



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**GEBELERİN DİŞ ETİ HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ,
DAVRANIŞ VE DENTAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Ebru ÖZDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNAL KOCAMAN

KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

Ebru ÖZDEMİR'in hazırladığı “Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi, Davranış ve Dental Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma 16.07.2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNAL KOCAMAN
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Recep ORBAK
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN
Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdür V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,

Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,

Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,

Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,

Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,

Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Ebru ÖZDEMİR

16.07.2018

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen her cümlesinde emeği geçen sayın danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNAL KOCAMAN'a

Farklı bir konu ve tez aşamasında sayın danışanımla beni birleştiren ve yüksek lisans boyunca iyi bir eğitim almamızı sağlayan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sayın Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN'a

Bana her anlamda destek olan, değerli dostlarım Huriye DOĞAN ve Dilek BEL'e,
Araştırmaya katılmaya kabul eden tüm gebelere,

Eğitim hayatım boyunca bana desteklerini hiç esirgemeyen babam Nevzat ÖZDEMİR,
annem Fatma ÖZDEMİR, abim Ferhat ÖZDEMİR ve hep yanımda olan teyzem
Songül ACAT ve eniştem Dr. Öğr. Üyesi Murat ACAT'a,

Sonsuz Teşekkürlerimi sunuyorum.

Ebru ÖZDEMİR

Bu tez, Karabük Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu Başkanlığı tarafından KBÜ-BAP-16/1-YL-139 numaralı proje ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler	4
2.1.1. Gebelikte diş, diş eti ve oral doku değişiklikler	7
2.2. Gebelikte Bir Risk Faktörü Olarak Periodontal Hastalıklar	9
2.2.1. Periodontal hastalıkların gebelik üzerine etkileri	14
2.3. Gebelerin Ağız Diş Sağlığına Yönelik Tutumları ve Dental Anksiyete	18
2.4. Diş ve Diş Eti Hastalıklarını Önlemede Ebenin Rolü.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	23

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.9. Araştırmada Sınırlılık ve Karşılaşılan Durumlar	26
4. BULGULAR	28
4.1. Gebelerin Sosyo Demografik , Obstetrik ve Ağız Diş Sağlığı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular	32
4.3. Gebelerin Dental Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular	37
5.TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1.Sonuç	53
6.2. Öneriler	55
7. KAYNAKÇA	56
8. EKLER.....	73
9. ÖZGEÇMİŞ.....	81

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 2 Gebelerin Obstetrik Özellikleri	30
Tablo 3 Gebelerin Gebelik Döneminde Ağız Diş Sağlığı Özelliklerinin Dağılımı... 31	
Tablo 4 Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular	33
Tablo 5 Gebelerin Periodontal Hastalık Hakkında Bilgi Düzeyleri Puanları ile Demografik Özelliklerin Kıyaslanması.....	34
Tablo 6 Gebelerin Periodontal Hastalık Hakkında Bilgi Düzeyleri Puanları ile Ağız Diş Sağlığı Özelliklerinin Kıyaslanması	36
Tablo 7 Gebelerin Bilgi Düzeyleri Puanları ile Obstetrik Özellikleri Kıyaslam.....	37
Tablo 8 Gebelerin Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımı	38
Tablo 9 Gebelerin MDAS'dan Aldıkları Puanlar ile Dental Anksiyete Durumları ..	39
Tablo 10 Gebelerin Demografik Özellikleri ile Dental Anksiyetelerinin Kıyaslanması	40
Tablo 11 Gebelerin Ağız Diş Sağlığı Özellikleri ile Dental Anksiyetelerinin Kıyaslanması	41
Tablo 12 Gebelerin MDAS'dan Aldığı Puan ile Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
Tablo 13 MDAS ile Bilgi Düzeyinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Resim 1 Periodontal Hastalıkların Sınıflandırılması	10
Resim 2 Epulis Gravidarum	13
Resim 3 Granüloma gravidarum.....	14

EKLER DİZİNİ

EK 1 Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeği (MDAS).....	73
EK 2 Veri Toplama Formu	74
EK 3 Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeği İzin Formu	78
EK 4 Etik Kurul Onayı	79
EK 5 Kurum İzni	80

KISALTMALAR DİZİNİ

DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
et al	: et aliae/ ve diğerleri
Hb	: Hemoglobin
MDAS	: Modifiye Dental Anksiyete Skalası
PH	: Periodontal Hastalık
SPSS	: Statistical PackageforSocialSciences
vd	: ve diğerleri
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
ED	: Erken Doğum

