sorusuna verdikleri yanıtlar	42
Grafik 3: Hastaların “Diş hekimi kontrollerine ne sıklıkla gidersiniz?” (S.3) sorusuna verdikleri yanıtlar	42
Grafik 4: Hastaların S.4 ve S.5 için verdikleri yanıtlar	43
Grafik 5: Hastaların S.6 ve S.7 için verdikleri yanıtlar	44
Grafik 6: Hastaların S.8 için verdikleri yanıtlar	44

Kısaltmalar Listesi

AÖYÖ	: Ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği
GÖYÖ	: Genel öz yetkinlik ölçeği
FÖY	: Diş fırçalama öz yetkinliği
İÖY	: Diş ipi yapma öz yetkinliği
MÖY	: Diş hekimi muayenesine gitme konusundaki öz yetkinlik
NHANES	: Ulusal sağlık ve beslenme inceleme anketi
HbA1c	: Hemogloblin A1c
SESS	: "Self-efficacy scale for self care", Kendi bakımı konusundaki öz yetkinliği ölçeği
GSES	: "General self-efficacy scale", Genel öz yetkinlik skalası
OESS	: "Outcome expectancy scale for self care", Kendi bakımları sonucu oluşabilecek olumlu gelişme ölçeği
NLP	: Nörolingüistik programlama
PI	: Plak indeksi
ICC	: Sınıf içi güvenilirlik katsayısı
TBSES	: "Tooth brushing self efficacy scale", Diş fırçalama öz yetkinliği ölçeği

BÖLÜM I

GİRİŞ

Öz yetkinlik, Albert Bandura'nın geliştirdiği, insan davranışlarını kişisel, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkisi ile açıklayan Sosyal Biliş Teorisi'nin anahtar kavramı olarak kabul edilmektedir (1). Öz yetkinlik, bireylerin olası durumların üstesinden gelebilmeleri için gereken davranışları ne seviyede iyi yapabileceklerine ilişkin kendilerine olan inançlarıdır (2). Bandura (3) 1977'de, bireylerin davranışlarını, bu davranışlar için gösterdikleri çabaları ve dayanıklılıklarını öz yetkinliklerinin etkilediğini ileri sürmüştür. Öz yetkinliği yüksek olan bireylerin zorluklarla karşılaştıklarında bu zorlukların üstesinden gelmek için çaba sarf ettikleri ve hemen pes etmedikleri, düşük öz yetkinliği olan bireylerin ise bu zorlukları kaçınılması gereken problemler olarak gördükleri belirtilmiştir (1,3-6). Öz yetkinlik, bireylerin genel eğilimini yansıtan genel öz yetkinlik (7-11) ve alana özel öz yetkinlik olmak üzere 2 grupta incelenmektedir (12,13).

Bireylerin öz yetkinliklerinin farklı alanlarda araştırıldığı çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sigara kullanımını bırakma (14), diyet programları (15), sporda performans (16), politik katılım (17) akademik başarı (18), eğitim-öğretim (19) ve sağlık (20) alanları, öz yetkinliğin araştırıldığı alanlar arasındadır.

Periodontoloji alanında, hastaların diş fırçalama, diş ipi kullanma, diş hekimi muayenesine gitme ve beslenme alışkanlıkları konularında öz yetkinliklerin araştırıldığı ve bu özyetkinliklerin ağız bakımı davranışları ile ilişkisinin incelendiği farklı ülkelerde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (13, 21-34).

Hekimin önerdiği ağız bakımı uygulamaları, periodontal hastalıkların tedavisinde, bu hastalıklardan korunmada ve periodontal sağlığın devam ettirilmesinde ön şarttır ve çok önemlidir (35,36). Periodontal sağlığın uzun

dönemde devam ettirilmesi ise, ağız bakımı uygulamalarının davranış haline dönüşmesi ile gerçekleşebilmektedir.

Bandura'nın öz yetkinlik teorisine göre, bireyler üstesinden gelebileceklerini düşündükleri aktiviteleri gerçekleştirirken, başarısız olacaklarını düşündükleri aktivitelerden uzak durmaktadırlar (1,2,3,5). Bu teoriden yola çıkılarak, ağız bakımı uygulamalarını gerçekleştirmeleri için hastalar motive edildiklerinde, bu uygulamaları başarılı bir şekilde yapabileceklerine dair onlarda algı oluşabilir. Bu algının oluşması ile önerilen ağız bakımı uygulamaları hastalarda davranış haline dönüşebilir. Bu bağlamda, ağız bakımı konusunda bilinçlendirilip, motive edilen hastaların ağız bakımı ile ilgili öz yetkinliklerinin artacağı ve ağız bakımı öz yetkinliği artan hastaların günlük plak kontrollerini daha etkin yapabilecekleri varsayılabilir. Ağız bakımı öz yetkinliği düşük olan bir hastanın ise, periodontal hastalığının süreç içinde ilerleyeceği, tedavisinin zorlaşacağı ve bunların ekonomik açıdan daha büyük kayıplara yol açacağı beklenebilir. Bu durumda hastaların ağız bakımı öz yetkinliğinin önceden belirlenmesi ile, periodontal tedavi için onların davranışları öngörülebilir ve periodontal tedavi planlanması ona göre yapılabilir.

Yapılan araştırmaları göz önüne aldığımızda, genel öz yetkinlik ölçeği ve ağız bakımı öz yetkinliği ölçeğinin enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerde kullanıldığı, periodontoloji alanında yapılmış olan bir araştırma ülkemizde bulunmamaktadır. Çalışmamızda, enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerin ağız bakımı öz yetkinliği ile genel öz yetkinlik düzeylerini belirlemek ve toplumumuz için bunlar arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır. Araştırmamızın diğer amaçları ise, genel öz yetkinlik ile var olan ağız bakımı öz yetkinliğinin hastaların günlük plak kontrolü ve ağız bakımı davranışlarıyla ilişkisini belirlemek, cerrahisiz periodontal tedavi sırasında uygulanan motivasyon ve ağız bakımı eğitiminin kısa dönemde ağız bakımı öz yetkinliğine etkisini ortaya koymaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Periodontal Hastalık Tanımı

Dişi çevreleyen dişeti, alveol kemiği, periodontal ligament ve sementten oluşan destek dokulara periodonsiyum adı verilir. Periodontal hastalıklar, mikrobiyal dental plağın patojen mikroorganizmaları ve konak arasındaki kompleks etkileşimine bağlı olarak ortaya çıkan, periodontal destek dokularda enflamasyon ve yıkım ile karakterize bir grup enflamatuvar hastalıkları kapsamaktadır (37). Enflamatuvar periodontal hastalıkların çoğu kronik özelliktedir (37). Bu hastalıklar primer olarak mikrobiyal dental plak mikroorganizmaları tarafından oluşturulan hastalıklardır (38-40). Gingivitis ve periodontitis periodonsiyumu etkilen enflamatuvar hastalıkların iki ana tipidir (41,42).

2.1.1. Gingivitis

Gingivitis, dişetin enflamasyonu ile karakterize olup periodontal dokularda destek doku kaybına neden olmayan periodontal hastalıktır (37). Mikrobiyal dental plak, hastalığı başlatan ve ilerlemesini hızlandıran temel faktördür (43). Gingivitiste enflamasyonun klinik belirtileri dişetinde kızarıklık, şişlik (ödem), kanama, dokunun kıvamında yumuşama, dişeti kenarının yuvarlaklaşması ve boyutsal değişiklikler ile sınırlıdır (44). Gingivitiste periodontal ataşman kaybı ve alveol kemiği kaybı söz konusu değildir (45).

Gingivitis tedavi edilmediğinde, dişetindeki enflamasyonun derindeki destek periodontal dokulara doğru yayılması ile alveol kemiğinde yıkım ve periodontal ataşman kaybı meydana gelebilir (45,46). Bu noktada gingivitis periodontitise dönüşmüş olur. Gingivitis, periodontitisin habercisidir (47,48). Ancak tüm gingivitis olan bölgeler tedavi edilmediğinde periodontitise

dönüştürülecek anlamı çıkarılmamalıdır. (49). Periodontitis daima gingivitis ile başlarken bütün gingivitisler periodontitise ilerlemeyebilmektedir (47-49).

2.1.2. Kronik Periodontitis

Amerika'da 30 yaş ve üzerindeki erişkinlerin yaklaşık yarısında periodontitis varlığı bildirilmiştir (50). Periodontitis, döngüsel yıkım özelliğinde olup, yavaş ilerler (46,51-53). Bu hastalıkta kısa yıkım dönemlerinde ataşman kaybı gözlenir (53-55). Hastalığın yaygın formu kronik periodontitistir.

Kronik periodontitisin varlığında, dişetinde enflamasyona bağlı görülen değişikliklerin yanı sıra ataşman kaybı ve alveol kemiği kaybı oluşur. Alveol kemiği kaybına bağlı olarak zaman içerisinde dişeti çekilmesi görülebilir. Ayrıca furkasyon defekti, diş mobilitesinde artma ve patolojik diş migrasyonu da klinik olarak görülebilir (56).

1999 yılı uluslararası Amerikan Periodontoloji Akademisi çalıştayında (56), kronik periodontitisin karakteristik özellikleri şu şekilde listelenmiştir:

- a) Kronik periodontitis genellikle yetişkinlerde görülür, ancak erken yaşlarda da ortaya çıkabilir.
- b) Dişlerin üzerindeki mikrobiyal dental plak miktarı, lokal arttırıcı faktörler, sigara, stres, sistemik hastalık gibi etkenler ile periodontal dokuların yıkımı doğru orantılıdır.
- c) Subgingival biyofilm yapısında çeşitli mikroorganizma türlerini barındırır, biyofilm kompozisyonu bölgeye ve bireye göre değişebilir.
- d) Hastalıktan etkilenen bölgelerde subgingival diştışı bulunabilir.
- e) Hastalık genellikle yavaş ilerlemektedir, fakat hızlı periodontal yıkımın meydana geldiği dönemler olabilir.
- f) %30'dan daha az bölge etkilenmişse lokalize kronik periodontitis, %30'dan daha fazla bölge etkilenmişse yaygın kronik periodontitis olarak sınıflandırılır.
- g) Ataşman kaybı 1-2 mm kadar ise hafif kronik periodontitis, 3-4mm ise orta ve 5mm ve üzeri ise şiddetli kronik periodontitis olarak derecelendirilir.

- h) Kronik periodontitisin primer başlatıcı etkeni mikrobiyal dental plak olmasına karşın, konağa bağlı faktörler hastalığın patogenezinde ve ilerleme hızında etkilidir.
- i) Tedavi edilmeyen bölgelerde periodontal doku yıkımı devam eder.

Periodontitisin daha sık görülen tipi olan kronik periodontitis, herhangi bir yaşta başlayabilmekle birlikte daha çok yetişkinlerde gözlenmektedir (57). Hastalığın şiddeti ve ortaya çıkma olasılığı yaşla birlikte artar (46,52,55,58). Kronik periodontitisli hastalar üzerinde yürütülen bir araştırmada, Sri Lanka'lı yetişkinlerin bukkal bölgelerinde yılda ortalama 0.2 mm, dişler arası bölgelerde ise 0.3 mm ataşman kaybı olduğu bildirilmiştir (55). Aynı araştırmada Norveçli kronik periodontitisli yetişkin hastalarda bu kayıp dişlerin bukkal bölgelerinde yılda ortalama 0.1 mm, dişler arası bölgede ise 0.08 mm olarak belirlenmiştir (55).

2.2. Periodontal Hastalıkların Epidemiyolojisi

Periodontoloji alanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, periodontal hastalıkların çeşitli toplumlardaki prevalansını, insidansını ve şiddetini ortaya koymayı amaçlar. Bunun yanı sıra periodontal hastalıkların nedenlerini ve risk faktörlerini açıklamak, ayrıca periodontal hastalıklardan korunma yöntemlerini ve bu hastalıkların tedavi yöntemlerini belirlemek amacıyla da bu tür çalışmalar yapılmaktadır (59-62).

Periodontal hastalıklar ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar, yarım yüzyıldan daha uzun bir süredir yapılmaktadır. Başlangıçta yapılan çalışmalarda periodontal hastalıkların etyolojisi, patogenezi, doğası ile ilgili bilgiler eksikti ve ölçüm yöntemleri, hastalık kriterleri, sınıflamalar, standart olgu tanımlamaları yoktu. Araştırmacılar, ilerleyen zamanlarda epidemiyolojik çalışmalarda kullanılması amacıyla çeşitli indeks sistemleri geliştirmişler, sınıflamalar ve tanı yöntemleri belirlemişlerdir (41).

Periodontal hastalıklar, yetişkinlerdeki diş kaybının ikinci önemli nedeni olarak gösterilmiştir (63). Hafif ve orta şiddetli periodontitisin birçok yetişkini etkilediği, şiddetli periodontitisin dünya çapında altıncı yaygın hastalık olduğu belirlenmiş ve bu hastalığın yaşamın 3. ve 4. on yıllık döneminde zirve yaptığı

belirtmiştir (64). Periodontitis, kadınlara göre erkeklerde daha sık ortaya çıkmaktadır (59). Irksal ve etnik farklılıklardan dolayı, yetişkin siyahi bireylerde beyaz ırka göre iki kat daha fazla periodontitis görülme riski vardır (65). Dünya sağlık örgütü (WHO) 2005 yılında özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaptığı epidemiyolojik incelemelerde, yetişkin bireylerin çoğunluğunun gingivitis hastası olduğunu ve yetişkinlerin %10-15 'inde 6 mm ve daha fazla derinlikte periodontal ceplerin varlığını açıklamıştır (66).

1988-1994 yılları arasında ABD'de yapılan NHANES III çalışmasında, 30-90 yaş arası dişleri olan yetişkinlerin % 35'inde, 18 yaş üstü bireylerin %7.3'ünde periodontitis varlığı saptanmıştır (50,67). Yine bu çalışmada periodontitisin şiddetinin hastaların %22'sinde hafif, %9,5'unda orta, %3,1'inde ise ileri olduğu ifade edilmiştir (50,67).

1999-2000 yıllarında ABD'de yapılan bir başka NHANES çalışmasında, 18 yaş üstü bireylerde periodontitis prevalansı %4.2 olarak bildirilmiştir (65). Bu sonuç 10 yıllık bir dönemde ABD'de 18 yaş üstü bireylerde periodontitis prevalansında anlamlı azalma olduğu şeklinde yorumlanmıştır (65). İsviçre'de 1985 ve 1996 yıllarında yapılan çalışma (68) ile Oslo'da 1973 ve 2003 yılları arasında yapılan çalışmanın (69) verileri, farklı toplumlara ait olmasına karşın, Amerika'da yapılan NHANES çalışmalarında gözlenen periodontal hastalık prevalansındaki anlamlı azalmayı destekler niteliktedir.

Dişler periodontitis nedeniyle kaybedildiğinde, çiğneme ve konuşma fonksiyonları ile estetik olumsuz etkilenerek hastaların psikolojilerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştüğü bilinmektedir (70). Ayrıca, periodontitisin aspirasyon pnömonisi, diyabet, kardiyovasküler durumlar, iskemik felç, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve romatoid artrit gibi bazı sistemik durumları etkilediği bugün için bilinmektedir (71).

2.3. Periodontal Hastalıkların Etyolojisi

2.3.1. Mikrobiyal Dental Plak

Mikrobiyal dental plak kökenli periodontal hastalıkların primer etyolojik etkeni, biyofilm içerisinde bulunan mikroorganizmalardır (72). Mikrobiyal dental plak, tükürük ile dişeti oluşu sıvısı ve bakteri ürünlerinin oluşturduğu bir

matris (%75-80) ve bu matrisin içinde bulunan mikroorganizmalardan (%15-20) oluşan gerçek bir biyofilmdir (38).

Yapılan çalışmalarda, yaklaşık 700 tür mikroorganizma oral kaviteden (73,74) ve 300 türden daha fazla mikroorganizma periodontal ceplerden izole edilmiştir (75). Subgingival mikrobiyal bakteri topluluğu, periodontal sağlıktan periodontitise geçiş durumlarında önemli ölçüde değişmektedir (76). Periodontal sağlık durumunda, dişeti oluşunda *Streptococcus*, *Actinomyces* gibi alfa-hemolitik gram pozitif mikroorganizmaların baskın olduğu görülür (76,77). Gingivitisin gelişmesi, gram negatif mikroorganizmaların anlamlı artışı ile gerçekleşir (76,77).

Mikrobiyal dental plak birikimine izin verildiğinde, ağızdaki mikroorganizmalar kolonize olmaya başlar (38). Dişeti papili ile sıkı ilişkide olan diş arasındaki kol bölgesi ve dişeti oluşu, bakteri kolonizasyonu için uygun yerlerdir (61). İlk olarak kolonize olan türler *Actinomyces*, *Streptococcus* türlerinden oluşan sarı kompleks, *Capnocytophaga*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* serotip a, *Eikenella corrodens*, *Camplobacter concius*'ı içeren yeşil kompleks ve mor kompleksten *V. Parvula*, *Actinomyces odontolyticus*'dur (78). Birbirleriyle yakın ilişki içinde olan bu türlerin kolonizasyonu, gram negatif turuncu ve kırmızı kompleks bakterilerin çoğalması için öncülük etmektedir (78).

Amerikan Periodontoloji Akademisi'nin 1996 yılında yapılan çalıştayında (79), subgingival biyofilmden izole edilen periodontopatojen 4 temel mikroorganizmadan söz edilmiştir. Bu mikroorganizmalar: *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythia* ve *T. Denticola*'dır (61,80,81). Ayrıca *P. intermedia*, *F. nucleatum*, *E. corrodens*, *C. rectus*, *P. micra* ve *S. intermedius* da periodontal patojenler arasındadır. Tüm bu mikroorganizmaların sahip oldukları birçok virulans faktörü enflamatuvar süreci başlatır ve konak cevabını uyarır (61). Periodontal hastalıkların primer etkeni mikrobiyal dental plak olmakla beraber, genetik ve çevresel faktörler de hastalığın gelişiminde önemli rol oynamaktadır (72).

2.4. Periodontal Hastalıkların Tedavisi

Mikrobiyal dental plak kökenli gingivitis, tedavi edildiğinde geri dönüşümlü bir hastalıktır ve tedavisi primer olarak hastalığa neden olan faktörlerin elimine edilmesine bağlıdır. Böylece, enflamasyonun çözülmesi ve dişeti dokusunun iyileşmesi sağlanır. Periodontitisin tedavisi için de, öncelikle hastalığın ilerlemesini engellemek, daha sonra ise hasara uğrayan dokuların rejenerasyonunu sağlamak hedeflenir (82,83).

Amerikan Periodontoloji Akademisi 2011 yılında, periodontal hastalık durumuna bağlı olarak gerektiğinde sırasıyla aşağıdaki periodontal tedavi girişimlerinin yapılmasını önermiştir (84):

1. Hasta motivasyonu, ağız bakımı eğitimi ve gerekiyorsa uygun sevk ile risk faktörlerinin (stres, sigara, medikal durumlar) kontrolü konusunda rehberlik yapmak
2. Gerektiğinde periodontal durumla ilgili sistemik konsültasyon yapmak
3. Supragingival ve subgingival mikrobiyal dental plak biyofilmini ve diştaşını titiz bir şekilde yapılan diş yüzeyi temizliği ve gerektiğinde kök yüzeyi düzleştirilmesi ile kaldırmak
4. Kimyasal ajanları endikasyonları dahilinde lokal veya sistemik salım yoluyla kullanmak
5. Periodontal cepleri azaltmak ya da elimine etmek. Ağız bakımı yöntemleri ile periodontal sağlığın devamlılığını kolaylaştıracak olan dişeti formunu oluşturmak için rezektif uygulamalar (gingivektomi, gingivoplasti, osteektomi, osteoplasti, kök rezeksiyonu gibi) yapmak
6. Endikasyonları dahilinde periodontal rejeneratif uygulamalar (kret ogmentasyonu, yönlendirilmiş doku/kemik rejenerasyonu gibi) yapmak
7. Dişeti çekilmelerinin, yumuşak doku deformitelerinin düzeltilmesi ve estetiğin artırılması amacıyla periodontal plastik cerrahi işlemleri uygulamak

8. İdeal oklüzyonun sağlanması ve korunması amacıyla oklüzal tedavi (oklüzal düzenleme, splint uygulamaları, periodontal hızlandırılmış osteojenik ortodonti gibi) uygulamak
9. Protetik tedavi öncesi cerrahi periodontal uygulamalar (flep cerrahisi, kron boyu yükseltme operasyonu, rezektif/rejeneratif uygulamalar, mukogingival cerrahi girişimler) yapmak
10. Gerekli görülen dişleri, kökleri ya da implantları uzaklaştırmak
11. Dental implantları yerleştirmek ve peri-implant hastalıkları tedavi etmek
12. Ortodontik tedaviyi kolaylaştıran uygulamaları (frenilektomi, fiberotomi, dişeti pigmentasyonları) yapmak
13. Tedavi sonrasını değerlendirmek, günlük ağız bakımını değerlendirerek gerektiğinde ağız bakımı eğitimini tekrarlamak

2.4.1. Cerrahisiz Periodontal Tedavi Aşamaları

Cerrahisiz periodontal tedavi aşamaları, hasta motivasyonu ve ağız bakımı eğitimiyle birlikte gerektiğinde diş yüzeyi temizliği ve/veya kök yüzeyi düzleştirilmesi ve varsa yatrogenik faktörlerin elimine edilmesinden oluşmaktadır.

2.4.1.1. Hasta Motivasyonu

Enflamatuvar periodontal hastalıklar, büyük oranda önlenebilir hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisi ve bu hastalıklardan korunma yöntemleri konusunda diş hekimleri ve hastaların bilgilendirilmesi gerekir. Bu bağlamda diş hekimlerinin, hastaların ağız bakımı uygulamalarını etkin bir şekilde yapmaları konusunda onlara yaklaşımı iyi bilmesi, hastaların ise kendilerine önerilen ağız bakımı uygulamalarını düzenli olarak yapması gerekir. Diş hekimlerinin motivasyon görüşmeleri konusunda eğitilmeleri gerektiği bildirilmiştir (85-87). İyi yönde artmış ve sürdürülebilir ağız bakımı davranış değişikliği ile klinik periodontal parametrelerdeki iyileşmenin, ancak motivasyon konusunda iyi eğitilmiş ve deneyimli kişilerle sağlanabileceğine inanılmaktadır (88). Başarılı hasta motivasyonu ve ağız bakımı uygulamaları

konusunda diş hekiminin iki temel öğretinin farkında olması gerektiği ileri sürülmüştür (89). İlki, ağız bakımı uygulamaları sürekli yapılması gereken uygulamalardır. Hastanın sosyal gelişme süreci içinde ağız bakımı alışkanlıklarını erken zamanda kazanması daha kolaydır. İkincisi ise, hasta motivasyonundaki artışın, ağız bakımı davranışlarında önemli değişiklikler yapabilmesidir. Hastayı ve hastanın nasıl motive olabileceğini anlamak bu bağlamda kritik öneme sahiptir (89).

Motivasyon, ilgili konuda gereksinim hissi oluşturularak belirli bir amaca uygun olarak kişinin davranışlarının uyarılması, kanalize edilmesi ve sürdürülmesidir (90). Miller (91) ise motivasyonu, hastaların ilgili konudaki kararsızlığını ortaya çıkararak onlara zmler sunan, pozitif davranış değişikliği ve anlatılan eylemi yapma isteği oluşturan bir yöntem olarak tanımlamıştir. Uzun dönemde motive edici faktör, sorumluluk bilincidir. Bireylerin eylemleri, hissettikleri gereksinimleri doğrultusunda yönlendirilir. Bu nedenle motivasyondaki başarı, bireylerde bu gereksinim hissini oluşturmaktan geçmektedir (92). Ancak hekim motivasyon görüşmelerinde hastasını, ağız bakımı alışkanlıkları ile ilgili davranışlarda değişiklik yapmaya doğrudan ikna etmekten, onu bu konuda zorlamaktan kaçınmalıdır. Bu konu motivasyonun temellerinden biridir. Hasta değişiklik yapmak isteyip istemediğine kendisi karar vermelidir. Hekimin bu süreçteki görevi ise, hastasına doğru davranış değişikliği yapması konusunda bilgi, destek ve alternatif bakış açıları sunarak onu yönlendirmektir (93,94).

Motivasyon görüşmelerinde hasta, ağız bakımıyla ilgili olarak destek almak istediği konularda konuşabilmesi için cesaretlendirilmelidir. Daha sonra, hasta ve hekim kendi sorumlulukları konusunda konuşmalıdır. Hastanın ncelikli sorumluluğu, günlük ağız bakımı uygulamalarını yerine getirmektir. Fakat yeni anlatılan davranışların önemi hastaya tam olarak anlatılmazsa, bu bilinç hastada oluşmazsa, istenen davranışın yerine getirilmesi için bu durum ciddi bir risk oluşturur. Yeni ağız bakımı davranışları, bir öncekilerle ilişkili olarak oluşturulmalıdır. Örneğin yeni ağız bakımı davranışı bir önceki alışkanlıktan önceki sıraya konursa, bu durumun yeni alışkanlığa dönüşmesi daha kolay ve terk edilmesi daha zor olur (92). Diş hekimi her hastaya göre ağız sağlığı parametrelerinden hangisinin önemli olduğunu belirlemeli ve

hastaya önerdiği programda bu parametre ile ilgili hedef koymalıdır (89). Hastanın periodontal tedaviye katılımı konusundaki korkusunun ve çekingenliğinin azaltılması, etkili davranış değişikliği oluşturulması açısından önemlidir. Hasta, ağız bakımı konusunda konulan hedefin başarılması açısından yüreklendirilmelidir (89). Herhangi bir koruyucu uygulamada esas prensip, hastalık için risk nerede fazlaysa o bölgelerde tedaviden sonra maksimum pozitif etki gözleminin daha kolay olduğudur (92). Periodontal hastalık açısından risk altında olan dişler ve bölgeler üzerine hastanın dikkati yoğunlaşırsa, ağız bakımı uygulamaları sonrasında bu bölgelerdeki iyileşmeyi hasta daha belirgin olarak izleyebilir (92).

Hekimlerin hastalarla olan iletişimi konusunda birçok motivasyon yöntemi hekimlere rehberlik yapabilir. Wilder ve Bray (88), kısa ve öz motivasyon görüşmesinin anahtar bileşenlerini şu şekilde belirtmiştir: a) Hekim hastasına motivasyon uygulayacağını söylemeli ve hastasından uygulama öncesinde onay almalıdır, b) Motivasyon, eğitici olmalı ve hastada öğrenme sağlamalıdır, c) Motivasyon, hastaya seçenek sunmalıdır, d) Periodontoloji alanındaki motivasyon, hekimin önerdiği ağız bakım programıyla ilişkili olmalıdır. Miller ve Rollnick (95) ise, etkili bir şekilde motivasyon yapmak için altta yatan felsefeyi somutlaştırmanın, motivasyon tekniklerini uygulamaktan önce geldiğini ileri sürmüştür. Miller ve Rollnick (95), motivasyonun altında yatan felsefenin 5 temel prensibini şu şekilde anlatmıştır:

1. Diş hekimi, davranış değişikliği ikilemi konusunda hasta ile empati kurduğunu ona göstermelidir. Hastaya, onun açısından bakabildiğini, onun duygularını ve çekindiği noktaları anladığını hissettirmelidir.
2. Hastanın mevcut davranışı ve aslında nasıl davranmak istediği ile ilgili tutarsızlıkları belirlenmelidir. Sağlıklı olmak ve gelişmiş sağlık davranışına sahip olmak, ancak güçlü ve sorumlu biri olmak ile olasıdır.
3. Hasta değişikliğe dirençli olduğunda, diş hekimi doğrudan hastasına karşı tezler sunmamalıdır. Bu durumda hasta, tüm enerjisini değişiklik karşıtı savunma yapmak için harcar ve sonuçta değişikliğe daha dirençli hale gelebilir. Aslında hastanın değişikliğe gösterdiği direnç, onun

hekimini iyi dinlediğinin bir göstergesi de olabilir. Hasta doğru motive edildiğinde, bu durum hekim için avantaja dönüşebilir.

4. Diş hekimi, motivasyon konusunda hastayla tartışmaktan ve onunla karşı karşıya gelmekten uzak durmalıdır. Hastayla tartışmak onun motivasyonunu artırmayacaktır.
5. Diş hekimi, hastanın ağız bakımı konusundaki öz yetkinliğini arttırmalı, diğer bir deyişle hastanın günlük ağız bakımı davranışlarında değişiklik yapabilmesi için onun yeteneklerine olan güvenini geliştirmelidir. Hasta iyi motive olsa bile, davranışlarında nasıl değişiklik yapacağını bilemediğinde ya da bu konuda kendine inanmadığında, onun davranış değişikliği yaparak başarılı olması olası değildir. Motivasyon yapan hekim, hastasının geçmiş başarılarına dikkat çekerek, onun doğru adımları atma yeteneğine olan inancını geliştirebilmesi için çaba sarfetmelidir.

2.4.1.2. Ağız Bakımı Eğitimi

Ağız bakımı eğitimi konusunda deneyimsiz olan diş hekimleri, ağız bakımı eğitiminin yalnızca hastalara diş fırçalama ve diş ipi kullanmayı anlatmaktan geçtiğini düşünmektedir. Hastanın ağız bakımı uygulamalarını öğrenmesi önemli olmakla birlikte, diş hekimi hastasının ağız bakımı için gerekli olan becerilere sahip olup olmadığı ve hastanın bu uygulamaları neden yapması gerektiği konusunda bilgisi olup olmadığı üzerinde yoğunlaşmalıdır. Hasta için öncelikli hedef klinik olarak görülebilen supragingival mikrobiyal dental plağı ortadan kaldırmaktır. Hastanın ağız bakımı uygulamalarında başarılı olması, hasta ve diş hekiminin tedavide eşit sorumluluk almasından geçmektedir. Diş hekiminin bu konudaki sorumluluğu, hastasının periodontal hastalıktan korunmada ağız bakımı için gerekli becerilere sahip olduğundan emin olmaktır. Hastalar periodontal tedavinin destekleyici periodontal tedavi safhasına geçirilmeden önce, hastanın günlük ağız bakımını başarılı yaptığında diş hekimi emin olmalıdır. Diş hekimi hastasının günlük ağız bakımını başarılı bir şekilde yaptığında emin olduktan sonra, bu beceriyi devam ettirmek ve alışkanlık haline getirmek ise hastanın sorumluluğudur (96).

Günlük plak kontrolünün öğrenilmesi için farklı ve etkili yollar bulunmakta ve bu konuda üç basit bileşenden söz edilmektedir (96):

1. Fırçalama ve diş arası temizliğinin gösterilmesi
2. Hastanın günlük plak kontrolünü olabilecek en iyi şekilde yapıp bir sonraki randevuya gelmesinin istenmesi
3. Bir sonraki randevuda plak olan ve olmayan bölgelerin hekim tarafından saptanması ve hastanın plak kontrolünde başarılı ve başarısız olduğu bölgeleri görebilmesinin sağlanması

Periodontal tedavinin başarısının uzun vadede devamı, hastanın ağız bakımını devam ettirmedeki isteği ve becerisiyle büyük ölçüde ilişkilidir. Bu da ancak, hastanın günlük plak kontrolünü yapması ve profesyonel yardım alması ile başarılır. Hastanın günlük plak kontrolünü devam ettirme isteği ve becerisi zayıf ise, diş hekimi etkin profesyonel bakım yapmasına karşın tedavi uzun dönemde başarısızlıkla sonuçlanır (97).

Hastaların ağız bakımı alışkanlıklarını geliştirmek için fırçalama, diş ipi kullanma ve gerektiğinde diğer ağız bakımı gereçlerini kullanma konusunda davranış değişiklikleri oluşturulması gerekir (98). Özellikle periodontal hastalıklı bireylerin tedavilerinin uzun dönem başarısını elde etmek için, bu konunun geliştirilmesine diş hekimliğinde çok ciddi gereksinim vardır (98,99). Ancak hastalarda ağız bakımı ile ilgili davranış değişikliği oluşturmak kolay değildir (100). Davranış değişikliğinin etkileri ancak birkaç hafta sonunda gözlemlenebilir, bu yüzden davranış değişikliği sağlanan hastaların semptomlarında hemen değişiklik gözlenmesi de beklenmemelidir (101). Hastanın, ağız bakımı ile ilgili davranış değişikliğine hazır olması, onun motivasyonu ve öz yetkinliğindeki artışa bağlıdır (Şekil:1) (95). Diğer önemli konu da, enflamatuvar periodontal hastalığı olan bireylerde kalıcı yaşam tarzı değişikliği oluşturmanın gerekliliğidir, çünkü bu hastalıklar kronik hastalıklardır (101).



Şekil 1: Bireyin davranış değişikliğine hazır olması
(Miller & Rollnick, 1991), (95)

Johansson ve ark. (102) 1984'de, orta şiddetli periodontitisi olan 44 hastanın ağız bakımı uygulamalarına olan bağlılıklarını araştırmışlar ve 3 yılın sonunda hastaların ancak yarısından azının diş arası temizliği gereçlerini kullandığını rapor etmişlerdir. 2005 yılında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'nda yapılan lisans mezuniyet tezi çalışmasında, aktif periodontal tedavi gören 100 hastanın 12 ay sonraki ağız bakımı alışkanlıkları sorgulanmış ve öğretilen günlük plak kontrolü teknikleri ile ilgili hastaların becerileri değerlendirilmiştir (103). Aktif periodontal tedavi esnasında hastalara motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanmıştır. Araştırmacılar aktif periodontal tedaviden 12 ay sonra yaptıkları sorgulamada, hastaların tümünün dişlerini fırçaladığını ve %72'sinin ise diş ipi/ara yüz fırçası kullandığını söylediklerini saptamışlardır (103). Ancak beceri ile ilgili yapılan değerlendirmelerde, hastaların sadece %76'sının uygun teknikle dişlerini fırçaladığı ve %57'sinin uygun ara yüz temizliği yöntemini kullandığı belirlenmiştir (103). Hastaların sağlığı için hekimlerin yaptığı önerilere hastaların uyum oranı ile ilgili çalışmalara bakıldığında, bu önerilere yaklaşık %30-60 oranında uyum olduğu görülmüştür (104-107). Hastaların %40'ından fazlasının hekimlerin önerilerini unuttuğu, yanlış anladığı ya da uygulamak istemediği belirtilmiştir (108). Diş hekimlerinin en önemli ve en zor görevlerinden birinin, günlük plak kontrolü için yaptıkları önerilere hastaların uyumunu artırmak olduğu ileri sürülmüş, ancak bu yolla hekimlerin hastalarında sağlık ile ilgili davranış değişikliği oluşturabilecekleri bildirilmiştir (88).

Ağız bakımı eğitimi ve motivasyonla ilgili yapılan geleneksel önerilerin, uzun dönemde davranış değişikliği oluşturması açısından pek de başarılı olmadığı görülmüştür (88). Günümüzde ağız bakımı eğitiminin ve bu konuda

motivasyon uygulanmasının önceki yıllara göre önemli ölçüde değiştiği düşünülmektedir (88). Motivasyona ve ağız bakımı eğitimine, sosyal ve sağlık bilimlerindeki yaklaşım, strateji ve teorilerin karışımının yansıdığı ileri sürülmüştür (88).

Davranış değişikliğinin psikososyal yönüne artan ilgi, psikososyal modeller üzerinden ağız bakımını geliştirmeye yönelmiş ve bu konu araştırmalarda incelenmiştir (25,109). Stewart ve ark (25) ile Little ve ark. (109) tarafından yapılan araştırmalarda, motivasyon uygulanan grupta motivasyon uygulanmayan gruba göre plak değerlerinin daha az olduğu ortaya konmuştur. Stewart ve ark. (25), tüm hastalara 10 dakikalık doğru diş fırçalama ve diş ipi kullanma tekniğini anlattıktan sonra hastaları 3 ayrı gruba rastgele ayırmışlardır. Bir gruba periodontist tarafından günlük plak kontrolünün nasıl yapılacağı hastanın kendi ağızında uygulamalı olarak gösterilmiştir. İkinci gruba psikolog tarafından 4 seans Miller ve ark. (93)'nin 1983'de bahsettiği motivasyon yöntemine benzer bir yöntem ile motivasyon uygulanmıştır. Üçüncü gruba (kontrol grubu) ise, motivasyon ve ağız bakımı eğitimi ile ilgili herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırmacılar, 3 gruptaki tüm hastalara başlangıçta ve 5 hafta sonra, diş ipi kullanma öz yetkinliği ile ilgili anketi uygulamışlardır (25). Kendi ağızında ağız bakımı eğitimi verilen grup ile kontrol grubunda diş ipi kullanımı ile ilgili öz yetkinlik değerlerinin 5 hafta sonrasında değişmediği, ancak motivasyon uygulanan grupta diş ipi kullanımı ile ilgili öz yetkinlik değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı oranda artış olduğu görülmüştür (25). Little ve ark. (109) ise 4 aylık gözlemleri sonucunda, motivasyon uygulanmayan gruba göre motivasyon uygulanan grupta tüm ağız sondalamada kanama değerlerindeki düşüşün ve başlangıç sondalama derinliği 3-6 mm olan bölgelerdeki tedavi sonrası sondalama derinliğindeki azalmanın anlamlı olarak fazla olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar, hastalarda oluşturulan davranış değişikliğinin en önemli belirleyicisinin, hastaların motivasyon ile gelişebilen kendi öz yetkinlikleri olduğunu bildirmişlerdir (25,109).

Kişinin öz yetkinliğindeki değişimin, sigara bırakma davranışı (14), zayıflama (15) ve tıbbi diyet programlarına uyum (110) ile uzun dönem diş hekimi kontrollerine gitme (30) gibi konularda iyiye ya da kötüye gidış

açısından tahmin edici bir araç olarak kullanılabilceği bildirilmiştir. Renz ve ark. (98), davranış yönetimi ile ilgili psikolojik yaklaşımların, hastaların ağız bakımı davranışlarını geliştirebileceğini ifade etmişlerdir. Bandura'nın Sosyal Biliş Teorisi'ne göre öz yetkinlik, hastaların sağlık alanındaki davranışlarının kontrolü için belirleyici bir faktördür (3). Nitekim, sosyal biliş modellerinin, davranış yönetimi ile ilgili psikolojik yaklaşımların tasarımı için kullanışlı ve uygulanabilir bir temel oluşturabileceği ileri sürülmüştür (111).

2.5. z Yetkinlik Kavramı

2.5.1. z Yetkinlik Tanımı

Bandura (112) 1994 yılında öz yetkinliği, bireylerin hayatlarını etkileyen olaylar konusunda belli bir performansa ulaşabilmeleri için kendi yeteneklerine olan inancı şeklinde tanımlamıştır. z yetkinliğin, bireylerin hislerini, düşüncelerini, davranışlarını, zorluklar karşısındaki dayanıklılıklarını, stres ve depresyona olan zafiyetlerini ve kendilerini nasıl motive ettiklerini etkilediğine inanılmaktadır (112). Daha sonra 1997 yılında aynı araştırıcı öz yetkinliği, bireylerin belirli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergilemeleri ile ilgili kendilerine olan inançları şeklinde tanımlamıştır (1).

2.5.2. Sosyal Biliş Teorisi ve z Yetkinlik Kavramının Ortaya Çıkışı

Bandura ve Walters (113) 1963 yılında, Sosyal ğrenme ve Kişisel Gelişim Teorisi'ni geliştirmişlerdir. Daha sonra, 1977 yılında geliştirilen Sosyal ğrenme Teorisi'nin anahtar unsurunun öz yetkinlik olduğu bildirilmiştir (3). Bandura (3), kişilerin sahip oldukları yetkinliklerine olan inançlarının, onların seçimleri ile gösterecekleri çabanın miktarını, zorlayıcı durumlar karşısındaki azimlerini ve anlama derecelerini güçlü bir şekilde etkileyeceğini ileri sürmüştür. Bandura (2), bireylerin yapabileceklerine, davranışlarına ve öz denetimlerine olan etkisi nedeniyle bilişselliği vurgulamak ve zamanın diğer sosyal öğrenme teorilerinden ayırt etmek için, kendi geliştirdiği Sosyal ğrenme Teorisi'nin ismini Sosyal Biliş Teorisi olarak değiştirmiştir. Sosyal Biliş Teorisi ile,  temel unsurun karşılıklı etkileşimi sonucu insan

davranışlarının ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (1,2). Sosyal Biliş Teorisi'nde kişisel faktörler (bilişsel, duygusal ve biyolojik olaylar), davranış faktörü ve çevre faktörü olarak belirtilen bu üç unsur, karşılıklı etkileşimler içerisinde faaliyet göstererek insan davranışları üzerinde farklı derecelerde belirleyici olur (1,2). Sosyal Biliş Teorisi'ne göre, bireylerin sosyal süreçler ve bilişsel işlemler yoluyla öğrendikleri davranışları performansla dönüştürebilmelerini etkileyen en önemli faktör, algıladıkları öz yetkinlikleridir (1). Davranışın performansa dönüşmesi için bireyin kendi performansına ilişkin değerlendirmesi, algıladığı yetkinliğine dayanır (1).

Bandura'nın Sosyal Biliş Teorisi'ne göre davranışların şekillenmesi, bireyin kendini gözlemlemesi, yetenek eğitimi, modellemesi ve görselleştirmesi yoluyla olabilmektedir (3). Conner ve Norman (114) ise, Sosyal Biliş Teorisi'ne göre davranışların özellikle bireylerin güdeleri ve 3 farklı beklentileri ile şekillendiğini ileri sürmüştür. Bu beklentiler: Durum-sonuç beklentileri, eylem-sonuç beklentileri ve algılanan öz yetkinliktir. Tüm bu beklentiler bu teorinin bir parçası olmasına karşın, öz yetkinlik Sosyal Biliş Teorisi'ndeki en önemli görevi üstlenmiştir (1-3,101). Sonuç beklentisi ile öz yetkinlik birbiriyle ilişkili olmasına karşın, farklı anlamlar taşımaktadır. Sonuç beklentisi, bir davranışın sergilenişinin ne gibi sonuçlar doğuracağına ilişkin bireyin sahip olduğu yargısıdır (3). Öz yetkinlik ise, bireyin ulaşmayı hedeflediği noktaya ulaşabilmesine ilişkin sahip olduğu kapasitesi hakkındaki inancıdır. Eğer birey belirli bir performansa odaklanırsa, bunun öz yetkinlik hakkındaki inançları ile ilişkili olduğu söylenebilir (3). Ancak birey belirli bir davranışın sonuçlarına odaklanırsa, bunun sonuç beklentisi ile ilişkili olduğu sonucuna varılabilir (3). Durum-sonuç beklentileri, davranışla ilgili olmayan herhangi bir durumun sonuçları hakkında bireylerin inançlarını temsil etmektedir (114). Eylem-sonuç beklentileri ise, bir davranışın istenilen sonuca yol açıp açmayacağı konusundaki bireylerin inançlarını anlatmaktadır. Eylem-sonuç beklentilerinin, genellikle durum sonuç beklentilerinin üzerine etkili olduğu, ve bu beklentilerin bireylerin hedefleri ve niyetleri aracılığı ile davranışlarını şekillendirdiği düşünülmektedir (114).

Öz yetkinliği yüksek olan kişilerin sonuç beklentilerinin de yüksek olacağı öngörülebilir. Buna karşın Bandura (1), öz yetkinlik ile sonuç beklentilerinin her

zaman birbiriyle örtüşmeyebileceğini ifade etmiştir. Bu durumda, öz yetkinliği yüksek olan bireylerin sonuç beklentileri olumsuz olabileceği gibi, öz yetkinliği düşük olan bireylerin sonuç beklentilerinin olumlu olabileceği de ileri sürülmüştür (1).

Öz yetkinlik, bireylerin düşüncelerini, motivasyonunu ve duygusal durumlarını, dolayısıyla davranışlarını etkilemektedir. Örneğin, öz yetkinliği düşük olan insanlar, gerekli yeteneklere sahip olsalar ve ne yapacaklarını bilseler bile, bazı durumları etkili bir şekilde yönetemezler. Diğer bir ifadeyle, eğer birey ulaşmayı istediği amaca ulaşabileceğine inanmazsa, amaçlarını sürdürmede ve karşısına çıkan engelleri aşmada çok az motivasyona sahip olur. Kişinin kendi kaynaklarına güvenememesi, yani düşük öz yetkinliği, herhangi bir durum karşısında yeterli becerilere sahip olsa bile kişinin becerilerini harekete geçirmesine engel teşkil edebilmektedir. Belirli bir iş ya da göreve ilişkin yüksek öz yetkinliğe sahip bireyler, bu görev ve işlerde düşük öz yetkinliği olanlara göre farklı düşünmekte, farklı hissetmekte ve farklı davranışlar sergilemektedir (3,4).