ÖZET

Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi, Davranış ve Dental Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışma Karabük bölgesindeki gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi, davranış ve dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı analitik tipte yapılan araştırma, Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde, 20 Şubat 2016 -20 Temmuz 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini anılan hastaneye başvuran tüm gebeler, örneklemini ise; Türkçe konuşabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 337 gebe oluşturmaktadır. Araştırmada veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu ve Dental Anksiyete Ölçeği (MDAS) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, yüzdelik dağılımları, aritmetik ortalama, Student t testi, Mann Whitney U testi ve korelasyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada gebelerin 23.8±11 gestasyonel haftada olduğu, çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%38.6), çalışmıyor (%70.3) ve orta seviyede gelir sahibi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %23.4'ünün günde birden az diş fırçaladığı, %67.4'inin gebelikte diş problemi yaşamasına karşın %49'inin hekime başvurmadığı belirlenmiş olup, periodontal hastalık konusunda bilinç düzeyi puanının eğitim, çalışma durumu, gelir seviyesi, aile yapısı, gebelikte diş fırçalama sıklığı ve diş problemi yaşama durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05). MDAS ölçeğine göre gebelerin %38'inde dental anksiyete olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda gebelerin %33,8'i diş hekimine gitmede, %26,7'sinin de dolgu yaptırmaya da çok endişeli olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, gebelerin olumsuz obstetrik sonuçla ilişkilendirilen periodontal hastalıklar ve oral hijyen konusunda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğunu ve gebe izlemleri sırasında oral hijyen konusunda eğitime gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız diş sağlığı, dental anksiyete, ebelik ve periodontal hastalık, gebelik, gebelik ve ağız diş sağlığı

ABSTRACT

Determination of Pregnant Women Knowledge and Behavior About Gingival Disease and Their Dental Anxiety Levels

This study was planned to determine knowledge, behavior and dental anxiety levels of gums in gynecology in Karabük region. The research, descriptive analytic type, is performed at Karabuk University Training Research Hospital Gynaecology Department between 20 February 2016-20 July 2016. The universe of research is the all pregnant women who applied to mentioned hospital; the sample; 337 pregnant women who can speak Turkish and agreed to participate in the research. Data were collected using data collection form prepared in the direction of literature and Dental Anxiety Scale. Data obtained from the study were analyzed using percentile distributions, arithmetic mean, Student t test, Mann Whitney U test and correlation analyzes. In the study, it was determined that the pregnancies were $23,8 \pm 11$ gestational weeks and the majority had primary school graduates (38,6%), not working (70,3%) and middle income. It was determined that 23,4%, of the pregnant women had less than one toothbrush per day, 67,4%, of the pregnant woman had dental problems but %49 of them did not consult the clinic and the level of consciousness level on periodontal disease was the determined as education, working status, income level, family structure and dental problems were statistically different from each other ($p < 0,05$). According to the MDAS scale, 38% of the pregnancies were dental anxiety. At the same time, it was determined that 33,8% of the geologists do not go to the dentist and 26.7% are very worried about filling. These results suggest that knowledge and awareness about periodontal diseases and oral hygiene associated with adverse obstetric outcomes are low and training on oral hygiene during pregnancy follow-ups is needed.

KeyWords: Oral health, dental anxiety, midwifery and periodontal disease, pregnancy, pregnancy and oral dental health

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler (hormonal dengesizlik, kardiovasküler değişiklikler ve immün cevapda azalma gibi) enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır. Bu enfeksiyonlardan biri olan diş eti (peridontal) hastalıklarının temel nedeni dental plak olmakla birlikte genetik, sistemik ve çevresel faktörler hastalıkta doku yıkımını hızlandırmaktadır (Bogges 2008).

Diş eti hastalıkları, mikrobiyal dental plak ile immün cevap arasındaki etkileşimler sonucu ortaya çıkan enfeksiyöz, enflamatuar hastalıklardır (Koşar 2013). Bireylerdeki mevcut sistemik hastalıklar ve durumlar, immün cevabı değiştirerek diş eti hastalıklarının şiddetini arttırabilir. Bu nedenle, mikrobiyal dental plak varlığı diş eti hastalıklarının başlaması için gereklidir ancak sistemik faktörler durumu daha da şiddetlendirmektedir (Ide and Papapanou 2013).