Bandura (1), öz yetkinliği yüksek olan bireylerin hedefledikleri amaçlara ulaşmaları, bu amaçları sürdürmeleri ve belirli bir beceriyi en iyi şekilde ortaya koymalarının daha olası olduğu görüşündedir. Araştırmacı, düşük öz yetkinliğe sahip olan bireyler için aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır (1):

- Kendilerine verilen zor görevleri tehdit olarak algılar ve geri çekilirler.
- Kendilerini motive etmekte zorlanırlar, engellerle karşılaştıklarında kolay pes ederler.
- Zayıf idealleri vardır ve amaçlarına bağlılıkları çok kuvvetli değildir.
- Zor görevlerle karşılaştıklarında, kişisel yetersizliklerine, görevin zorluğuna ya da başarısızlık sonucu oluşabilecek olumsuz durumlara odaklanırlar.
- Başarısızlık ya da yenilgiden sonra toparlanma süreçleri yavaş olur. Çünkü, görevleri başarılı şekilde nasıl gerçekleştireceklerinden çok kendilerine tanı koymayı sürdürürler.
- Kolayca kaygı yaşar, depresyona ve strese girebilirler.

Bandura (1), yüksek öz yetkinliğe sahip bireyleri ise şu şekilde tanımlamıştır:

- ✓ Zorluk derecesi yüksek görevlerle karşılaştıklarında, bu zorlukları sakınılması gereken tehditler olarak görmektense üstesinden gelinecek fırsatlar olarak değerlendirirler.
- ✓ Kendilerine iddialı hedefler koyarlar ve bu hedeflerine bağlı kalırlar.
- ✓ Başarısızlık ya da engellerle karşılaştıklarında, çabalarını artırma eğiliminde olurlar. Başarısızlıklarını az çaba sarf etmelerine bağlarlar.
- ✓ Başarısızlık ya da yenilgiden sonra çabuk toparlarlar.
- ✓ Tehdit ya da stres yaratan durumların üstesinden gelebileceklerine dair kendilerine güvenirler. Bu yaklaşım onların başarılarını arttırmakta, stres ve depresyona olan yatkınlıklarını azaltmaktadır.

Öz yetkinliği yüksek olan bireyler performanslarını daha üst düzeylere çıkarabilirlerken, öz yetkinliği düşük olan bireyler ise performanslarının altına düşebilirler (3,5). Ancak öz yetkinlik, başarı üzerine tek başına etkili değildir. Bireylerde bulunan bilgi ve becerilerin de beklenen sonuçlar üzerine etkileri vardır. Yeterli bilgi ve beceri olmadığında, yüksek öz yetkinliğin gerekli performansı ortaya çıkaramayabileceği ileri sürülmüştür (3).

Öz yetkinlik, bireylerin genel eğilimini yansıtan genel öz yetkinlik (7-11) ve alana özel öz yetkinlik (12,13) olmak üzere 2 grupta incelenmektedir.

2.5.3. Genel Öz Yetkinlik

Genel öz yetkinlik, öncelikle geniş bir davranış yelpazesi düşünüldüğünde, kişinin yaratabileceğine inandığı sonuçlar ve bu yönde gösterebileceği davranışlarıyla ilgili yeteneğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (9). Daha sonra 2005 yılında Luszczynska ve ark. (115) tarafından genel öz yetkinlik, kişinin geniş bir alana yayılmış stres yaratan durumlar ya da çevreden gelen ve kişiyi güç durumda bırakan taleplerle başa çıkabilme yeteneği hakkındaki inancı olarak tekrar tanımlanmıştır. Sosyal Biliş Teorisi'ne göre, belirli bir alanda yükselen öz yetkinlik düzeyinin, bu alanla

ilişkili diğer alanlara da transfer edilebileceği ileri sürülmüştür (3). Ancak Bandura (1) daha sonra, bireylerin genel öz yetkinliği ile belirli bir konuyla ilgili öz yetkinliği arasında ilişki olmadığını ya da çok az ilişki olduğunu belirtmiştir. Buna karşın, öz yetkinlik alanında inceleme yapan diğer araştırmacılar ise, öz yetkinliğin belirli bir göreve ya da alana özgü olabileceği gibi, bir kişilik özelliği gibi çok farklı alanlara da genellenebilir bir inanç olarak incelenebileceğini belirtmişlerdir (9,115-117).

2.5.4. Alana Özel Öz Yetkinlik

Kişinin kendi yetkinlikleri ile ilgili değerlendirmeleri, belirli bir zaman dilimi içinde bulunulan ortamda ve üstlenilen iş ya da faaliyet özelinde incelenebilir (4). Bu açıdan bakıldığında, alana özel öz yetkinlik, kişinin elindeki özel bir durumu veya görevi başarıyla gerçekleştirebileceğine ilişkin yeteneğine olan güveni olarak ele alınabilir (1,3,4).

2.5.5. Öz Yetkinlik Bilgi Kaynakları

Öz yetkinliğin şekillenmesinde, birbiriyle etkileşim halinde olan 4 temel bilgi kaynağı yer alır. Bu 4 temel bilgi kaynağı *performans başarıları*, *model alınan kişilerin deneyimleri*, *sosyal ikna ve duygusal durum* olarak bildirilmiştir (3). Performans başarıları bu dört temel kaynak arasından en etkili olanı olarak gösterilmiştir (1,112,118). Bireyler, yaşamda çeşitli eylemleri gerçekleştirir ve gerçekleştirdikleri eylemlerin sonuçlarını değerlendirdikten sonra, benzer eylemleri gerçekleştirmede bu sonuçları kendilerine referans olarak alırlar (1). Böylece ilgili konuda öz yetkinlik geliştirirler ve bu öz yetkinlikleri doğrultusunda hareket ederler (*performans başarıları*) (1,112). Öz yetkinliği şekillendiren dört bilgi kaynağının bireyi olumlu yönde etkileyebileceği gibi, olumsuz yönde etkileyebileceği de ileri sürülmüştür (1,112,118).

Bireyin yaptığı işlerde gösterdiği başarısı, onu gelecekte benzer davranışlara güdülemektedir. Bireyler, söz konusu olan bir alanda deneyimleri yoksa veya sınırlıysa, kendileriyle aynı özellikte (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi v.s.) veya şartlarda olan kişilerin deneyimlerinden etkilenirler. Model alınan kişilerin başarısı ben de yapabilirim duygusunu bireyde yaratırken, bu kişilerin başarısızlığı ise bireyin kendisinin başarma yeteneği konusunda şüpheye

düşmesine neden olabilmektedir (*model alınan kişilerin deneyimleri*) (1,118). Ancak öz yetkinliğin oluşmasında, başkalarının deneyimlerinden edinilen bilgiler, bireysel deneyimlerden elde edilenler kadar etkili değildir (1,112,118).

Aile, akraba, öğretmen ve arkadaşları gibi yakınlarının herhangi bir işi yapma konusunda teşvik edici konuşmaları ile bireylerin cesaretlendirilmesi, onların öz yetkinliğinin değişmesine neden olabilir (*sosyal ikna*) (1,4,118). Birey, çevresinden gelen ikna edici öneriler ile bir işin üstesinden gelmişse, bu yaşadığı durumun olumlu etkilerini sürdürme eğiliminde olur (1,4,112,118).

Bireylerin gerçekleştirdikleri eylemler sırasındaki *duygusal durumları*, gerek performanslarını gerekse de öz yetkinliklerini etkilemektedir. Yüksek kaygı ve aşırı stres, bireyin o konudaki öz yetkinliğinin düşmesine neden olurken, huzurlu ortam ve iyi ruh hali ise bireyin öz yetkinliğini olumlu etkilemektedir (1,112,118). Bireylerin eylemde bulunduğu sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması, girişimde bulunma olasılığını da arttırabilmektedir (4).

2.5.6. Periodontal Sağlık ile Ağız Bakımı Öz Yetkinliği Arasındaki İlişki

Sağlıkla ilişkili birçok alanda öz yetkinliğin önemli olduğu bildirilmiştir (14,15,20,110). Periodontoloji alanında da, öz yetkinliğin araştırıldığı çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Stewart ve ark. (26) 1997'de Amerika'da yaptıkları çalışmalarında, ağız bakımı konusundaki öz yetkinlik ve sonuç beklentileri anketini kullanmışlardır. Hastaların diş ipi yapma ve diş fırçalama öz yetkinlik değerlerinin, bireylerin diş fırçalama, diş ipi kullanma ve diş hekimi muayenesine gitme sıklıklarıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (26). Syrjala ve ark. (13) 1999 yılında Finlandiya'da, diyabet hastalarının diş fırçalama ve diş arası temizliği yapma ile diş hekimi kontrollerine gitme konularındaki öz yetkinliklerini sorgulayan dental öz yetkinlik ölçeğini kullanmışlardır. Araştırmacılar, HbA1c seviyesi yüksek olan hastaların diş fırçalama konusundaki öz yetkinlik değerlerinin düşük ve plak birimi değerlerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (13).

Japonya'da 2008 yılında Kakudate ve ark. (29), diş fırçalama ile diş hekimi muayenesine gitme ve beslenme konularında hastaların öz yetkinliklerini sorgulayan SESS anketini kullanmışlardır. SESS anketi sonuçları yüksek çıkan hastaların periodontal tedaviye olan bağlılıklarının fazla olduğunu saptamışlardır (29). Kakudate ve ark. (30) Japonya'da 2010 yılında yaptıkları bir başka çalışmalarında da, daha önce yaptıkları çalışmanın anketlerini kullanmışlardır. SESS anketi sonuçları düşük olan hastaların uzun dönemde diş hekimi kontrollerine daha az gittiklerini bildirmişler ve hastaların uzun dönemde kontrollere gitmeleri konusunda SESS anketi sonuçlarının tahmin aracı olarak kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir (30). Kakudate ve ark. (31) 2011 yılında Japonya'da yaptıkları bir diğer araştırmalarında ise, bu çalışmayla geliştirdikleri ve hastaların kendi bakımları sonucu oluşabilecek olumlu gelişme ölçeği olarak adlandırılan OESS anketini uygulamışlardır. Araştırmacılar, OESS ölçeğinin hastanın o günkü ağız bakımı durumuyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (31). Mizutani ve ark. (32), 2012 yılında Japonya'da 18-19 yaşlarındaki üniversite öğrencilerinde SESS anketini kullanmışlardır. Araştırmacılar öz yetkinlikleri yüksek olan öğrencilerin, öz yetkinlikleri düşük olan öğrencilere göre ağız bakımı uygulamalarını daha iyi yaptıklarını, dişeti sağlıklarının daha iyi olduğunu ve düzenli diş hekimi kontrolüne daha fazla gittiklerini belirlemişlerdir (32).

Woelber ve ark. (33) 2015 yılında Almanya'da yürüttükleri çalışmalarında, genel öz yetkinlik ölçeği (9) ile hastaların diş fırçalama, diş arası temizliği yapma, diş hekimi kontrollerine gitme konularındaki öz yetkinliklerini sorgulayan, kendilerinin geliştirdikleri ağız bakımı öz yetkinliği ölçeğini kullanmışlardır. Araştırmacılar, ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği ve genel öz yetkinlik ölçeği değerlerini birbiriyle ilişkili bulmuşlardır (33). Ayrıca ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği değerlerinin kadınlarda erkeklerden yüksek olduğunu, sigara içmeyen bireylerin ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği değerleri ile sondalamada kanama değerlerinin ilişkisini saptamışlardır (33). Bu verilerine dayanarak araştırmacılar, ağız bakımı ile ilgili öz yetkinliğin, ağız bakımı davranışlarında etkili bir faktör olduğunu ve ağız bakımının göstergesi olabileceğini ileri sürmüşlerdir (33).

Bilgilerimize göre ülkemizde, bizim bu araştırmamızda kullanmayı planladığımızdan farklı bir ölçekle öz yetkinlik sorgulaması yapan, az sayıda çalışma bulunmaktadır (119-121). Başak ve ark. (119) 2005 yılında yaptıkları çalışmalarında, ergenlik çağı öncesi çocukların fırçalama ile ilgili öz yetkinlik ölçeği (TBSES) değerlerinin, çocukların ağız bakımı konusundaki davranışlarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Çınar ve ark. (120), Türk ve Finlandiya'lı ergenlik çağı öncesi çocuklarda TBSES anketini ve bu çocukların annelerinde de diş fırçalamayla alakalı annenin öz yetkinliğini sorgulayan bir anketi uygulamışlardır. Araştırmacılar, Türk anne ve ergenlik çağı öncesi çocuklarının öz yetkinliklerinin, Finlandiya'lılardan daha düşük değerlerde olduğunu bildirmişler, bu farkın Türkiye ve Finlandiya arasındaki kültürel farklılıktan kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (120). Çınar ve ark.(121) 2014 yılında tip 2 diyabet hastalarının günlük ağız bakımı uygulamaları, diyet alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri konularındaki öz yetkinliklerini belirlemişlerdir. Bu hastaların bir grubu (sağlık koçluğu grubu) nörolingüistik programlamaya (NLP) alınmış, sağlıkla ilgili becerilerini geliştirmeye yönelik olarak bu hastaların NLP eğitimleri uzman bir eğitimci tarafından gerçekleştirilmiştir. Diğer gruba (sağlık eğitimi grubu) ise ağız bakımı ve diyabet hastalığının yönetimi konularında bilgilendirme bir diş hekimi tarafından yapılmıştır. Altı aylık takip süresinin sonunda, sağlık eğitimi grubuna göre NLP eğitimi verilen sağlık koçluğu grubunda klinik ataşman kaybındaki azalma daha belirgin saptanmıştır (121). Buna ilaveten, TBSES değerleri düşük ve orta seviyede olanların diş fırçalama öz yetkinliklerindeki gelişme, sağlık koçluğu grubunda sağlık eğitimi grubununkinden yüksek bulunmuştur (121).

Bugüne kadar farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, periodontal hastalığı olan bireylerin ağız bakımı öz yetkinliğinin, diş-dişeti sağlığı için gerekli olan günlük plak kontrolüne etkileri incelenmiştir (13,23,30,31,33). Bu araştırmaların verilerinden, ağız bakımı öz yetkinliği düşük olan hastaların günlük plak kontrolünü yeterince etkin yapamayacağı anlaşılmaktadır. Bu durumdaki hastaların periodontal hastalıklarının süreç içinde ilerleyeceği ve tedavilerinin zorlaşacağı öngörülebilir. Sonuçta bu durum, ekonomik açıdan da büyük kayıplara yol açabilecektir. Bundan dolayı, ağız bakımı öz yetkinliği

düşük olan hastalar saptanarak, daha titiz motivasyon ve ağız bakımı eğitimlerini gerçekleştirmek, onların da etkin günlük plak kontrolü yapmasını sağlayabilir. Ancak ülkemizde, enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerde genel öz yetkinlik ölçeği ve ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği kullanılarak periodontoloji alanında yapılmış olan bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmamızda, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne gelen enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerin genel öz yetkinlik ve ağız bakımı öz yetkinliği düzeyleri belirlenecektir. Genel öz yetkinlik ve ağız bakımı öz yetkinliğinin birbiri ile ve günlük plak kontrolü ile ilişkileri incelenecek, cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında uygulanan motivasyon ve ağız bakımı eğitiminin ağız bakımı öz yetkinliğine etkisi değerlendirilecektir.

2.6. Çalışmanın Hipotezleri

- a) Ağız bakımı öz yetkinliği ve genel öz yetkinlik birbiriyle ve ağız bakımı davranışlarıyla ilişkilidir.
- b) Ağız bakımı öz yetkinlikleri düşük olan hastalara göre, bu öz yetkinlikleri yüksek olan hastaların günlük plak kontrolleri daha iyi düzeydedir.
- c) Ağız bakımı öz yetkinliği, motivasyon ve ağız bakımı eğitimi ile yükseltilebilir.
- d) Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi sonrasında, gerek ağız bakımı öz yetkinliği düşük gerekse de yüksek olan hastalar günlük plak kontrollerini daha iyi düzeye getirebilirler.
- e) Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulandığında, ağız bakımı öz yetkinlikleri düşük olan hastalara göre, bu öz yetkinlikleri yüksek olan hastalar günlük plak kontrollerini daha başarılı gerçekleştirirler.

2.7. Çalışmanın Amaçları

Bu araştırmamız aşağıdaki amaçlara yönelik yürütülecektir:

1. Ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği (Woelber ve ark., 2015), (33) değerlerini belirlemek
2. Genel öz yetkinlik ölçeği (Schwarzer ve Jerusalem, 1995), (9) değerlerini belirlemek
3. Ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği ve genel öz yetkinlik ölçeği değerlerinin birbiriyle ilişkisini saptamak
4. Ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği ve genel öz yetkinlik ölçeği değerlerinin, günlük plak kontrolü ve ağız bakımı davranışlarıyla ilişkisini incelemek
5. Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında uygulanan motivasyon ve ağız bakımı eğitiminin, ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği değerlerine kısa dönemdeki etkisini ortaya koymak

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grupları

Çalışma grubumuz için kesitsel anket çalışması ve çalışmamızın alt grupları için ise randomize, prospektif kohort bir çalışma olarak planlanan araştırmamız, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'nda 2015 Mayıs ile 2016 Kasım ayları arasında gerçekleştirildi. Araştırmamız için, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan onay belgesi alındı (25.05.2015, 15-5.1/2).

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne çeşitli sorunları için başvuran ve ilk muayenelerinden sonra periodontal sorunları için Periodontoloji Anabilim Dalı Kliniği'ne sevk edilen 580 hasta arasından seçim yapıldı. Enflamatuvar periodontal hastalıklı 210 hasta, dahil edilme ve dışlanma kriterleri göz önüne alınarak rastgele araştırmamıza dahil edildi. Hastaların seçimi bir araştırmacı tarafından gerçekleştirildi (G.S.). Gingivitis ve kronik periodontitis tanısı, Amerikan Periodontoloji Akademisi'nin önerilerine göre konuldu (122). Çalışma hakkında bilgilendirilen hastalardan gönüllü olur formu imzası alındı. Çalışmadaki tüm uygulamalar Helsinki Bildirgesi ilkelerine bağlı kalınarak gerçekleştirildi.

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmamıza dahil edilecek hastalarda aranan özellikler:

- a) Diş fırçalama ve diş arası temizliği yapma konusunda fiziksel ve mental yeterliliği bulunması
- b) 35 ile 60 yaş arasında olması
- c) Lise veya üniversite mezunu olması

- d) Ağızda en az 12 dişi bulunması
- e) Son 6 ay içinde periodontal tedavi uygulanmamış olması
- f) Son 2 yıl içinde periodontal cerrahi tedavi uygulanmamış olması

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Aşağıdaki hastalık veya durumlar söz konusu olduğunda hastalar çalışma dışında bırakıldı:

- a) Agresif periodontitisli hastalar
- b) Hepatit ya da HIV enfeksiyon hastalığı bulunanlar
- c) Hamilelik veya laktasyon döneminde olan hastalar
- d) Dişeti büyümesi ve dişeti kanamasına neden olabilecek ilaç kullananlar
- e) Kanama problemi olan hastalar (trombositopeni, hemofili A, hemofili B, demir eksikliği anemisi vs.)
- f) Periodonsiyumu etkileyen sistemik hastalığı bulunanlar
- g) Ortodontik tedavisi devam eden hastalar

Araştırmamıza dahil edilen hastaların demografik özellikleri kaydedildi. Araştırmacının (G.S.) gözetiminde, hastalardan yaptıkları ağız bakımı uygulamaları ve diş hekimi kontrollerine gitme sıklıkları konularındaki soruları (Tablo 1) yanıtlamaları istendi.

3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Woelber ve ark (33)'nın 2015'te geliştirdikleri ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği (AÖYÖ) ve Schwarzer & Jerusalem (9)'ın 1995'te geliştirdikleri genel öz yetkinlik ölçeği (GÖYÖ) araştırmamızda kullanıldı. Her hasta ile yapılan yüz yüze görüşmede, ölçeklerin soruları hasta ve araştırmacı (G.S.) tarafından birlikte okundu, hastaların sorulara yanıtları alındı ve yanıtlar anket formuna titizlikle kaydedildi.

Genel öz yetkinlik ve ağız bakımı öz yetkinlikleri ile ilgili araştırma verilerinin toplanması için, gerekli bilgileri içeren, her ikisi de dördümlük likert tipinde olan AÖYÖ (33) ve GÖYÖ (9) anketlerinin soruları Tablo 2 ve 3' de yer almaktadır.

Tablo 1: Demografik Özellikler ve Ağız Bakımı ile İlgili Alışkanlıklar

Cinsiyet		Sigara		Eğitim Durumu	
Kadın	Erkek	İçiyor	İçmiyor	Lise	Üniversite

Gelir Durumu				
Yok	1300 TL ve altı	1300 - 2500 TL	2500 –5000 TL	5000 TL ve üstü

1) Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız? A) Fırçalamam B) Aklıma geldikçe fırçalarım C) 2 – 3 günde bir fırçalarım D) Günde bir kere fırçalarım E) Günde iki kere fırçalarım
2) Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız? A) Kullanmam B) Aklıma geldikçe kullanırım C) Ortalama haftada bir kullanırım D) İki günde birden daha seyrek kullanırım E) Her gün kullanırım
3) Diş hekimi kontrollerine ne sıklıkla gidersiniz? A) 2 – 3 ayda bir giderim B) 6 ayda bir giderim C) Yılda bir giderim D) Yılda birden daha seyrek giderim E) Şikâyetim olduğunda giderim
4) Dişlerinizi fırçalarken dişetinizde kanama olur mu? A) Evet B) Hayır
5) Daha önce size dişeti hastalığınız olduğu söylendi mi? A) Evet B) Hayır
6) Daha önce size dişeti hastalığı tedavisi olmanız gerektiği söylendi mi? A) Evet B) Hayır
7) Daha önce bir dişeti hastalıkları uzmanı tarafından muayene edildiniz mi? A) Evet B) Hayır

Tablo 2: Ağız Bakımı Öz Yetkinliği İnanç Ölçeği (Woelber ve ark, 2015)

Diş Fırçalama Öz Yetkinliği	Emin Değilim	Biraz Eminim	Oldukça Eminim	Tamamen Eminim
1. Akşamları yorgun olduğum zamanlarda bile dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4
2. Yakın gelecekte diş hekimine gitmeyeceksem bile dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4
3. Çok işim olduğunda bile dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4
4. Tatilde olduğum zamanlarda da dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4
5. Başım ağrıdığı zaman bile dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4
6. Kendimi hasta hissettiğim zamanlarda da dişlerimi fırçalarım	1	2	3	4

Diş İpi Yapma Öz Yetkinliği	Emin Değilim	Biraz Eminim	Oldukça Eminim	Tamamen Eminim
1. Akşamları yorgun olduğum zamanlarda bile diş ipi yaparım	1	2	3	4
2. Yakın gelecekte diş hekimine gitmeyeceksem bile diş ipi yaparım	1	2	3	4
3. Çok işim olduğunda bile diş ipi yaparım	1	2	3	4
4. Tatilde olduğum zamanlarda da diş ipi yaparım	1	2	3	4
5. Başım ağrıdığı zaman bile diş ipi yaparım	1	2	3	4
6. Kendimi hasta hissettiğim zamanlarda da diş ipi yaparım	1	2	3	4

Diş Hekimi Muayenesine Gitme Konusundaki Öz Yetkinliği	Emin Değilim	Biraz Eminim	Oldukça Eminim	Tamamen Eminim
1. Diş hekimim beni düzenli kontrollere çağırmasa bile düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4
2. Diş ile ilgili şikayetimin olduğu zamanlarda düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4
3. Para problemim olduğunda bile düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4
4. Başka işlerle meşgul olsam bile düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4
5. Daha önceden diş hekimine randevum olmasa bile düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4
6. Daha önceden beni rahatsız eden deneyimlerim olsa bile düzenli olarak diş hekimine giderim	1	2	3	4
7. Ağrılı işlemlerden çok korkmama rağmen düzenli olarak diş hekimine kontrolüne giderim	1	2	3	4

Tablo 3: Genel Öz Yetkinliği İnanç Ölçeği (Schwarzer & Jerusalem, 1995)

Genel Öz Yetkinlik İnanç Ölçeği	Doğru Değil	Biraz Doğru	Daha Doğru	Tümüyle Doğru
1. Yeni durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini bilirim.	1	2	3	4
2. Beklenmedik bir durumda nasıl davranmam gerektiğini bilirim.	1	2	3	4
3. Bana karşı çıktığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum.	1	2	3	4
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim	1	2	3	4
5. Güç sorunların çözümünü eğer gayret edersem bulabilirim.	1	2	3	4
6. Planlarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime ulaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4
7. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözebilmeye yönelik bir fikrim vardır.	1	2	3	4
8. Yeteneklerime güvendiğim için zorlukları soğukkanlılıkla karşılarım.	1	2	3	4
9. Aniden gelişen olayların üstesinden gelebileceğimi sanıyorum.	1	2	3	4
10. Her sorun için bir çözümlüm vardır.	1	2	3	4

Schwarzer ve Jerusalem (9)'ın GÖYÖ anketini 2008 yılında Türkçe'ye çeviren Çelikkaleli ve Çapri (123)'nin çevirisi araştırmamızda kullanıldı. Araştırmacılar, GÖYÖ'nün Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik düzeyinin yeterli bulunduğunu, ölçeğin geçerliğini gösteren Cronbach Alfa katsayısının 0.87 olduğunu bildirmişlerdir (123). On sorudan oluşan GÖYÖ ile ilgili ankette sorulara verilecek yanıtlar, 1=doğru değil, 2= biraz doğru, 3=daha doğru ve 4=tümüyle doğru seçeneklerinden biri, hekim (G.S.) kontrolünde hasta tarafından seçilerek belirlendi.

Woelber ve ark. (33)'nın kullandığı AÖYÖ anketinin Türkçe çevirisi bulunmadığından, bu anketin sorularını araştırmamızda kullanabilmek için gerekli girişimlerde bulunuldu. Öncelikle İngilizce olan AÖYÖ anketi soruları, Türkçe ve İngilizce yeterliği olan bir periodontist tarafından Türkçe'ye çevrildi. Türkçe çevirisinin geçerliğini test etmek için, İngilizce'den Türkçe'ye çevrilerek elde edilen Türkçe format, Türkçe ve İngilizce yeterliği olan başka bir periodontist tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek güvenilirliği ve geçerliği değerlendirildi. Otuz dört hastanın katıldığı pilot çalışmada, ilk defa Türkçe'ye çevrilen AÖYÖ'nün güvenilirliği ve geçerliği, her bireyin anket sorularını 14 gün arayla yanıtlaması ve yanıtlara ait verilerin değerlendirmesi ile belirlendi.

AÖYÖ anketi, diş fırçalama öz yetkinliği (FÖY), diş ipi yapma öz yetkinliği (İÖY) ve diş hekimi muayenesine gitme konusundaki öz yetkinliği (MÖY) bölümlerinden oluştu. FÖY bölümünde 6, İÖY bölümünde 6 ve MÖY bölümünde 7 soru yer aldı. Ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili ankette sorulara verilecek yanıtlar, 1=emin değilim, 2=biraz eminim, 3=oldukça eminim, 4=tamamen eminim seçeneklerinden birisi hasta tarafından seçilerek, hastanın verdiği yanıt hekim (G.S.) tarafından kaydedildi.

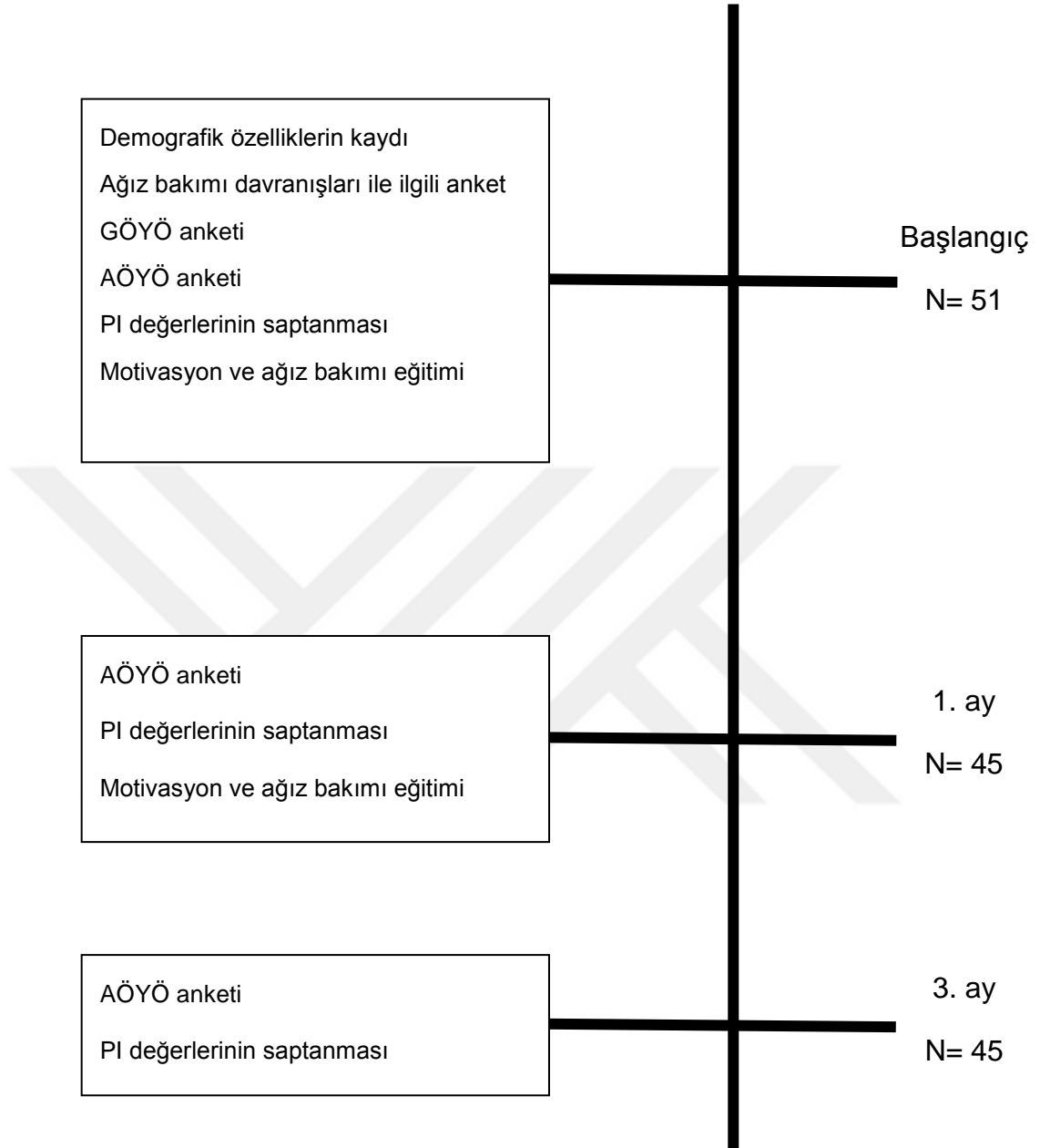
Ölçekleri geliştiren araştırmacılar tarafından önerildiği şekilde (9,33), her hastaya ait AÖYÖ ve GÖYÖ sorularının numaraları kadar olan değerler her iki öz yetkinlik ölçeği için ayrı ayrı toplanarak, her hasta için AÖYÖ ve GÖYÖ değerleri belirlendi. Ölçekten alınabilecek GÖYÖ değeri en düşük 10, en yüksek 40'dır. AÖYÖ değerleri ise 19-76 arasındadır.

3.5. Çalışmamızın Alt Gruplarının Oluşturulması ve AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek Gruplarında Cerrahisiz Periodontal Tedavi Uygulanması

Çalışmamızın alt gruplarını (AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek) oluşturmak amacıyla, öncelikle ön grup çalışması yapıldı. Başlangıçta AÖYÖ anketinin yapıldığı 90 hastanın ölçek değerlerinde "cut off" yapılıp, minimum ve maksimum %25'de yer alan hastaların ölçek değerleri belirlendi. Belirlenen "cut off" değerlerine göre AÖYÖ değerleri ≥ 50 olanların AÖYÖ-yüksek grubuna, AÖYÖ değerleri < 30 olanların AÖYÖ-düşük grubuna alınmasına karar verildi.

Ön grup çalışmasından sonra, AÖYÖ değeri 50 ve üstü olan hastalar AÖYÖ-yüksek olan grubu, AÖYÖ değeri 30'un altı olan hastalar AÖYÖ-düşük olan grubu oluşturacak şekilde, çalışmamızdaki hasta alımına devam edildi. Çalışmamızda toplam 210 hastaya AÖYÖ anketi uygulandı ve çalışmamızın alt gruplarını toplam 51 hasta (AÖYÖ-düşük grup: 25 hasta, AÖYÖ-yüksek grup: 26 hasta) oluşturdu.

Çalışmamızın alt gruplarında yer alan 51 hastanın var olan diş sayıları saptandı. Bu hastaların 3. molar dişleri haricinde tüm dişlerinin 4 bölgesinde (mezial, distal, bukkal, lingual) başlangıçtaki plak varlığı, Quigley & Hein (1962) Plak İndeksi (PI) (124) kullanılarak belirlendi. PI değerleri bir araştırmacı (G.S.) tarafından tayin edildi. Bu araştırmacının PI değerleri için ölçüm tekrarlanabilirliği oranı %94, danışman öğretim üyesi ile uyumu %86 olarak belirlendi. AÖYÖ anketi değerlerine göre seçtiğimiz iki alt gruptaki toplam 51 hastaya motivasyon ve ağız bakımı eğitimi aynı seansta uygulandı. Daha sonra bu hastalarda, gerektiğinde diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi işlemleri gerçekleştirildi. Takibinde bu hastalar destekleyici periodontal tedavi programına alındı, 1 ve 3 ay sonra kontrol randevuları için çağrıldı. Çalışmamızın alt gruplarına ait çalışma izlem şeması (Şekil 2)'dedir.



Şekil 2: Çalışmamızın alt gruplarında (AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek) başlangıçta ve cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi yapıldıktan 1 ve 3 ay sonraki değerlendirmeleri

3.5.1. Hasta Motivasyonu

Alt gruptaki 51 hasta ile yapılan motivasyon görüşmesinde her hastada şu prensiplere dikkat edildi:

1. Her hastaya anlayacağı dilde motivasyon uygulandı.
2. Hastanın ağız bakımı konusunda istekli olup olmadığı, ağız bakımının ve dişeti sağlığının onun için ne kadar önemli olduğu öğrenilip bu çerçevede motivasyona başlandı.
3. Hastanın ağız sağlığı parametreleri ile ilgili şikayet ettiği bir konu (dişeti kanaması, ağız kokusu, diş mobilitesi) olup olmadığı öğrenildi.
4. Periodontal sonda ile gingival/periodontal cep içerisinde sondalama yapıldıktan sonra oluşan kanama hastalara gösterildi ve kanamanın dişeti hastalığının en önemli belirtisi olduğu, dişeti sağlığının kazanılması ile kanamanın azalacağı ve kısa sürede kaybolacağı hastalara açıklandı.
5. Dişlerin üzerindeki mikrobiyal dental plak, hastalara mikrop tabakası olarak anlatıldı.
6. Hastalara dişlerinin üzerindeki mikrobiyal dental plağı göstermek amacıyla:
 - a) İlk olarak periodontal sonda ile plağın fazla olduğu bir dişin dişeti kenarına komşu bölgesinden plak alınıp, sondun ucundaki plak hastalara gösterildi.
 - b) Daha sonra hastaların tüm diş yüzeylerindeki plak varlığının onlara etkili bir şekilde gösterilebilmesi için plak boyama ajanı (bazik füksin) kullanıldı. Tüm dişler bazik füksin ile boyanıp PI değerleri, tüm dişlerin 4 bölgesinde (mezial, distal, bukkal, lingual) belirlendi (124). Dişlerin kırmızı boyanan bölgelerinde plağın var olduğu hastalara anlatıldı. Hastalar bu indeksin değerleri konusunda bilgilendirilip (örneğin: 5; çok kötü bir değer, dişinizin neredeyse tamamı boyanmış, 4; kötü, 3; az da olsa kötü bir değer gibi), ağız bakımını iyi ve kötü yaptıkları diş bölgeleri ayna vasıtasıyla gösterildi. Ağız bakımının kötü olduğu bölgelerin temizliğinin daha iyi yapılması konusunda hastalar yöreklendirildi.

7. Bir ay sonraki randevuları için, kullanılan plak indeksi değerleri üzerinden hastalara bir hedef kondu (örneğin indeks değerleri 3 olan bölgelerin 0 veya 1 olması gerekiyor, indeks değerleri 5 olan bölgelerin 2, 1, 0 gibi değerlerde olmasını bekliyorum gibi..) ve hastalar hedefin başarılması açısından cesaretlendirildi.
8. Bilimsel çalışmalardan da yararlanılarak motivasyon sırasında, periodontal hastalıkların aynı zamanda bazı sistemik durumlar (aspirasyon pnömonisi, diyabet, kardiyovasküler durumlar, iskemik felç, erken doğum/düşük doğum ağırlığı, romatoid artrit gibi) için risk oluşturabileceği hastalara onların anlayacağı şekilde anlatıldı.
9. Hastaların ağız bakımı konusunda dirençli olduğu konular varsa, onlarla empati kurulup, bu konuda tartışmaya girmemeye özen gösterildi.
10. Hastalarda takip programı oluşturmak amacıyla ağız bakımı eğitimi ve motivasyon uygulandıktan sonra 1. ay kontrol randevuları verildi.
11. Hastalar 1.ay kontrollerinde başarılı yaptıkları ağız bakımı uygulamaları konusunda takdir edildi. Başarısız yaptıkları uygulamalar ve motivasyon eksiklikleri tespit edildikten sonra, gerekiyorsa ağız bakımı eğitimi ve motivasyon bir kez daha tekrarlandı. Daha sonra hastalara 3. ay kontrolleri için randevuları verildi.

3.5.2. Ağız Bakımı Eğitimi

1. İki alt gruptaki her hastaya (n=51) motivasyon uygulandığı seans standart ağız bakımı eğitimi verildi. Her hastaya aynı seansta Modifiye Bass diş fırçalama tekniği (125) öğretildi. Diş ipi kullanımı ve eğer endikasyonu varsa diş arası fırçası kullanımı anlatıldı.
2. Bilimsel araştırma projesi kapsamında alınan diş fırçası (Tepe Select Medium) ile diş ipi (Oral-B Satin Floss) ve gerektiğinde diş arası fırçası (Oral-B) her hastaya temin edildi.
3. Diş fırçalama ve diş ipi/diş arası fırçası kullanımı model üzerinde anlatıldıktan sonra, ayna karşısında hastanın diş fırçalaması ve diş ipi/diş arası fırçası kullanımı izlenerek yanlış yapılan uygulamalar varsa düzeltildi. Hastanın diş fırçalamayı doğru yaptığından ve diş ipi/diş arası

fırçası kullanımını kavradığından emin olunduktan sonra seansa son verildi.

4. Hastaların 1. ay kontrolünde günlük plak kontrolünü yeterli yapıp yapmadıklarını değerlendirmek için tüm dişler plak boyayıcı ajan (bazik füksin) ile boyandı. Eksiklikler varsa belirlendi ve motivasyonu azalan hastalar bu seansta ağız bakımı eğitimi konusunda tekrar motive edildi. Ayna karşısında hastaların diş fırçasını ve diş ipi/diş arası fırçasını nasıl kullandıkları izlenip, eksik ya da yanlış yaptıkları uygulamalar için ağız bakımı eğitimi tekrarlandı.

Çalışmamızın alt gruplarında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulamasından 1 ay sonra, hastaların AÖYÖ ile ilgili anket sorularını yanıtlamaları istendi ve tüm ağız PI değerleri saptandı. Motivasyon ve ağız bakımı eğitiminden 3 ay sonra alt çalışma gruplarındaki hastalar tekrar kontrole çağırıldı. Bu seansta hastaların tüm ağız PI değerleri belirlenerek, AÖYÖ ile ilgili anket sorularını tekrar yanıtlamaları istendi. Başlangıçta olduğu gibi 1. ve 3. aylarda anket sorularının yanıtları, hekim ve hastanın soruları beraber okuması ve hastanın seçtiği yanıtın hekim (G.S.) tarafından kaydedilmesi ile belirlendi.

3.6. İstatistik Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler için IBM SPSS Statistics23 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanıldı. Çalışma grubumuz ve çalışmamızın alt grupları için istatistiksel analizler ayrı ayrı yapıldı ve çalışmamızın alt gruplarındaki değerlendirmeler için per-protokol analiz uygulandı. Tüm sonuçlar %95'lik güven aralığında ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler) tamamlandıktan sonra, verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Shapiro-Wilk testinden yararlanıldı. Yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, eğitim ve gelir durumu verilerinin normal dağılım gösterdiği belirlendi. AÖYÖ, GÖYÖ, FÖY, İÖY ve MÖY verileri, tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI verileri, mevcut diş sayısı ile hastaların ağız bakımı

alışkanlıkları ve diş hekimi muayenesine gitmeleri konularındaki farkındalıkları hakkındaki sorulara verdikleri yanıtların verilerinin ise normal dağılıma uymadığı saptandı.

Çalışma grubumuz içindeki AÖYÖ-düşük (n=41) ve AÖYÖ-yüksek (n=42) gruplarının yaş verileri Student-t testi ve GÖYÖ verileri Mann-Whitney U-testi ile karşılaştırıldı. Benzer şekilde, çalışmamızın alt gruplarını oluşturan AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının yaş verilerini karşılaştırmak için Student-t testi, mevcut diş sayıları ve GÖYÖ verilerini karşılaştırmak için de Mann-Whitney U-testi kullanıldı.

Çalışma grubu (n=210) demografik özelliklerine (cinsiyet, sigara kullanımı, eğitim durumu) göre gruplara ayrılarak, bu grupların AÖYÖ değerleri Mann-Whitney U-testi ile karşılaştırıldı. Çalışma grubu (n=210) gelir dağılımına göre gruplandırıldığında, bu grupların AÖYÖ değerlerini karşılaştırmak için Kruskal-Wallis testi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U-test kullanıldı. Çalışmamızın alt gruplarında yer alan AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının cinsiyet, sigara kullanımları, eğitim ve gelir durumlarının dağılımları ise Pearson Chi-Square testi ile karşılaştırıldı.

Çalışmamızın alt gruplarını oluşturan AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının başlangıç tüm ağız PI, diş arası bölgeleri PI, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerini karşılaştırmak için (gruplar arası karşılaştırma) Mann Whitney U-testi kullanıldı. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarında başlangıç, 1.ay ve 3. ay tüm ağız PI, diş arası bölgeleri PI, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin karşılaştırmaları (grup içi karşılaştırma) ilk önce parametrik olmayan Friedman testi ile yapıldı. Farklar anlamlı bulunduğunda, daha sonra ikili dönem karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon signed ranks testi uygulandı.

Çalışma grubumuzdaki (n=210) hastaların ağız bakımı alışkanlıkları ve diş hekimi muayenelerine gitmeleri konularındaki farkındalıkları ile bu konular hakkındaki öz yetkinlikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Çalışma grubunda ve çalışmamızın alt gruplarında (AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek, n=45), AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ değerleri arası ilişkilerini değerlendirmek için de aynı ilişki analizi kullanıldı.

Çalışmamızın alt gruplarında, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, tüm ağız PI, diş arası bölgeleri PI değerleri ile ağız bakımı alışkanlıkları hakkındaki ve diş hekimi muayenelerine gitmeleri hakkındaki sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmamızda, 580 hasta arasından seçilen 210 hasta kesitsel anket çalışması için çalışma grubumuzu oluşturdu. Çalışmamıza alınan 210 hasta içinden AÖYÖ değerlerine göre seçilen 51 hasta, çalışmamızın alt gruplarına (AÖYÖ-düşük grup: 25 hasta, AÖYÖ-yüksek grup: 26 hasta) alındı. 51 hastanın 6'sı (AÖYÖ-düşük grup: 4 hasta, AÖYÖ-yüksek grup: 2 hasta) kontrol seanslarına gelmediği için çalışma dışında bırakıldı. Alt grup çalışmamız 45 hasta (AÖYÖ-düşük grup: 21 hasta, AÖYÖ-yüksek grup: 24 hasta) ile tamamlandı.

4.1. Çalışma Grubu (n= 210)

Çalışma grubundaki hastalara ait demografik özellikler Tablo 4'de verildi. Çalışma grubunda 106'sı kadın, 104'ü erkek olan hastaların yaş ortalaması 46.96 ± 7.69 yıl olarak bulundu. Bu hastaların %31'inin sigara içtiği belirlendi. Hastaların %47'sinin lise mezunu ve %53'ünün üniversite mezunu olduğu ve aylık gelirin hastaların %44'ünde 2000-5000 TL arasında, %5'inde 5000 TL'nin üzerinde bulunduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışma grubundaki hastaların demografik özellikleri

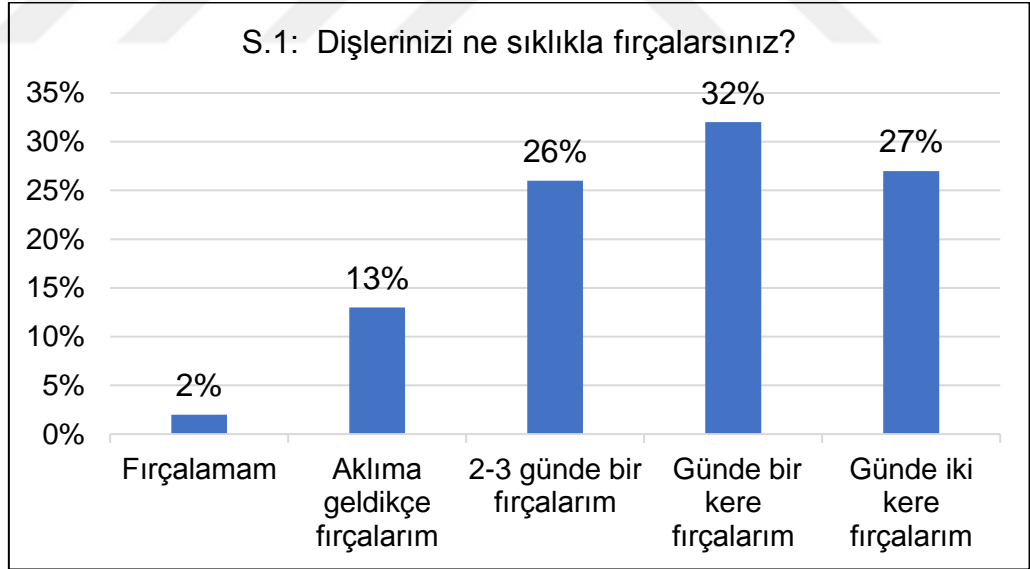
Demografik Özellikler		n=210
Yaş (yıl) (Ort. ± SS)		46.96 ± 7.69
Cinsiyet (Kadın / erkek)		106 / 104
Sigara (n / %)	İçen	66 (%31)
	İçmeyen	144 (%69)
Eğitim (n / %)	Lise	99 (%47)
	Üniversite	111 (%53)
Gelir (ay / TL)	Yok	20 (%10)
	<949	12 (%6)
	949-2000	74 (%35)
	2000-5000	93 (%44)
	>5000	11 (%5)

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

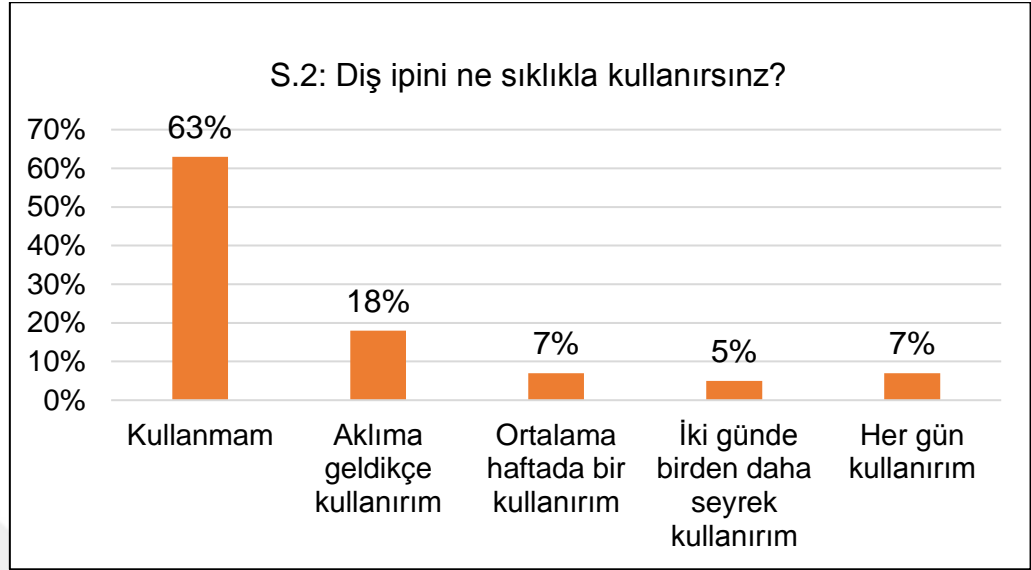
4.1.1. Çalışma Grubundaki Hastaların Ağız Bakımı Alışkanlıkları ve Diş Hekimi Muayenesine Gitme Sıklıkları

Çalışma grubumuzu oluşturan hastaların ağız bakımı alışkanlıkları ve diş hekimi muayenelerine gitmeleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, %32'sinin dişlerini günde bir defa, %27'sinin ise günde iki defa fırçaladığını ifade ettiği belirlendi. Hastaların %41'inin dişlerini seyrek fırçaladığı ya da fırçalamadığı görüldü (Grafik 1). "Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız?" sorusuna hastaların %63'ünün "Kullanmam" yanıtını verdiği, sadece %7'sinin ise günde bir defa diş ipi kullandığını belirttiği belirlendi (Grafik 2). Hastaların verdiği yanıtlardan, %27'sinin 2-3 ay ile 1 yıl arasındaki sürede, %57'sinin ise şikayeti olduğunda diş hekimi muayenesine gittiği anlaşıldı (Grafik 3).

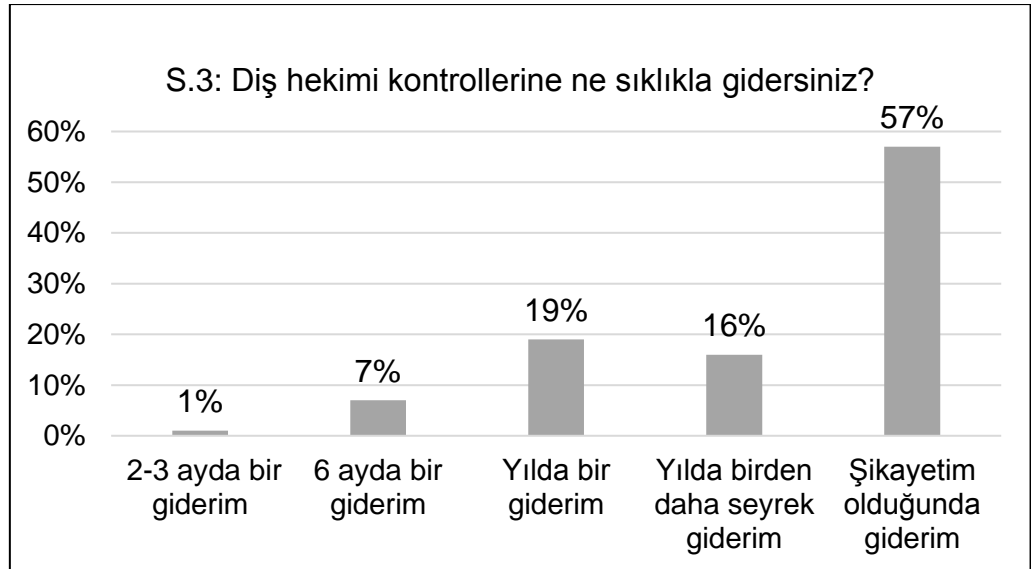
Grafik 1. Hastaların "Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?"(S.1) sorusuna verdikleri yanıtlar



Grafik 2. Hastaların “Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız?”
(S.2) sorusuna verdikleri yanıtlar



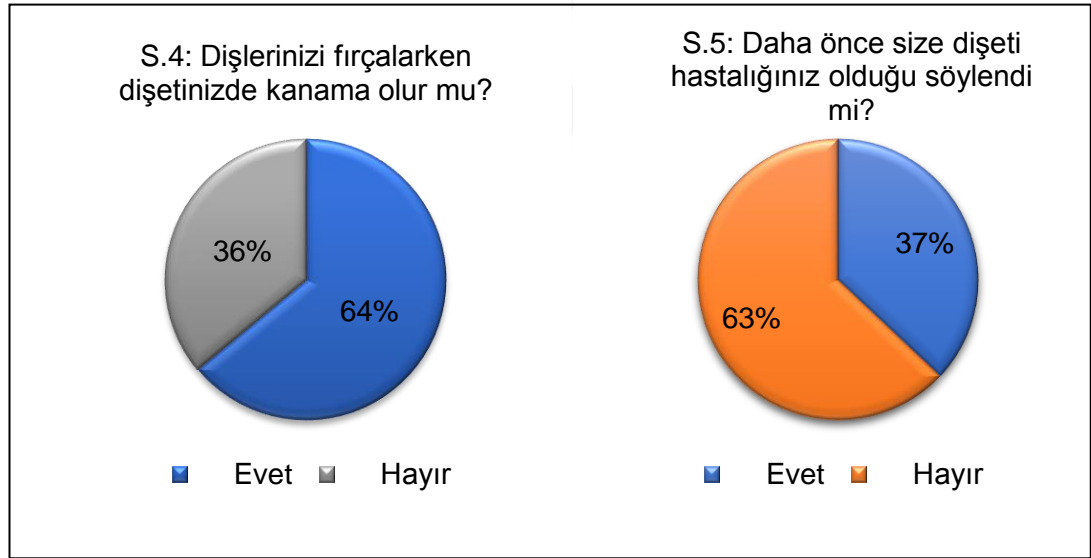
Grafik 3: Hastaların “Diş hekimi kontrollerine ne sıklıkla gidersiniz?” (S.3) sorusuna verdikleri yanıtlar



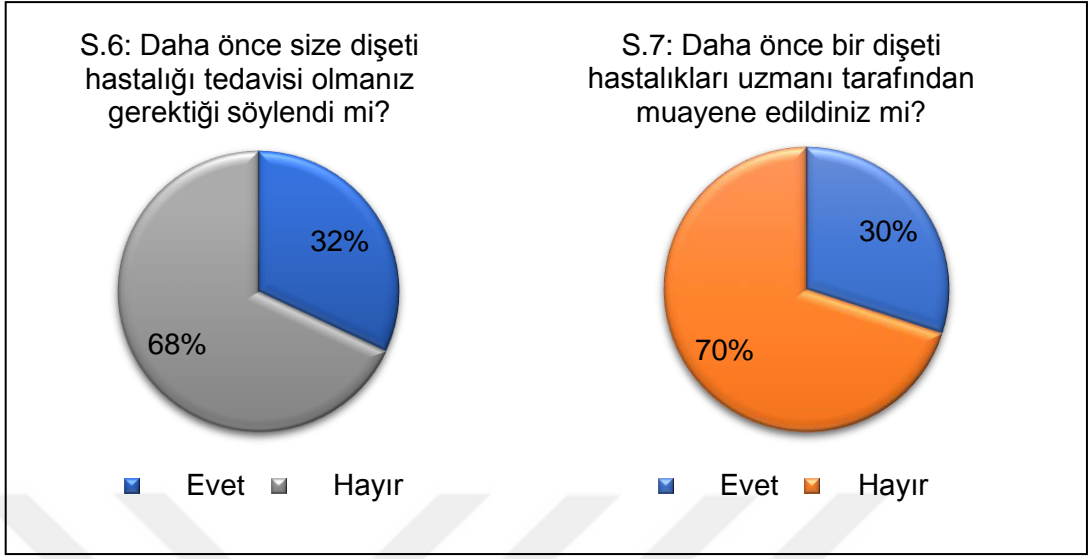
4.1.2. Çalışma Grubundaki Hastaların Periodontal Durumları Hakkındaki Farkındalıkları

Hastaların periodontal durumları hakkındaki farkındalıkları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, %64'ünün diş fırçalaması sırasında diş etinde kanama olduğunu belirttiği saptandı (Grafik 4). Daha önce diş hekimi tarafından diş eti hastalıklarının olduğunu %63'üne, diş eti hastalığı tedavisi olmaları gerektiğinin %68'ine söylenmediği anlaşıldı (Grafik 4, 5). Hastaların %70'inin, daha önce diş eti hastalıkları uzmanı tarafından muayene edilmediğini, %96'sının ise diş eti hastalığı tedavisi için daha önce herhangi bir ameliyat olmadığını belirttiği anlaşıldı (Grafik 5, 6).

Grafik 4: Hastaların S.4 ve S.5 için verdikleri yanıtlar



Grafik 5: Hastaların S.6 ve S.7 için verdikleri yanıtlar



Grafik 6: Hastaların S.8 için verdikleri yanıtlar



4.1.3. Ölçeklerin (AÖYÖ ve GÖYÖ) Güvenirliği ve Geçerliği

Araştırmamızda, tarafımızdan ilk defa Türkçe'ye çevrilen Woelber ve ark. (33)'nin AÖYÖ anketinin güvenirliği 34 hastanın katıldığı pilot çalışmada test edildi. Bu çalışmada sınıf içi güvenirlik katsayısı hesaplanarak ölçeğin güvenirliği incelendi. Sınıf içi güvenirlik katsayısı (ICC) değerleri AÖYÖ için 0.920, ölçeğin içeriklerinden olan FÖY için 0.958, İÖY için 0.853, MÖY için 0.898 olarak bulundu. Böylece AÖYÖ ve ölçeğin içeriklerinin sınıf içi güvenirlik katsayısının mükemmel ve yüksek kategorisinde olduğu saptandı (sınıf içi güvenirlik mükemmel: ICC= 0.95- 1.00, sınıf içi güvenirlik yüksek: ICC= 0.85- 0.94). Bu bulgu ölçeğin güvenirliği için önemli bir kanıt olarak değerlendirildi.

AÖYÖ anketinin geçerliğini test etmek için Cronbach Alfa değerleri belirlendi. AÖYÖ ile bu ölçeğin içerikleri olan FÖY, İÖY ve MÖY anketleri için Cronbach Alfa değerlerinin yüksek kategorisinde olduğu (Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0.911, 0.927, 0.971, 0.877) saptandı (Tablo 5). Araştırmamızda GÖYÖ'nün Cronbach Alfa katsayısı 0.907 olarak bulundu (Tablo 5). AÖYÖ'nün yapı geçerliğini test etmek için ölçeğin uyum istatistiklerine bakılarak faktör analizi yapıldı. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları orijinal ölçek boyutları ile uyumlu olarak elde edildi (Tablo 6).

Tablo 5. AÖYÖ ve ölçeğin içerikleri (FÖY, İÖY, MÖY) ile GÖYÖ'nün Cronbach Alfa değerleri

	Cronbach Alfa değerleri
AÖYÖ	0.911
FÖY	0.927
İÖY	0.971
MÖY	0.877
GÖYÖ	0.907

Geliştirilen test / ölçek yüksek geçerliğe sahiptir (alfa katsayısı= 0.80-1.00)

Tablo 6. AÖYÖ için uyum iliği istatistikleri

Uyum İliği istatistikleri
Satorra-Bentler Scaled Chi-Square= 158.00 (p= 0.29) (Model Uyumludur)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)= 0.027 (RMSEA= 0-0.05 arası ideal uyum)
Comparative Fit Index (CFI)= 1.00 (İdeal uyum)
Root Mean Square Residual (RMR)= 0.051 (RMR< 0.09 ise ideal uyum)

4.1.4. Çalışma Grubundaki Hastaların AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ Değerleri

Değerleri 19-76 arasında olan AÖYÖ'nün, değerleri 6-24 arasında olan FÖY, değerleri 6-24 arasında değişen İÖY, değerleri 7-28 arasında olan MÖY ve değerleri 10-40 arasında olan GÖYÖ'nün çalışma grubumuzdaki değerleri Tablo 7'de verildi. Çalışma grubumuzdaki hastaların İÖY anketi değerlerinin alt sınıra yakın olduğu tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışma grubunun (n= 210) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ değerleri

	Ort. ± SS
AÖYÖ	39.98 ± 12.31
FÖY	16.42 ± 5.97
İÖY	8.19 ± 4.65
MÖY	15.38 ± 5.87
GÖYÖ	31.05 ± 6.38

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

Çalışma grubumuzda, AÖYÖ değerleri ≥ 50 olanlar AÖYÖ-yüksek grubunu (n=42), < 30 olanlar ise AÖYÖ-düşük grubunu (n=41) oluşturdu. Çalışma grubumuzdaki 210 hasta arasında olan ve AÖYÖ-yüksek ve AÖYÖ-düşük gruplarında yer alan hastaların AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ değerleri Tablo 8'de verildi. Yaşları arasında fark bulunmazken, AÖYÖ-yüksek grubunun GÖYÖ değerlerinin, AÖYÖ-düşük grubun GÖYÖ değerinden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (p=0.001).

Tablo 8. Çalışma grubu içindeki AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ değerleri (ort. \pm SS)

	AÖYÖ-düşük (n=41)	AÖYÖ-yüksek (n= 42)	P
Yaş	46.81 \pm 7.73	48 \pm 7.32	0.471
AÖYÖ	24.12 \pm 3.17	58.67 \pm 7.22	-
FÖY	8.63 \pm 2.55	22.17 \pm 2.49	-
İÖY	6.07 \pm 0.35	14.26 \pm 6.89	-
MÖY	9.41 \pm 2.40	22.26 \pm 5.35	-
GÖYÖ	28.56 \pm 6.11	33.33 \pm 6.53*	0.001

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

* AÖYÖ-düşük grubundan anlamlı farklılık (p<0.01)

4.1.5. Çalışma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre AÖYÖ ve GÖYÖ Değerleri

Çalışma grubundaki hastalar demografik özelliklerine göre gruplandırıldığında, grupların AÖYÖ ve GÖYÖ değerleri Tablo 9'da verildi. Kadın ve erkek hastalar arasında tüm ağız ve diş arası bölgesi PI değerleri bakımından fark varken (kadınlarda daha düşük, sırasıyla p=0.04, p=0.03), AÖYÖ değerleri bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunamadı (p>0.05).

Sigara içen hastaların AÖYÖ değerlerinin, sigara içmeyen hasta grubununkinden istatistiksel anlamda daha düşük olduğu gözlemlendi (p=0.048). Lise mezunu olan hastaların AÖYÖ değerlerinin, üniversite mezunu olan hastaların AÖYÖ değerlerine göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (p=0.017). Gelir dağılımına göre grupların ikili karşılaştırmalarında, AÖYÖ değerleri bakımından istatistiksel anlamlı fark gözlemlenmedi (p>0.05). Cinsiyet, sigara kullanımı, eğitim ve gelir durumlarına göre gruplandırılan hastaların GÖYÖ değerleri arasında anlamlı fark bulunamadı (p>0.05).

Tablo 9. Çalışma grubunun (n=210) demografik özelliklerine göre AÖYÖ ve GÖYÖ değerleri (Ort. ± SS)

		AÖYÖ	P	GÖYÖ	P
Cinsiyet	Kadın	41.31 ± 11.26	0.114	31.04 ± 6.86	0.973
	Erkek	38.63 ± 13.22		31.07 ± 5.89	
Sigara	İçen	37.50 ± 11.43	0.048*	31.12 ± 6.61	0.916
	İçmeyen	41.12 ± 12.57		31.02 ± 6.30	
Eğitim	Lise	37.85 ± 11.60	0.017*	30.59 ± 6.88	0.318
	Üniversite	41.88 ± 12.66		31.47 ± 5.89	
Gelir (ay / TL)	Yok	44.10 ± 14.74	>0.05	28.95 ± 8.10	>0.05
	<949	44.75 ± 15.95		30.75 ± 7.19	
	949-2000	36.45 ± 9.78		30.59 ± 6.20	
	2000-5000	40.77 ± 12.45		31.86 ± 6.18	
	≥5000	44.36 ± 13.06		31.45 ± 4.50	

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma,

*Gruplar arası fark anlamlı (p<0.05)

4.1.6. Çalışma Grubundaki Hastaların Ağız Bakımı Alışkanlıkları ve Diş Hekimi Muayenelerine Gitmeleri ile Bu Konulardaki Öz Yetkinlikleri Arasındaki İlişki

Çalışma grubundaki hastaların FÖY değerleri ile diş fırçalama alışkanlıkları hakkındaki soru (S.1) ve diş hekimi muayenesine gitme sıklıkları hakkındaki soruya (S.3) verdikleri yanıtlar birbiriyle ilişkili bulundu ($p<0.001$). Hastaların İÖY değerleri ile diş ipi kullanma alışkanlıkları hakkındaki soru (S.2) ve diş hekimi muayenesine gitme sıklıkları hakkındaki soruya (S.3) verdikleri yanıtların da birbirleriyle ilişkili olduğu belirlendi ($p<0.001$). Hastaların MÖY değerleri ile diş fırçalama alışkanlıkları hakkındaki soruya (S.1), diş ipi kullanma alışkanlıkları hakkındaki soruya (S.2) ve diş hekimi muayenesine gitme sıklıkları hakkındaki soruya (S.3) verdikleri yanıtların birbiriyle ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışma grubunun (n=210) FÖY, İÖY, MÖY değerleri ile S.1, S.2, S.3 arası ilişkiler

Parametreler	Spearman Korelasyon Katsayısı	p
FÖY - S.1	$r=0.856^*$	<0.001
FÖY - S.3	$r=0.312^*$	<0.001
İÖY - S.2	$r=0.802^*$	<0.001
İÖY - S.3	$r=0.285^*$	<0.001
MÖY - S.1	$r=0.341^*$	<0.001
MÖY - S.2	$r=0.344^*$	<0.001
MÖY - S.3	$r=0.677^*$	<0.001

* Parametreler arası ilişki anlamlı ($p<0.001$)

4.1.7. Çalışma Grubunun AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ Değerleri Arası İlişkiler

Çalışma grubumuzdaki hastaların AÖYÖ, FÖY, İÖY ve MÖY değerlerinin birbirleriyle ilişkili olduğu saptandı ($p<0.001$). GÖYÖ değerlerinin AÖYÖ, FÖY ve MÖY değerleri ile ilişkili ($p<0.001$), İÖY değerleri ile ilişkisiz olduğu belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Çalışma grubunun (n=210) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ değerleri arası ilişkiler

	FÖY	İÖY	MÖY	GÖYÖ
AÖYÖ	$r=0.817^*$	$r=0.542^*$	$r=0.746^*$	$r=0.288^*$
FÖY		$r=0.268^*$	$r=0.363^*$	$r=0.250^*$
İÖY			$r=0.276^*$	$r=0.048$
MÖY				$r=0.264^*$

* Parametreler arası ilişki anlamlı ($p<0.001$)

4.2. Çalışmamızın Alt Grupları (AÖYÖ-Düşük, AÖYÖ-Yüksek, n= 45)

AÖYÖ-düşük grupta 21, AÖYÖ-yüksek grupta 24 hasta takip randevularına geldi. AÖYÖ-düşük gruptaki 21 hastanın %38'inin gingivitis (n=8) ve %62'sinin kronik periodontitis (n=13), AÖYÖ-yüksek gruptaki 24 hastanın ise %42'sinin gingivitis (n=10) ve %58'inin kronik periodontitis (n=14) hastası olduğu belirlendi.

4.2.1. Çalışmamızın Alt Gruplarındaki Hastaların Demografik Özellikleri

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının demografik özellikleri Tablo 12'dedir. İki grubun yaş ortalaması ve mevcut diş sayılarının yanı sıra, cinsiyet, eğitim durumları ve gelir durumlarının dağılımları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmadı ($p>0.05$). Sigara içen hastaların oranı, AÖYÖ-düşük grupta AÖYÖ-yüksek gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p=0,046$).

Tablo 12. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarındaki hastaların demografik özellikleri (ort. \pm SS, n / %)

		AÖYÖ- düşük (n=21)	AÖYÖ- yüksek (n=24)	p
Yaş (yıl)		48.10 \pm 7.39	47.83 \pm 6.38	0.899
Mevcut diş sayısı		23.71 \pm 3.77	25.50 \pm 2.45	0.118
Cinsiyet	Kadın	8 (%38.1)	11 (%45.8)	0.600
	Erkek	13 (%61.9)	13 (%54.2)	
Sigara	İçen	8 (%38.1)	3 (%12.5)	0.046*
	İçmeyen	13 (%61.9)	21 (%87.5)	
Eğitim	Lise	9 (%42.9)	9 (%37.5)	0.714
	Üniversite	12 (%57.1)	15 (%62.5)	
Gelir (ay / TL)	Yok	1 (%4.8)	4 (%16.7)	0.157
	<949	1 (%4.8)	2 (%8.3)	
	949-2000	9 (%42.8)	3 (%12.5)	
	2000-5000	10 (%47.6)	14 (%58.3)	
	>5000	0 -	1 (%4.2)	

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma

* Gruplar arasındaki fark anlamlı ($p<0.05$)

4.2.2. AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek Gruplarının Başlangıç, 1. Ay ve 3. Ay Tüm Ağız ve Diş Arası Bölgeleri PI Değerlerinin Karşılaştırması

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının başlangıç, 1. ay ve 3. ay tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerleri Tablo 13'tedir. Başlangıçtaki PI değerlerinin gerek tüm ağız gerekse de diş arası bölgeleri için AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarında benzer olduğu saptandı ($p>0.05$). AÖYÖ-yüksek grubunda 3. ay tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerlerinin, AÖYÖ-düşük grubununkinden daha az olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.023$ ve $p=0.021$).

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerlerinin 1. ay ve 3. ayda başlangıçtakine göre istatistiksel anlamlı olarak azaldığı belirlendi ($p<0.001$).

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerlerinin 3. ayda 1. aya göre azaldığı saptansa da, bu azalma sadece AÖYÖ-yüksek grubunda istatistiksel anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 13. AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının başlangıç, 1. ay ve 3. ay tüm ağız ve diş arası bölgeleri Plak İndeksi (PI) değerleri (ort. ± SS)

N=45		Başlangıç (B)	1. ay	3. ay	B - 1. ay arası fark	B- 3. Ay arası fark	1. ay- 3.ay arası fark
Tüm Ağız PI	AÖYÖ-düşük	3.63 ± 0.49	2.58 ± 0.59	2.45 ± 0.51	p< 0.001†	p< 0.001†	p=0.224
	AÖYÖ-yüksek	3.61 ± 0.50	2.54 ± 0.70	2.00 ± 0.72*	p< 0.001†	p< 0.001†	p< 0.001†
Diş Arası Bölgeleri PI	AÖYÖ-düşük	3.97 ± 0.56	2.99 ± 0.61	2.79 ± 0.57	p< 0.001†	p< 0.001†	p=0.179
	AÖYÖ-yüksek	4.28 ± 0.63	3.20 ± 0.81	2.28 ± 0.82*	p< 0.001†	p< 0.001†	p< 0.001†

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma

* 3. ay AÖYÖ-düşük grubundan anlamlı farklılık (p<0.05) (Mann Whitney U-test)

† Dönemler arasındaki fark anlamlı (p<0.001) (Friedman, Wilcoxon sing rank test)

4.2.3. AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek Gruplarının Başlangıç, 1.Ay ve 3. Ay AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY Değerlerinin Karşılaştırmaları

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının başlangıç, 1. ay ve 3. ay AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY ve GÖYÖ değerleri Tablo 14'de verildi. Başlangıçtaki AÖYÖ, FÖY, İÖY ve MÖY değerlerinin, AÖYÖ-düşük grubuna göre AÖYÖ-yüksek grubunda fazla olduğu belirlendi ($p<0.05$). AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek grupları arasında GÖYÖ değeri bakımından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.098$).

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek grupları karşılaştırıldığında, AÖYÖ-yüksek grubunun 1. aya ait AÖYÖ, FÖY ve MÖY değerlerinin istatistiksel anlamda daha fazla olduğu belirlendi (sırasıyla $p<0.004$, $p=0.018$, $p=0.003$). AÖYÖ-düşük grubuna göre, AÖYÖ-yüksek grubunun 3. aya ait AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerleri istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,003$)

AÖYÖ-düşük grubunun başlangıçtaki AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin, 1. ayda istatistiksel anlamlı olarak arttığı saptandı ($p<0.001$). AÖYÖ-yüksek grubunun başlangıç ile 1. ay AÖYÖ, FÖY ve MÖY değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), İÖY değerlerinin 1. ayda başlangıçtakine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı gözlemlendi ($p=0.011$).

AÖYÖ-düşük grubunun AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin 3. ayda başlangıçtakine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı belirlendi ($p<0.001$). AÖYÖ-yüksek grubunun başlangıç ile 3. ay FÖY ve MÖY değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmezken ($p>0.05$), AÖYÖ ve İÖY değerlerinin 3. ayda başlangıçtakine göre istatistiksel anlamlı olarak arttığı saptandı (sırasıyla $p=0,02$ ve $p=0.001$).

AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının 1. ay ve 3. aya ait AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0.05$), (Tablo 14).

Tablo 14. AÖYÖ-düşük (n=21) ve AÖYÖ-yüksek (n=24) gruplarının başlangıç, 1.ay ve 3. ay AÖYÖ, GÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerleri (ort. ± SS)

	Başlangıç (B)		1. ay		3. ay		B - 1. ay arası fark		B- 3. ay arası fark		1. ay- 3.ay arası fark	
	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek	AÖYÖ-düşük	AÖYÖ-yüksek
AÖYÖ	24.62 ± 3.6	59.33 ± 8.2*	53.33 ± 12.8	63.17 ± 8.8*	52.19 ± 12.3	65.79 ± 8.8*	p<0.001†	p=0.073	p<0.001†	p=0.02‡	p=0.400	p=0.097
FÖY	9.14 ± 2.8	22.33 ± 2.6*	18.62 ± 4.3	21.42 ± 3.3*	18.19 ± 4.2	21.92 ± 2.3*	p<0.001†	p= 0.232	p<0.001†	p=0.378	p=0.716	p= 0.476
İÖY	6.10 ± 0.4	14.38 ± 6.9*	16.05 ± 4.9	18.08 ± 4.3	14.76 ± 4.6	19.75 ± 4.8*	p<0.001†	p=0.011‡	p<0.001†	p= 0.001‡	p=0.101	p= 0.092
MÖY	9.38 ± 2.7	22.67 ± 5.1*	18.67 ± 6.1	23.67 ± 4.5*	19.24 ± 6	24.13 ± 4.3*	p<0.001†	p=0.294	p<0.001†	p=0.197	p= 0.913	p=0.461
GÖYÖ	30.10 ± 5.6	33.42 ± 7.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma

* AÖYÖ-düşük grubundan anlamda farklılık (p<0.05) (Mann Whitney U-test)

† Dönemler arasındaki fark anlamlı (p<0.001) (Friedman, Wilcoxon sing rank test)

‡ Dönemler arasındaki fark anlamlı (p<0.05) (Friedman, Wilcoxon sing rank test)

4.2.4. Çalışmamızın Alt Gruplarının (AÖYÖ-Düşük ve AÖYÖ-Yüksek, n=45) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ Değerleri Arası İlişkiler

Spearman korelasyon analizi sonucunda çalışmamızın alt gruplarında AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin birbiri ile ilişkili olduğu ($p<0.001$), GÖYÖ değerlerinin ise AÖYÖ, FÖY ve MÖY değerleri ile ilişkiliyken ($p<0.001$), İÖY değerleri ile ilişkili olmadığı ($p>0.05$) belirlendi (Tablo 15).

Tablo 15. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının (n=45) AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY, GÖYÖ değerleri arasındaki ilişkiler

	FÖY	İÖY	MÖY	GÖYÖ
AÖYÖ	$r=0.836^{**}$	$r=0.779^{**}$	$r=0.887^{**}$	$r=0.320^*$
FÖY		$r=0.555^{**}$	$r=0.719^{**}$	$r=0.317^*$
İÖY			$r=0.542^{**}$	$r=-0.112$
MÖY				$r=0.351^*$

** Parametreler arası ilişki anlamlı ($p<0.01$)

* Parametreler arası ilişki anlamlı ($p<0.05$)

4.2.5. GÖYÖ, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY Değerleri, Tüm ağız ve Diş Arası Bölgeleri PI Değerleri, S.1, S.2, S.3 Arası İlişkiler

İlişkilerin incelendiği Spearman korelasyon analizi verileri Tablo 16'dadır. Hastaların gerek AÖYÖ ve gerekse de GÖYÖ değerlerinin tüm ağız PI değerleri ile ilişkisiz olduğu bulundu ($p>0.05$). Hastaların İÖY değerleri ile diş arası bölgelerin PI değerlerinin ise ilişkili olduğu gözlemlendi ($p<0.23$).

Tüm ağız PI değerleri ile hastaların "Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?" sorusuna (S.1), "Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız?" sorusuna (S.2) ve "Diş hekimi muayenesine ne sıklıkla gidersiniz?" sorusuna (S.3) verdikleri yanıtlar birbiriyle ilişkili bulunmadı ($p>0.05$). Diş arası bölgelerin PI değerleri ile hastaların "Diş ipini ne sıklıkla kullanırsınız" sorusuna (S.2) verdikleri yanıtların birbiriyle ilişkili olduğu belirlendi ($p=0.009$).

Hastaların FÖY değerleri ile S.1'in, İÖY değerleri ile S.2'nin yanıtları birbiriyle ilişkili bulundu ($p<0.001$). Benzer şekilde, hastaların FÖY ve İÖY değerleri ile S.3 için verdikleri yanıtlar da birbiriyle ilişkiliydi ($p<0.001$). Ayrıca, hastaların MÖY değerleri ile S.1, S.2 ve S.3 için verdikleri yanıtların da birbiriyle ilişkili olduğu gözlemlendi ($p<0.001$).

Tablo 16. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek (n=45) Gruplarının GÖYÖ, AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerleri, tüm ağız ve diş arası bölgeleri PI değerleri, S.1,S.2,S.3 arası ilişkiler

Parametreler	Spearman Korelasyon Katsayısı	p
GÖYÖ – PI (Tüm ağız)	r= 0.034	0.823
AÖYÖ - PI (Tüm ağız)	r= 0.028	0.855
İÖY - PI (Diş arası bölgeleri)	r= 0.338*	0.023
PI (Tüm ağız) - S.1	r= -0.085	0.581
PI (Tüm ağız) - S.2	r= 0.201	0.185
PI (Tüm ağız) - S.3	r= 0.047	0.759
PI (Diş arası bölgeleri) - S.2	r= 0.383*	0.009
FÖY - S.1	r= 0.879**	<0.001
FÖY - S.3	r= 0.590**	<0.001
İÖY - S.2	r= 0.943**	<0.001
İÖY - S.3	r= 0.511**	<0.001
MÖY - S.1	r= 0.768**	<0.001
MÖY - S.2	r=0.594**	<0.001
MÖY - S.3	r=0.591**	<0.001

* Parametreler arası ilişki anlamlı (p< 0.05)

** Parametreler arası ilişki anlamlı (p< 0.001)

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Çalışma grubumuzdaki hastaların ortalama AÖYÖ değeri 39.98 ± 12.31 , ortalama GÖYÖ değeri 31.05 ± 6.38 olarak saptanmıştır. Çalışma grubumuzun içindeki AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının GÖYÖ değerleri sırasıyla 28.56 ± 6.11 ve 33.33 ± 6.53 olup, iki grup arasında istatistiksel anlamda fark bulunmuştur. Gerek çalışma grubumuzda, gerekse de çalışmamızın alt gruplarında AÖYÖ ve GÖYÖ değerlerinin birbiri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Plak indeksi değerleri başlangıçta benzer olan AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarına cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanmış, her iki gruptaki hastaların AÖYÖ değerlerinin 3 aylık dönemde arttığı ve plak indeksi değerlerinde ise azalma olduğu gözlenmiştir. Bu hastalar günlük plak kontrollerini daha başarılı gerçekleştirir hale gelmişlerdir. Günlük plak kontrolü ile ilgili bu başarı, AÖYÖ-düşük grubuna göre AÖYÖ-yüksek grubunda daha fazla bulunmuştur. Verilerimiz, bireylerin belli bir konuda kendilerinden istenilen davranışı gösterebilmeleri için, ilgili konuda beceri kazandırılmasının, bilinçlendirilmelerinin ve o bilgileri içselleştirmelerinin çok önemli olabileceğini göstermiştir. Araştırmamız, motivasyon ve ağız bakımı eğitimi ile yükselen ağız bakımı öz yetkinliğinin, hastaların günlük ağız bakımı uygulamaları için önem taşıyabileceğini ortaya koymuştur.

Mikrobiyal dental plağın varlığının boyama ile saptanması ve 6 dereceli bir indeks olması nedenleriyle daha objektif olacağı için, çalışmamızda Quigley & Hein Plak İndeksi (124) kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce PI değerlendirmelerinde standardizasyonu sağlamak amacıyla, değerlendirmeyi yapan araştırmacının kendi içinde ve danışman öğretim üyesi ile bu indeks için kalibrasyonu sağlanmıştır. Bunlara bağlı olarak araştırmamızda belirlediğimiz

PI değerlerinin, çalışmaya dahil ettiğimiz hastaların ağız bakımı durumlarını yüksek oranda yansıtabildiği kanısındayız.

Araştırmamızda, hastaların ağız bakımı konusundaki öz yetkinliklerini (FÖY, İÖY ve MÖY) sorgulayan Woelber ve ark. (33)'nin kullandığı AÖYÖ kullanılmıştır. Woelber ve ark. (33), daha önce Syrajala ve ark. (13) tarafından kullanılan dental öz yetkinlik ölçeğinde değişikliğe giderek kendi ölçeklerini geliştirmişlerdir. Woelber ve ark. (33)'nin kullandıkları bu ölçekten farklı olarak, ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili başka ölçekler de bulunmaktadır (23,27,28,119). Wolfe ve ark. (23), hastaların ağız bakımı ile ilgili öz yetkinliklerini Dental İnanç Ölçeği ile değerlendirmişlerdir. Knect ve ark. (27), zayıf kontrollü diyabet hastalarının fırçalama ve diş hekimi kontrollerine gitmeleri konularındaki öz yetkinliklerini sorgulayan farklı bir dental öz yetkinlik ölçeğini çalışmalarında kullanmışlardır. Daha sonra Kakudate ve ark. (28), ağız bakımı konusunda daha öncekilerden farklı bir dental öz yetkinlik ölçeği (SESS) geliştirmişlerdir. Ancak SESS ölçeğinde, hastaların fırçalama, beslenme ve diş hekimi kontrollerine gitme konularında öz yetkinliklerini sorgulayan bölümler bulunmaktadır. SESS ölçeğinin diş arası temizliği ile ilgili bölümü içermediği ve AÖYÖ'nün diğer ölçeklere göre daha kapsamlı olduğu düşünülerek, çalışmamızda ağız bakımı ile ilgili ölçek olarak Woelber ve ark. (33)'nin kullandığı AÖYÖ kullanılmıştır.

Ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili yapılan anket çalışmalarında, ölçeklerin geçerliği Cronbach Alfa değerleri ile saptanmıştır. Woelber ve ark. (33), AÖYÖ ve ölçeğin içerikleri olan FÖY, İÖY ve MÖY için Cronbach Alfa değerlerini sırasıyla 0.92, 0.88, 0.93, 0.88 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ilk defa tarafımızdan yapılan Woelber ve ark. (33)'nin kullandığı AÖYÖ ve bu ölçeğin içerikleri olan FÖY, İÖY ve MÖY için Cronbach Alfa değerleri ise sırasıyla 0.91, 0.93, 0.97 ve 0.88 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kullandığımız AÖYÖ ve ölçeğin içeriklerinin Cronbach Alfa değerlerinin Woelber ve ark. (33)'nin çalışmasında belirtilen Cronbach Alfa değerleri ile benzer olduğu görülmüştür. Araştırmamızda genel öz yetkinliği değerlendirmek amacıyla, Schwarzer ve Jerusalem (9)'ın 1995'te kullandığı ve Çelikkaleli ile Çapri (123)'nin 2008 yılında Türkçe'ye çevirdiği GÖYÖ kullanılmıştır. GÖYÖ'nin Cronbach Alfa değeri, Çelikkaleli ve Çapri

(123)'nin çalışmasında 0.87, Woelber ve ark. (33)'nin araştırmasında 0.83, bizim araştırmamızda ise 0.907 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki GÖYÖ'nün Cronbach Alfa değerinin diğer araştırmacıların (33,123) bulduğu değerlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmamızda kullandığımız ölçeklerin geçerliğinin yüksek olması, hasta ve hekimin yüz yüze görüşmesi ve hastaların hekim kontrolünde GÖYÖ ve AÖYÖ anketlerinin sorularını okuyup yanıtlaması ile ilişkili olabilir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda genel ve ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili çeşitli ölçekler kullanıldığı gibi, hastaların kategorize edilmesinde de farklı yöntemler uygulanmıştır. Woelber ve ark. (33), AÖYÖ değerlerine "median split" uygulayarak AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek alt gruplarına alacakları hastaları seçmişler, 19-76 arasında değerleri olan bu ölçekte median 59 olarak belirlemişlerdir. Knect ve ark. (27)'nin çalışmasında, dental öz yetkinliği düşük ve yüksek gruplar yine "median split" uygulanarak seçilmiştir. Değerleri 13-52 arasında olan kullandıkları dental öz yetkinlik ölçeğinde, "median değeri" olarak 40 tespit edilmiştir (27). Mizutani ve ark. (32,34), kullandıkları SESS ölçeğinin sorularını "tamamen eminim" ile "genellikle eminim" şeklinde yanıtlayanları yüksek öz yetkinlik, "orta derecede eminim" ya da "emin değilim" şeklinde yanıtlayanları ise düşük öz yetkinlik gruplarına dahil etmişlerdir. Kakudate ve ark. (29,30), değerleri 15-75 arasında değişen SESS ölçeğini kullanarak bu ölçeğin değerlerinde "cut off" yaptıklarında, değerleri 15-53 arasını düşük öz yetkinlik grubu, 54-59 arasını orta öz yetkinlik grubu, 60-75 arasını ise yüksek öz yetkinlik grubu olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmalarda düşük öz yetkinlik grubuna girenler toplam hastaların %30'unu, yüksek öz yetkinlik grubuna girenler ise toplam hastaların %35'ini oluşturmuştur (29,30). Ön çalışmamızda AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarını oluşturmak amacıyla ise, hastaların AÖYÖ değerlerinde "cut off" yapılıp, minimum ve maksimum %25'de yer alan hastaların ölçek değerleri belirlenmiştir. Hastaların minimum ve maksimum %25'inin AÖYÖ değerleri baz alınarak, AÖYÖ değerleri <30 olanların AÖYÖ-düşük grubuna ve AÖYÖ değerleri ≥50 olanların AÖYÖ-yüksek grubuna alınmasına karar verilmiştir.

Woelber ve ark. (33) 13-85 yaş arası, Syrajala ve ark. (13) 16-72 yaş arası, Kakudate ve ark. (29,30) 19-86 yaş arası, Mizutani ve ark. (32) ise 18-

19 yaş arası bireyleri ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili çalışmalarına almışlardır. Bandura (3)'nün Sosyal Biliş Teorisi'ne göre, bireyler deneyimledikleri eylemlerin sonuçlarını değerlendirdikten sonra, benzer eylemleri gerçekleştirmede bu sonuçları kendilerine referans olarak alır ve ilgili konuda öz yetkinliklerini geliştirirler. Ancak, ilerleyen yaşla birlikte yaşlı bireylerde ağız bakımı uygulamalarını yapma konusunda el becerisi eksikliği oluşabileceği ve bu durumun bireylerin öz yetkinliklerini etkileyebileceği de bildirilmiştir (112). Diğer taraftan, yüksek öz yetkinlik var olsa bile, yeterli beceriye sahip olmayan bireylerin gerekli performansı gösteremeyeceği bilinmektedir (1,3). Daha önceki çalışmalarda (13,29,30,32,33) bu konuya dikkat edilmeden geniş yaş aralığındaki bireylerin araştırmaya alınması, araştırma sonuçlarının güvenilirliğinin sorgulanması gerektiğini akla getirmiştir. Bireylerin deneyimlerinin, onların öz yetkinliklerini etkilemesi ve deneyimlerin ilerleyen yaşla birlikte artması dolayısı ile, çalışmamız belirli bir yaş grubundaki (35-60 yaş) erişkin bireylerde gerçekleştirilmiştir. Öz yetkinlik ile ağız bakımı uygulamaları arasındaki ilişkinin doğru saptanmasında yaşa bağlı olarak hatalar oluşabileceğinden, 60 yaş üstü bireyler çalışmamıza dahil edilmemiştir.

Kakodate ve ark. (29) kadın ve erkeklerin ağız bakımı öz yetkinliğini değerlendiren SESS ölçeği değerlerini benzer bulmuşlardır. Mizutani ve ark. (32) ise kadın ve erkeklerde SESS ölçeğinin fırçalama ve beslenme alışkanlıkları konusundaki öz yetkinlik değerlerinin benzer, diş hekimi kontrollerine gitme konusundaki öz yetkinlik değerlerinin farklı olduğunu bildirmişlerdir. Bunun aksine bazı araştırmacılar, kadınların ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili ağız bakımı öz yetkinliği değerlerinin erkeklerinkinden yüksek olduğunu saptamışlardır (13,33). Woelber ve ark. (33), ortalama AÖYÖ değerini kadınlarda 60.40 ± 9.41 , erkeklerde ise 56.04 ± 11.55 olarak bulmuşlar ve aradaki farkın anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Woelber ve ark. (33) ile aynı ölçeği kullandığımız araştırmamızın çalışma grubunda ise (n=210) ortalama AÖYÖ değeri kadınlarda 41.31 ± 11.26 , erkeklerde ise 38.63 ± 13.22 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda kadın ve erkeklerin AÖYÖ değerleri birbiriyle benzer bulunmuş, aynı ölçeği kullanmamıza karşın bulgularımız Woelber ve ark. (33)'nün bulguları ile uyuşmamıştır. Kadın ve erkeklerde ağız bakımı öz yetkinliği değerleri ile ilgili birbirinden farklı bulguların olduğu

alışmalar ve araştırmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde, ağız bakımı öz yetkinliğinin cinsiyetten çok bilinçlenme ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Araştırmamızın verilerini Woelber ve ark. (33)'nın verileri ile karşılaştırdığımızda, AY değerlerinin Alman toplumuna göre toplumumuzda daha düşük seviyelerde olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedenleri, ülkeler arasındaki sağlık sistemi ve kültür farklılıkları ile açıklanabilir. Diğer nedenler ise, toplumumuzun ağız bakımı konusunda bilinçli olmaması ve diş hekimlerinin motivasyon ve ağız bakımı eğitimi konularında hassasiyet göstermemesi olabilir.

Bandura (126,127), bireylerin eğitim seviyelerinin ve sosyo-ekonomik durumlarının öz yetkinliklerini değiştirebileceğini ileri sürmüştür. Knecht ve ark. (27)'nin Finlandiya'daki çalışmasında, hastalar profesyonel eğitimlerine göre sınıflandırılmış ve kolej ile niversite mezunu olan hastalar yüksek profesyonel eğitlimliler, profesyonel eğitimin diğer formlarını bitirenler veya profesyonel eğitim görmeyenler düşük profesyonel eğitlimliler olarak gruplandırılmıştır. Bu araştırmacılar, yüksek profesyonel eğitlimlilerin dental öz yetkinlik leği değerlerinin düşük profesyonel eğitlimlilerinkine göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (27). Farklı bir dental öz yetkinlik ölçeğini kullanan Syrajala ve ark. (13) da, yüksek profesyonel eğitlimlilerin diş hekim kontrollerine gitme konusundaki öz yetkinlik değerlerinin düşük profesyonel eğitlimlilerinkine göre yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Çalışma grubumuzda, lise mezunu olan hastaların ortalama AY değerine göre niversite mezunu olan hastaların ortalama AY değeri daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgumuz daha önceki araştırmaların (13,27) bulguları ile paralellik göstermiştir. Hastaların gelir durumu ile ağız bakımı öz yetkinliği arasındaki ilişki araştırmamızda saptanamamış, daha önce yapılan çalışmalarda ise bu ilişki incelenmemiştir. Verilerimiz, hastaların eğitim seviyelerinin, farkındalığı yükselterek ağız bakımı öz yetkinliğini arttırabileceğini, gelir düzeyinin ise ağız bakımı öz yetkinliği üzerinde etkili olmadığını ortaya koymuştur.

Veselska ve ark. (128), hastaların genel öz yetkinlikleri ile sigara içme davranışlarının ilişkili olmadığını bildirmiştir. Bunun aksine, Luszczynska ve ark. (115), Güney Kore'li bireylerin genel öz yetkinliği ile sigaradan uzak durma konusundaki öz yetkinliğinin birbiri ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Diğer

tarafından Lewtak ve Somolinska (129), sigara bağımlılarının genel öz yetkinlikleri ile kullandıkları sigara sayısını ilişkili bulmuşlardır. Woelber ve ark. (33) ise, sigara kullanan ve kullanmayan hastaların ağız bakımı öz yetkinliklerini benzer bulmuşlardır. Woelber ve ark. (33) ile benzer ölçeği kullandığımız çalışmamızda, sigara içen bireylerin AÖYÖ değerlerinin sigara içmeyen bireylerinkinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu veriler, sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre AÖYÖ değerlerinin düşük olduğunu gösteren ilk araştırma olması açısından önemlidir. Verilerimiz, toplumumuzda özellikle sigara içen bireylerin günlük ağız bakımı uygulamalarına yansiyabilecek olan AÖYÖ değerlerinin yükseltilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, sigara kullanımının bırakılması konusunda hastalar yönlendirilebilir.

Kakudate ve ark. (29), ağız bakımı öz yetkinliği hakkındaki SESS ölçeği değerleri ile hastaların periodontal tedaviye bağlılığı arasındaki ilişkiyi kısa dönem için araştırmışlar ve SESS değerleri düşük olan bireylere göre SESS değerleri yüksek olan bireylerin periodontal tedaviye bağlılıklarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Daha sonra Kakudate ve ark. (30) 2010 yılında, düşük SESS değerlerinin uzun dönemde periyodik kontrollere geliş sayısı ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Kakudate ve ark. (29,30)'nın bulguları ile benzer olarak araştırmamızda da, AÖYÖ-yüksek grubuna göre AÖYÖ-düşük grubundaki 1. ve 3. ay kontrollerine gelmeyen hasta sayısının iki katı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak, hastaların periyodik kontrollere gelme durumları hakkındaki öngöründe, önceden var olan AÖYÖ değerlerinin önem taşıyabileceği düşünülebilir. Böylece, AÖYÖ değerleri düşük olan hastalar daha özenle bilinçlendirilir ve izlenirse, onların periodontal sağlıklarının sürdürülmesi sağlanabilir.

Performans başarıları, model alınan kişilerin deneyimleri, sosyal ikna ve duygusal durum öz yetkinliklerin şekillenmesinde rol oynar (1,3). Bu kaynaklardan "sosyal ikna"nın öz yetkinliğe etkisi, bireylerin etrafında bulunan kişiler tarafından herhangi bir işi yapabilmesi konusunda cesaretlendirilmesi ile ifade edilmiştir (1,4,118). Çalışmamızda hastalara motivasyon uygulanarak, Bandura (3)'ün bahsettiği "sosyal ikna" faktörü ile hastaların öz yetkinliklerinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Motivasyon uygulanan hastalarda, Tedesco ve

ark. (24) ağız bakımı konusundaki öz yetkinlikliğin, Stewart ve ark. (25) da diş ipi kullanımı ile ilgili öz yetkinliğin anlamlı artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Araştırmamızda cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanan hastaların AÖYÖ ve İÖY değerlerinde elde ettiğimiz artışlar, Tedesco ve ark. (24) ve Stewart ve ark. (25)'nin bulguları ile desteklenmiştir. Bandura (3)'nin da ileri sürdüğü gibi, motivasyon ve ağız bakımı eğitimi yapılarak sosyal ikna yoluyla hastaların ağız bakımı ile ilgili öz yetkinlikleri arttırılabilir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, GÖYÖ ile AÖYÖ değerlerinin birbiri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (29,30,33). Araştırmamızda da, çalışma grubumuzdaki (n=210) ve çalışmamızın alt gruplarındaki (n=45) hastaların AÖYÖ ile GÖYÖ değerlerinin birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz AÖYÖ ile GÖYÖ değerleri arasındaki pozitif ilişki, Woelber ve ark. (33) ile Kakudate ve ark. (29,30)'nın bulguları ile benzerlik göstermiştir. Öz yetkinlik alanında inceleme yapan araştırmacılar, öz yetkinliğin belirli bir alana özgü olabileceği gibi, çok farklı alanlara genellenebilir bir inanç da olabileceğini ileri sürmüşlerdir (9,115-117). Çalışmamızın GÖYÖ ve AÖYÖ ilişkisi ile ilgili bulguları bu görüş ile uyum içerisindedir. Kişinin herhangi bir konuda becerilerini harekete geçirebilmesinde, genel öz yetkinliğin yüksek olmasının tek başına olmasa da önem taşıyabileceğini ve bunun ağız bakımı öz yetkinliği için etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Araştırmacılar, ağız bakımı öz yetkinliği değerlendirme ölçeği olan SESS değerleri ile bu ölçeğin içerikleri olan fırçalama öz yetkinliği, beslenme öz yetkinliği ve diş hekimi kontrollerine gitme öz yetkinliği değerlerinin ilişkisinden söz etmişlerdir (29). Mizutani ve ark. (32) da, SESS'nin içeriklerinin birbiriyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda elde ettiğimiz AÖYÖ ve bu ölçeğin içeriklerinin birbirleri ile ilişkisi konusundaki bulgularımız, bu araştırmacıların (29,32) bulguları ile benzerlik göstermiştir. Ayrıca araştırmamızda, AÖYÖ, FÖY, İÖY ve MÖY değerleri ile hastaların ilgili konulardaki farkındalıklarını ortaya koyan sorulara verdikleri yanıtlar ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu ilişkiler, daha önce yapılan çalışmalar (13,22,26) ile uyum göstermiştir. Bu nedenle araştırmamızda kullanılan AÖYÖ, FÖY, İÖY ve MÖY anketlerinin geçerliği ile ilgili

bulgularımızı, saptanan bu ilişkilerin daha da kuvvetlendirdiğine inanıyoruz. Hastaların soruları hekim ile yüz yüze ve hekim kontrolünde yanıtlamalarının bu sonuçta önemi olabilir.

Stanley ve Murphy (12), herhangi bir alandaki uygulamayı gerçekleştirmek için, o alana özel öz yetkinliğin genel öz yetkinlikten daha başarılı bir belirleyici olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu bağlamda, plak indeksi değerlerinin hastaların ağız bakımı uygulamalarının göstergesi olması nedeniyle, hastaların AÖYÖ ve GÖYÖ değerleri ile plak indeksi değerleri arasındaki ilişkiler çeşitli araştırmalara konu olmuştur (13,23,30,33). Woelber ve ark. (33), hastaların GÖYÖ değerlerinin plak indeksi değerleri ile ilişkili olmadığını bildirmişlerdir. Araştırmacıların (33) bu bulgularıyla paralel olarak çalışmamızın alt gruplarında da (n=45, AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek), hastaların GÖYÖ değerleri ile başlangıç plak indeksi değerleri arasında ilişki gösterilememiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu, Stanley ve Murphy (12)'nin görüşü ile desteklenmiştir. Daha önceki çalışmaların ve araştırmamızın bulguları birlikte değerlendirildiğinde, bireylerin genel öz yetkinlik değerlerine bakarak, bu değerleri yüksek olanların ağız bakımı uygulamalarını daha başarılı yapacaklarını söylemenin doğru olmayacağı sonucuna varılabilir.

Syajala ve ark. (13) ile Kakudate ve ark. (30), alana özgü olan ağız bakımı öz yetkinliği ile ilgili ölçek değerleri ve plak indeksi değerleri arasında istatistiksel anlamda ilişki bulurlarken, bunun aksine Wolfe ve ark.(23) ile Woelber ve ark. (33) böyle bir ilişkiyi belirleyememişlerdir. Woelber ve ark. (33) ile aynı ölçeği kullandığımız araştırmamızda da, hastaların önceden var olan AÖYÖ değerleri ile başlangıç plak indeksi değerleri arasında ilişki saptanamamıştır. Bu bulgumuz Woelber ve ark. (33) ile Wolfe ve ark. (23)'nin bulguları ile paralellik göstermiştir. Verilerimiz, toplumumuzda ağız bakımı konusunda uygun bilinçlendirilmemiş ve eğitimleri yapılmamış bireylerde, önceden var olan ağız bakımı öz yetkinliği değerlerine bakarak onların o anki ağız bakımları ile ilgili öngöründe bulunmanın pek olası olmadığını göstermiştir. Bu durum çeşitli nedenlere dayandırılabilir. Bu nedenler, hastaların fırçalama ya da diş ipi yapmalarına karşın bu uygulamaları yaparken doğru teknikleri kullanmamaları ve doğru sandıkları yanlış bilgilere sahip olmaları olarak

sıralanabilir. Hastalar, doğru olduğunu düşündükleri konularda yanıltmış olabilirler. Diğer taraftan, ağız bakımı öz yetkinliğinin, ağız bakımı başarısında tek başına yeterli olmadığı ve performans için bilgi ve becerinin de gerekli olduğu ileri sürülmüştür (3). Bu nedenle, diş hekimleri tarafından hastaların motivasyonlarının yapılmasının yanı sıra ağız bakımı uygulamaları konusunda ayrıntılı bilgilendirilmesinin, doğru tekniklerin hekimler tarafından sabırla hastalara gösterilmesinin ve hastaların bu becerileri kazanmasının önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Hastaların önceden var olan AÖYÖ değerlerinin, tedaviyi takip dönemlerinde ağız bakımı ile ilgili parametreler için etkili bir faktör olduğu ileri sürülmüştür (33). Ayrıca motivasyon ve öz yetkinlikteki artışın, hastaları davranış değişikliğine hazır hale getirdiği de daha önce savunulmuştur (95). Bu görüşlere dayanarak bazı çalışmalar yürütülmüştür. Woelber ve ark. (33), motivasyon ve ağız bakımı eğitimi yapıldıktan 6 ay sonra, başlangıç AÖYÖ değerleri yüksek olan bireylerin plak indeksi değerlerinin düştüğünü, başlangıç AÖYÖ değerleri düşük olan bireylerin plak indeksi değerlerinin anlamlı olarak yükseldiğini bildirmişlerdir. Kakudate ve ark. (30), motivasyon ve ağız bakımı eğitimini takiben 30 aylık gözlemlerinde, SESS-yüksek grubun plak indeksi değerlerinde, SESS-orta ve SESS-düşük gruplara göre daha fazla düşüş olduğunu saptamışlardır. Araştırmamızda, hastalara cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi yapıldıktan sonra, gerek AÖYÖ-düşük gerekse de AÖYÖ-yüksek gruplarında 1. ay ve 3. ay plak indeksi değerleri önemli ölçüde düşmüş, önceden var olan AÖYÖ değerleri ise önemli derecede yükselmiştir. Ayrıca, yüksek AÖYÖ değerlerine sahip olan grubun 3. ay tüm ağız ve diş arası bölgeleri plak indeksi değerleri, düşük AÖYÖ değerlerine sahip olan grubunkine göre daha az saptanmıştır. Plak indeksi ile ilgili bu bulgularımız daha önceki araştırmaların (30,33) bulgularıyla benzerlik göstermiştir. Stanley ve Murphy (12)'nin, alana ait uygulamanın yapılabilmesinde o alana ait öz yetkinliğin belirleyici olduğu görüşü ile bulgularımız desteklenmiştir. Verilerimizle, hastaların ağız bakımı öz yetkinlikleri yükseltilerek, günlük ağız bakımı uygulamalarını daha başarılı yapabilecekleri öngörülebilir. Özellikle AÖYÖ değerleri düşük olan hastalar için yapılacak tedavi planlamasında motivasyon ve ağız bakımı eğitimine daha

fazla önem verilerek, bu hastaları daha sık kontrollere çağırarak, onların da ağız bakımı uygulamalarının istenilen düzeylere çekilmesi sağlanabilir. Bandura (112)'nin ileri sürdüğü, kişinin kendi kendini motive etmesinde öz yetkinliğinin anahtar rol oynadığı görüşünden hareketle, AÖYÖ değerleri düşük olan hastaların motivasyonu, bilinçlendirilmesi ve ağız bakımı eğitimleri ile ağız bakımı öz yetkinliklerinin mutlaka geliştirilmesi gerektiği kanısını taşıyoruz. Önceden var olan AÖYÖ değerleri yüksek olsun ya da olmasın, tüm hastalara motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulamasının yapılması gereğine inanıyoruz. Periodontal tedaviye başlamadan önce hastaların ağız bakımı ile ilgili öz yetkinlikleri belirlenerek, ilerleyen zamanlarda günlük plak kontrollerini ne kadar başarılı yapacakları öngörülebilir. Buna bağlı olarak yürütülecek tedavi girişimleri ile ağız bakımı öz yetkinlikleri arttırılan hastaların, periodontal tedavide başarıyı yakalayarak ağız-diş sağlığı düzeyleri yükselebilecektir.

Woelber ve ark. (33) dişeti hastalıklarının tedavisi için başvuran tüm hastaları çalışmalarına alırken, Mizutani ve ark. (32) çalışmalarına sadece gingivitis hastalarını, Kakudate ve ark. (29,30) ise hafif ve orta şiddetli kronik periodontitis hastalarını dahil etmişlerdir. Kakudate ve ark. (29,30), şiddetli periodontitis hastalarının öz yetkinliklerinin hafif ve orta şiddetli periodontitis hastalarınınkinden farklı olabileceğini, bu nedenle şiddetli periodontitis hastalarının dahil edilmemesinin çalışmalarının sınırlamalarından biri olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmamıza gingivitisli ve kronik periodontitisli hastalar alınmıştır. Ancak kronik periodontitis hastalığının şiddetine göre bir sınıflama yapılmamış olması çalışmamızın sınırlamalarından biri olarak kabul edilebilir. Kısa kontrol süresi, çalışmamızın bir diğer sınırlaması olarak düşünülebilir. Araştırmamız 3 aylık kontrolü olan bir çalışma olarak planlanmıştır, ancak motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanan hastaların ağız bakımı öz yetkinliği ve plak değerlerinde daha uzun dönemde oluşacak değişimlerin de incelenmesi gerektiği kanısındayız.

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda, enflamatuvar periodontal hastalıklı bireylerin genel öz yetkinlik ve ağız bakımı öz yetkinliği belirlenerek, bu öz yetkinliklerin birbiri ile ilişkisi saptanmıştır. Ayrıca, cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulamalarından sonra hastaların ağız bakımı öz yetkinliğindeki değişimler incelenmiş, bu değişimlerin günlük plak kontrollerini ne derece etkilediği araştırılmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgularımızı şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Woelber ve ark. (33)'nin kullandığı ve ilk defa tarafımızdan İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen AÖYÖ anketinin ve bu ölçeğin içerikleri olan FÖY, İÖY, MÖY'ün güvenilirliği pilot çalışmamızda ispatlanmıştır. Ayrıca, AÖYÖ ve bu ölçeğin içeriklerinin geçerliğinin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.
2. Hastaların GÖYÖ ortalama değeri 31.05 ± 6.38 , önceden var olan AÖYÖ ortalama değeri 39.98 ± 12.31 olarak saptanmıştır.
3. Hastaların GÖYÖ ve önceden var olan AÖYÖ değerleri birbiri ile ilişkili bulunmuştur.
4. Kadın ve erkeklerin önceden var olan AÖYÖ değerleri benzer saptanmıştır.
5. Sigara içmeyen bireylerinkine göre, sigara içen bireylerin önceden var olan AÖYÖ değerlerinin düşük olduğu belirlenmiştir.
6. Üniversite mezunu olan bireylerin önceden var olan AÖYÖ değerlerinin, lise mezunu olan bireylerinkine göre yüksek olduğu gözlenmiştir.
7. Önceden var olan AÖYÖ değerlerinin hastaların gelir dağılımı ile ilişkisiz olduğu bulunmuştur.

8. Hastaların ağız bakımı alışkanlıkları ile diş hekimi muayenelerine gitmeleri konularındaki sorulara verdikleri yanıtlar, ilgili konulardaki öz yetkinlikleri ile ilişkili saptanmıştır.
9. AÖYÖ, FÖY, İÖY, MÖY değerlerinin birbiri ile ilişkili olduğu, GÖYÖ değerlerinin ise AÖYÖ, FÖY ve MÖY değerleri ile ilişkiliyken, İÖY değerleri ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.
10. Ön çalışmamıza alınan hastaların AÖYÖ değerleri için “cut off” yapılarak, AÖYÖ-düşük (AÖYÖ değeri <30) ve AÖYÖ-yüksek (AÖYÖ değeri ≥50) grupları oluşturulmuştur.
11. AÖYÖ-düşük grubunda kontrollere gelmeyen hasta sayısının, AÖYÖ-yüksek grubuna göre daha fazla olduğu gözlenmiştir.
12. AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarındaki hastaların başlangıç PI değerlerinin, GÖYÖ değerleri ve önceden var olan AÖYÖ değerleri ile arasında ilişki saptanamamıştır.
13. Cerrahisiz periodontal tedavi kapsamında motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulandıktan 3 ay sonra, AÖYÖ-düşük ve AÖYÖ-yüksek gruplarının AÖYÖ değerlerinde yükselme ve plak indeksi değerlerinde düşüş gözlenmiştir.
14. Motivasyon ve ağız bakımı eğitimi sonrası AÖYÖ-yüksek grubunun plak indeksi değerleri, AÖYÖ-düşük grubu değerlerinden istatistiksel anlamda daha az saptanmıştır.

Bu bulgularımız, başlangıçta AÖYÖ değerleri gerek düşük ve gerekse de yüksek olan tüm hastaların ağız bakımı konusunda eğitilip motive edilmesi ile onların ağız bakımı öz yetkinliklerinin arttığını ve günlük plak kontrollerini daha başarılı gerçekleştirdiklerini göstermiştir. AÖYÖ değerleri yüksek olan hastalar, bu konuda daha başarılı bulunmuştur. Bu nedenle motivasyon ve ağız bakımı eğitimi konularında, özellikle AÖYÖ değerleri düşük olan hastalarla daha fazla ilgilenilmesi gerekebilir. Ayrıca günlük plak kontrollüne etkisi düşünüldüğünde, sigara içen hastaların düşük olan ağız bakımı öz yetkinliğinin yükseltilmesi gerektiğini de verilerimiz ortaya koymuştur. Periodontal tedaviye başlamadan önce hastaların ağız bakımı öz yetkinliğinin belirlenmesi ile, ilerleyen zamanlarda onların günlük plak kontrollerini ne kadar başarılı yapacakları ve periyodik kontrollere geliş durumları hakkında

öngörüde bulunulabilir. Bireylerin ağız bakımı uygulamalarını gerçekleştirme konusundaki başarıları ile ilgili öngörüde, genel öz yetkinlikten çok hastaların önceden var olan ağız bakımı öz yetkinliği bir gösterge olabilir.

Bilebildiğimiz kadarıyla araştırmamız, Periodontoloji alanında ağız bakımı öz yetkinliği ölçeği (AÖYÖ) kullanılarak ülkemizde bu güne değin yapılan ilk çalışmadır. Motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulamalarının, ağız bakımı öz yetkinliğine ve günlük plak kontrolüne etkilerinin araştırıldığı daha uzun dönemli çalışmalara gereksinim olduğunu düşünüyoruz.



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman 1997.
2. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
3. Bandura A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84:191-215.
4. Bandura A. Fearfull expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. Am Psychol 1986;41:1389-91.
5. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am Psychol 1982;37:122-47.
6. Bandura A. Organizational applications of social cognitive theory. Aust J Manage 1988;13:275-302.
7. Schwarzer R. Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. Psychol Health 1994;9:161-80.
8. Zhang, JX, Schwarzer R. Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Psychologia 1995;38:174-81.
9. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, and M. Johnston editors. Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON 1995; p.35–37.
10. Marakas GM, Yi MY, Johnson, RD. The multilevel and multifaceted character of computer self-efficacy: Toward clarification of the construct

and an integrative framework for research. *Inform Syst Res* 1998;9:126-63.

11. Choi N. Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *J Psychol* 2004;138:149–59.
12. Stanley KD, Murphy MR. A comparison of general self-efficacy with self-esteem. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1997;123:81–99.
13. Syrjala AM, Knecht MC, Knuuttila ML. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol* 1999; 26:616–21.
14. Macnee CL, Talsma AN. Predictors of progress in smoking cessation. *Public Health Nurs* 1995; 12: 242–8.
15. Shannon J, Kirkley B, Ammerman A, Keyserling T, Kelsey K, DeVellis R et al. Self-efficacy as a predictor of dietary change in a low-socioeconomic-status southern adult population. *Health Educ Behav* 1997;24:357–68.
16. Moritz SE, Feltz DE, Fahrback KR, Mack DE. The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. *Res Q Exercise Sport* 2000;71:280-94.
17. Caprara GV, Alessandri G, Di Giunta L, Panerai L, Eisenberg N. The Contribution of Agreeableness and Self-efficacy. Beliefs to Prosociality *Eur J Pers* 2009;24:36–55.
18. Schunk DH, Pajares F. The Development of Academic Self-Efficacy Chapter. In: A. Wigfield & J. Eccles (Eds.), *Development of achievement motivation*. San Diego: Academic Press 2001; p.16-29.
19. Woods JL, Pasold TL, Boateng BA, Hensel DJ. Medical student self-efficacy, knowledge and communication in adolescent medicine. *Int J Med Educ* 2014;5:165–72.

20. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. In: Conner M, Norman P. Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models, Buchingam Open universty pres, 1995; p.163-196.
21. McCaul KD, Glasgow RE, Gustafson C. Predicting levels of preventive dental behaviors. J Am Dent Assoc 1985;111:601–5.
22. Tedesco LA, Keffer MA, Fleck-Kandath C. Self-efficacy, reasoned action and oral health behavior reports: a social cognitive approach to compliance. J Behav Med 1991;14:341–55.
23. Wolfe GR, Stewart JE, Hartz GW. Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. Community Dent Oral Epidemiol 1991;19:112-5.
24. Tedesco LA, Keffer MA, Davis EL, Christersson LA. Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behaviour reports and cognitions. J Periodontol 1992;63:567-75.
25. Stewart JE, Wolfe GR, Maeder L, Hartz GW. Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. Patient Educ Couns 1996;27:269–77.
26. Stewart JE, Strack S, Graves P. Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25:337–42.
27. Knecht MC, Syrjala AM, Laukkanen P, Knuutila ML. Self-efficacy as a common variable in oral health behaviour and diabetes adherence. Eur J Oral Sci 1999;107:89-96.
28. Kakudate N, Morita M, Fujisawa M, Nagayama M, Kawanami M. Development of the Self-Efficacy Scale for Self-care (SESS) among Periodontal Disease Patients-Reliability and Validity Examination. J Jpn Soc Periodontol 2007;49:285-95.
29. Kakudate N, Morita M, Kawanami M. Oral health care specific self-efficacy assessment predicts patient completion of periodontal treatment: a pilot cohort study. J Periodontol 2008;79:1041–47.

30. Kakudate N, Morita M, Yamazaki S, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, et al. Association between self-efficacy and loss to follow-up in long-term periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2010;37:276–82.
31. Kakudate N, Morita M, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, Isogai E et al. Development of the outcome expectancy scale for self-care among periodontal disease patients. *J Eval Clin Pract* 2011;17:1023–29.
32. Mizutani S, Ekuni D, Furuta M, Tomofuji T, Irie K, Azuma T et al. Effects of self-efficacy on oral health behaviours and gingival health in university students aged 18- or 19-years-old. *J Clin Periodontol* 2012;39:844–9.
33. Woelber JP, Bienas H, Fabry G, Silbernagel W, Giesler M, Tennert C et al. Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol* 2015;42:142-9.
34. Mizutani S, Ekuni D, Tomofuji T, Irie K, Azuma T, Iwasaki Y et al. Self-efficacy and progression of periodontal disease: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol* 2015;42:1083-89.
35. Oringer RJ. Modulation of the host response in periodontal therapy. *J Periodontol* 2002; 73: 460–70.
36. Eickholz P, Kaltschmitt J, Berbig J, Reitmeir P, Pretzl B. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 165–74.
37. Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. *Periodontol 2000* 2002;29:177-206.
38. Socransky SS, Haffajee AD. Dental biofilms: difficult therapeutic targets. *Periodontol 2000* 2002;28:12-55.
39. Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* 1975;3:126-35.
40. Socransky SS. Relationship of bacteria to the etiology of periodontal disease. *J Dent Res* 1970;2:203-22.

41. Eke PI, Page RC, Wei L, Thornton-Evans G, Genco RJ. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2012;83:1449-54.
42. Ranney RR. Classification of periodontal diseases. *Periodontol 2000* 1993;2:13-25.
43. Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-87.
44. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol* 1999;4:7-17.
45. Mariotti A. Plaque induced gingival diseases. In: Lang NP, Lindhe J, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 6 th ed. John Wiley & Sons, Ltd, 2015; p.366-380.
46. Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986;13:431-45.
47. Löe H, Morrison E. Periodontal health and disease in young people: screening for priority care. *Int Dent J* 1986;3:162-7.
48. Page RC, Kornman KS. The Pathogenesis of Human Periodontitis: an introduction. *Periodontol 2000* 1997;14:9-11.
49. Schatzle M, Löe H, Bürgin W, Anerud A, Boysen H, Lang NP. Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis. *J Clin Periodontol* 2003;30:887-901.
50. Albandar JM. Periodontal Diseases in North America. *Periodontol 2000* 2002;29:31-69.
51. Brown LJ, Oliver RC, Löe H. Periodontal Diseases in the U.S. in 1981: Prevalence, Severity, Extent and Role in Tooth Mortality. *J Periodontol* 1989;60:363-70.
52. Papapanou PN, Wennström JL, Gröndahl K. A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. *J Clin Periodontol* 1989;16:403-11.

53. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New Concepts of Destructive Periodontal Disease. *J Clin Periodontol* 1984;11:21-32.
54. Jeffcoat MK, Reddy MS. Progression of Probing Attachment Loss in Adult Periodontitis. *J Periodontol* 1991;62:185-9.
55. Löe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *J Periodontol* 1978;49:607-20.
56. Flemming TF. Periodontitis. In: 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Oak Brook, Illinois, *Ann Periodontol* 1999;4:32-7.
57. Armitage GC, Cullinan MP. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000* 2010;53:12-27.
58. Schatzle M, Löe H, Lang NP, Bürgin W, Anerud A, Boysen H. The clinical course of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2004;31:1122-7.
59. Demmer RT, Papapanou PN. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000* 2010;53:28-44.
60. Baelum V, Lopez R. Periodontal disease epidemiology - learned and unlearned? *Periodontol 2000* 2013;62:37-58.
61. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of Periodontology. *Periodontol 2000* 2013;61:16-53.
62. Dye BA. Global Periodontal Disease Epidemiology. *Periodontol 2000* 2012;58:10-25.
63. Albandar JM. Epidemiology and risk factors of periodontal disease. *Dent Clin North Am* 2005;49:517-32.
64. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 2014;93:1045-53.

65. Borrell LN, Burt BA, Taylor GW. Prevalence and trends in periodontitis in the USA: from the NHANES III to the NHANES, 1988 to 2000. *J Dent Res* 2005;84:924-30.
66. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol* 2005;76:2187-93.
67. 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;70:13-29.
68. Rothlisberger B, Kuonen P, Salvi GE, Gerber J, Pjetursson BE, Attström R, Joss A, Lang NP. Periodontal conditions in Swiss army recruits: a comparative study between the years 1985, 1996, and 2006. *J Clin Periodontol* 2007;34:860-6.
69. Skudutyte-Rysstad R, Eriksen HM, Hansen BF. Trends in periodontal health among 35-year-olds in Oslo, 1973–2003. *J Clin Periodontol* 2007;34:867–72.
70. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral healthrelated quality of life. *J Dent* 2013;41:370-6.
71. Arigbade AO, Babatope BO., Bamidele MK. Periodontitis and systemic diseases: A literature review. *J Indian Soc Periodontol* 2012;16:487-91.
72. Marsh PD. Dental Biofilms. In: Lang NP, Lindhe J, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 6 th ed. John Wiley & Sons, Ltd, 2015; p.169-182.
73. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol* 2005;43:5721–32.
74. Paster BJ, Boches SK, Galvin JL, Ericson RE, Lau CN, Levanos VA, Sahasrabudhe A, Dewhirst FE. Bacterial diversity in human subgingival plaque. *J Bacteriol* 2001;183:3770–83.
75. Haffajee AD, Socransky SS Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. *Periodontol* 2000 1994;5:78–111.

76. Slots J. Subgingival microflora and periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1979;6:351–82.
77. Slots J, Mashimo P, Levine MJ, Genco RJ. Periodontal therapy in humans. I. Microbiological and clinical effects of a single course of periodontal scaling and root planing, and of adjunctive tetracycline therapy. *J Periodontol* 1979;50:495–509.
78. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 1998;25:134–44.
79. Zambon JJ. Periodontal Diseases: Microbial Factors. *Ann Periodontol* 1996;1:879-925.
80. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet* 2005;366:1809-20.
81. Williams RC. Understanding and managing periodontal diseases: a notable past, a promising future. *J Periodontol* 2008;79:1552-9.
82. Lindhe J, Nyman S. Clinical trials in periodontal therapy. *J Periodontol Res* 1987;22:217-21.
83. Pihlstrom BL, Ammons WF. Treatment of gingivitis and periodontitis. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 1997;68:1246-53.
84. American Academy of Periodontology, Comprehensive periodontal therapy: A statement by the American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2011;82:943-9.
85. Koerber A, Crawford J, O'Connell K. The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking- cessation counseling: a pilot study. *J Dent Educ* 2003;67:439–47.
86. Croffoot C, Bray KK, Black MA, Koerber A. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students. *J Dent Hyg* 2010;84:57–64.

87. Bray KK, Catley D, Voelker MA, Liston R, Williams KB. Motivational interviewing in dental hygiene education: curriculum modification and evaluation. *J Dent Educ* 2013;77:1662–9.
88. Wilder RS, Bray KS. Improving periodontal outcomes: merging clinical and behavioral science. *Periodontol 2000* 2016;71:65-81.
89. Hancock EB, Newell DH. Preventive strategies and supportive treatment. *Periodontol 2000* 2001;25:59-76.
90. Holtzhausen T. Patient Motivation. *Dental Hygiene* 1981; 55: 43-46.
91. Miller WR. Motivational Interviewing: research, practice and puzzles. *Addict Behav* 1996;21:835-42.
92. Axelsson P, Albandar JM, Rams TE. Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations. *Periodontol 2000* 2002;29:235-46.
93. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983;11:147-72.
94. Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational Interviewing and Self–Determination Theory. *J Soc Clin Psychol* 2005;24 811-831.
95. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. New York: Guilford Press, p.51-63, 1991.
96. Armitage GC, Xenoudi P. Post-treatment supportive care for the natural dentition and dental implants. *Periodontol 2000* 2016;71:164-84.
97. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981;8:281-94.
98. Renz A, Ide M, Newton T, Robinson PG, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD005097
99. Weinstein R, Tonsolin F, Ghilardi L, Zanardelli E. Psychological intervention in patients with poor compliance. *J Clin Periodontol* 1996;23:283-8.

100. Ramseier CA, Suvan J, Fundak A, Richards PS. Introduction to health behaviour change for the dental practice. In: Ramseier CA, Suvan J, editors. Health behaviour change in the dental practise. Wiley-Blackwell, 2010; p.3-12.
101. Renz AN, Newton JT. Changing the behaviour of patients with periodontitis. *Periodontol 2000* 2009;51:252-68.
102. Johansson LK, Oster B, Hamp SE. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J Clin Periodontol* 1984;11:689–99.
103. Özer M, Türkoğlu O, Köse T, Atilla G. Periodontal tedavi görmüş hastaların ağız bakımı alışkanlıklarında meydana gelen değişiklikler. *EÜ Dişhek Fak Derg* 2007;28:193-9.
104. DiMatteo MR, Reiter RC, Gambone JG. 1994. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Commun* 6:253–65.
105. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 2004;23:207-18.
106. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42:200–9.
107. Li BD, Brown WA, Ampil FL, et al. 2000. Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast conservation therapy. *Ann Surg* 231:883–9.
108. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* 2005;1:189-99.
109. Little SJ, Hollis JF, Stevens VJ, Mount K, Mullooly JP, Johnson BD. Effective group behavioural intervention for older periodontal patients. *J Periodontal Res* 1997;32:315–25.
110. Kaplan RM, Atkins CJ, Reinsch S. Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychol* 1984;3:223-42.

111. Kakudate N, Morita M, Suai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: A short-term study. *Patient Educ Couns* 2009;74:191-6.
112. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press, 1994; p.71-81.
113. Bandura A., Walters RH. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1963.
114. Conner M, Norman P. Predicting health behavior: a social cognition approach. In: Conner m, Norman P, editors. *Predicting health behavior*. 2nd ed. Open University Press, McGraw-Hill Education, 2005; p.1-27.
115. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *J Psychol* 2005;139:439-57.
116. Luszczynska A, Gibbons FX, Piko B, Tekozel M. Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey and USA. *Psychol Health* 2004;19:577-93.
117. Gardner DG, Pierce JL. Self-Esteem and Self-Efficacy within the organizational context An Empirical Examination. *Group Organ Manage* 1998;23:48-70.
118. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A, editor. *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press, 1995; p.1-45.
119. Başak CA, Nilüfer K, Murtomaa H. Self-efficacy perspective on oral health among Turkish pre-adolescents. *Oral Health Prev Dent*. 2005;3:209-15.
120. Çınar AB, Tseveenjav B, Murtomaa H. Oral health-related self efficacy beliefs and toothbrushing: Finnish and Turkish preadolescents' and their mother responses. *Oral Health Prev Dent* 2009;7:173-81.
121. Çınar AB, Schou L. The role of self-efficacy in health coaching and health education for patients with type 2 diabetes. *Int Dent J* 2014;64:155-63.

- 122.** Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6.
- 123.** Çelikkaleli Ö, Çapri B. Genel Yetkinlik İnancı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008;17:93-104.
- 124.** Quigley GA, Hein JW. Comparative cleansing efficiency of manual and power brushing. *J Am Dent Assoc* 1962;65:26-9.
- 125.** van der Weijden F, Slot DE, Echeverria JJ, Lindhe J. Mechanical supragingival plaque control. In: Lang NP, Lindhe J, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 6 th ed. John Wiley & Sons, Ltd, 2015; p.677-716.
- 126.** Bandura A. Social cognitive therapy: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.
- 127.** Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 1993;28:117- 48.
- 128.** Veselska Z, Madarasova Geckova A, Reijneveld SA, van Dijk JP. Self-efficacy, affectivity and smoking behaviour in adolescence. *Eur Addict Res* 2011;17:172-7.
- 129.** Lewtak K, Smolinska J. Generalized self-efficacy in relation to anti-health behaviours of general practitioners exemplified by smoking. *Przegl Epidemiol* 2011;65:115-21.

ÖZGEÇMİŞ

GÜLÇİN SARSILMAZER

Doğum Tarihi: 23 Ağustos 1989

Doğum Yeri: Ankara

Medeni Hali: Evli

AKADEMİK EĞİTİM

1995-2003	İlköğretim Hüseyin Güllüoğlu İlköğretim Okulu, Ankara
2003-2007	Lise Ankara Atatürk Anadolu Lisesi, Ankara
2007-2012	Üniversite Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara
2013-Devam ediyor	Diş Hekimliğinde uzmanlık Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, İzmir
Yabancı Dil:	İngilizce

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmamızda ağız bakımı özyetkinliği inançlarınızın, ağız bakımı yöntemlerini uygulamanızla ilişkisinin olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Ağız bakımı ile ilgili özyetkinlik tanımı: Özyetkinlik, sizin ağız bakımı ile ilgili bir uygulamayı yapmak için, o uygulamada başarılı olmanız konusundaki inançlarınızdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 35 ile 60 yaşları arasında olmanız, diş fırçalama ve diş arası temizliğini yapabilecek kadar genel sağlığınızın ve fiziksel yeterliliğinizin olması gerekir. Ayrıca son 6 ay içinde dişeti hastalığı tedavisi, son 2 yıl içinde de dişeti ameliyatı uygulanmamış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Kliniğimize dişeti hastalığınızın tedavisi talebiyle geldiniz. Sizden araştırmamız için ağız bakımı özyetkinliği ve genel özyetkinlik inançlarınızı değerlendirmek için ilgili anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Her soru için verilen cevapların bir tanesini işaretlemeniz gerekmektedir. Ayrıca sizden yaptığınız ağız bakımı uygulamaları, diş hekimi kontrollerine gitme sıklığınız konularında da bilgi alınacaktır.

Daha sonra sizlerin arasından araştırmamızın ikinci kısmı için seçtiğimiz hastalara, başlangıçta dişlerinizin üzerindeki mikrop birikimi alanları özel bir muayene aleti ve ayna ile size gösterilecektir. Ayrıca dişeti hastalığının derecesi de bir muayene aleti kullanılarak değerlendirilecektir. Bu seansta size ağız bakımı uygulamalarını (diş fırçalama, diş arası fırçası ve diş ipi kullanma) nasıl ve hangi sıklıkla yapmanız gerektiği ve ağız bakımı uygulamalarının önemi ve gerekliliği anlatılacaktır.

Bu işlemler uygulandıktan 30 gün sonra ilk muayenedeki gibi dişeti kenarına komşu dişlerin üzerindeki mikrop birikim alanları tekrar belirlenecek ve ağız bakımı konusundaki özyetkinlik inançlarınızın değerlendirildiği formu tekrar doldurmanız istenecektir.

Araştırmamız ile ilgili kayıtlar bittikten sonra, dişeti hastalığınızın bundan sonraki tedavi basamakları için size tedavi randevusu verilecektir. Dişeti hastalığınızın tedavisine fakültemizde devam edilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak araştırmacının size öğrettiği ağız bakımı araçlarını anlatıldığı şekilde ve düzenli olarak kullanmak, size verilen tedavi randevularına gelmek, beklenmedik bir durumda

karşılaştığınızda araştırmacıyı bilgilendirmek sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 150'dir. 150 hasta arasından özelliklerine göre 50 hasta çalışmanın ikinci kısmı için çağrılacaktır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre anket ve gerekli formları doldurma süresi kadardır. Motivasyon ve ağız bakımı eğitimi uygulanan hastalarda bu süreye ilaveten (30 gün sonra geldiğinde) muayene ve bir anket sorularının cevaplama kadar bir süre geçecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; 1) Ağız bakımı konusundaki davranışlarınızla ilgili farkındalığı geliştirmek, 2) Ağız bakımı ile ilgili davranışları başarılı olarak yapma kapasiteniz hakkındaki inançlarınızı değerlendirmektir. Çünkü inanmak, başarının yarısıdır. Ayrıca, 3) *Motivasyon ve ağız bakımı eğitimi verildikten 30 gün sonra ağız bakımı konusundaki inançlarınızda değişiklik olup olmadığı saptanacaktır. Bu çalışmadan çıkarılacak sonuçlar ilerleyen yıllarda ülkemizde yapılacak çalışmalara da rehberlik edebilecektir.*

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırmada sizden anket sorularını cevaplandırmanız istenecektir. O nedenle araştırmaya bağlı olası riskler söz konusu değildir. Sizin tedavi olmak için geldiğiniz periodontoloji kliniğimizde uygulanacak rutin dişeti hastalığı tedavinizden önce, araştırmamızın anketlerini cevaplamamız istenecektir. Bu işlemler için risk olasılığı yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Anket çalışmamız için herhangi bir sakıncalı ilaç/besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışmaya dahil edilecek hastalar, daha sonra rutin dişeti hastalığı tedavisi görecektir hastalar olduğu, hastalara araştırmamız için özel bir işlem uygulamak gerekmediği için çalışmadan hastanın çıkarılması söz konusu değildir. Ancak, özyeterlilik inançları ve ağız bakımı yöntemleri ile ilgili davranışları belirlemeye yönelik anketleri doldurmak istemeyen hastalar çalışmaya alınmayacaktır.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Araştırmamızda hastaların anket sorularını cevaplamaları ve ağız bakımının değerlendirilmesi işlemleri ile hastanın zarar görmesi söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için araştırma görevlisi **Dt. Gülçin Çintiriz**' e **0232 388 11 05** no.lu telefondan başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma anket çalışması olduğu için, çalışma kapsamında gider bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Hayır

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı; uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de isteğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ	İMZASI

ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		





ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ağız Bakımı Özyetkinliği ve Genel Özyetkinliğin Günlük Plak Kontrolü ve Ağız Bakım Uygulamaları ile İlişkisinin Araştırılması.		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Gül ATILLA		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Periodontoloji		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>
	Gözetimsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması <input type="checkbox"/>		
	In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarhi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.04.2015	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.04.2015	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15-S.1/2	Tarih: 25.05.2015		
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödettirmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörologisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	1/2



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 15- 5.1/2				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma



Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
---	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------