Gebelik boyunca gelişen hormonal ve vasküler değişikliklerin, özellikle de östrojen düzeyindeki artışın diş eti dokularında hiperemi, enflamasyon, kolay kanama ve artmış duyarlılık ile karakterize bir tabloya yol açtığı ve bunun sonucunda bakteriyel enfeksiyon riskinin, dolayısıyla da diş eti hastalıklarına yatkınlığın arttığı bilinmektedir (Ferris 1993, Honkala and Al-Ansari 2005, Usturalı Mut vd. 2013).

Gebelik döneminde hormonal dengesizlik ve bağışıklık sistemindeki azalma irritasyona cevabı değiştirir ve periodontal enfeksiyonlara eğilimi artırır. Öte yandan dental plak varlığı ve diş eti enflamasyonu duruma eklendiğinde tablo potansiyelize olur (Sağlam vd. 2014).

Birçok sistemik hastalık için risk faktörü oluşturan diş eti hastalıkları, olumsuz gebelik sonuçları yaratır. Çalışmalarda, abortus, erken doğum, çok erken doğum,

düşük doğum ağırlığı, çok düşük doğum ağırlığı, preeklampsinin diş eti hastalıklarıyla ilişkisi gösterilmiştir (Iheozor-Ejiofor et al. 2017).

Peridontal hastalık, erken doğum ve düşük doğum arasındaki ilişki şu şekilde açıklanmıştır;

- Enflamasyon ürünlerinin kan dolaşımına yayılması,
- Anne/ fetüsün oral patojenlere verdiği bağışık yanıt,
- Oral bakterilerin kan yoluyla yayılımı (Armigate 2000, Oppermann et al. 2012, Wiener and Wiener-Pla 2014).

Bu nedenle gebelerde diş eti hastalıklarından korunmak için öncelikli olarak dental plağın uzaklaştırılması (oral hijyen) ve 6 ay da bir düzenli diş kontrollerine gidilmesi gerekmektedir. Literatürde tedavi edilmeyen diş eti hastalıklarının preeklampsi, erken doğum ve bebekte gelişme geriliği gibi gebelik komplikasyonlarına neden olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Bogges 2008, Polyzos vd 2010, Sağlam vd. 2014).

Bireylerin diş hekimliği korkusu ve kaygısı, tedavi için randevu almayı ertelemelerine, randevuya gitmemelerine ve kontrollere düzensiz gitmelerine neden olabilmektedir. Gebelerde ise diş hekimi korkusu nedeniyle diş eti hastalıkları görülme sıklığı artmakta ve gebelik komplikasyonlarının (erken doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi gibi) riski yükselmektedir (Akarslan vd. 2009).

Kadınların en hassas ve kaygılı oldukları gebelik dönemindeki dental anksiyete yaşam kalitesi ve dental tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (Üstün vd. 2013). Türkiye'nin diş sağlığı haritasına bakacak olursak avrupa ülkelerinde düzenli diş hekimine gitme yılda 5 iken ülkemizde 0.9'dur (<https://www.tdb.org.tr>, Erişim tarihi: 12.05.2018). Bu oran gebelerde ise daha da azalmaktadır. Kısa ve Zeyneloğlu (2013)'nun yaptıkları çalışmada gebelik döneminde diş hekimine gitme oranı %0.6 olarak bulunmuştur. Kadınların gebelikteki ağız hijyenine yönelik davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Gebelerin sağlıklı bir şekilde gebelik dönemini tamamlamaları için eğitime gereksinimleri vardır (Payal 2017). Gebelere yönelik erken eğitim programları anne adayının ağız diş sağlığı problemlerinin önlenmesinde ve bebeğini en sağlıklı şekilde

dünyaya getirmesine yardımcı olabilir (Özen 2012). Bu bakımdan gebelikte riskli durumların önlenmesi, anne-bebek sağlığı için önemlidir. Bu durum ancak, koruyucu önlemlerin alınması, risklerin erken dönemde taranması ve uygun tedavinin başlatılması ile mümkün olabilir. En erken dönemde riski tanılamak ve önlemler alarak anne ve bebeğin sağlığını korumak ebenin sorumluluğudur. Temel amacı gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması olan doğum öncesi bakım hizmetleri, temelde koruyucu bir hizmettir ve daha çok riskli durumlar üzerine yoğunlaşmıştır. Ebeler antenatal dönemde bakım hizmeti verirken, risklere ilişkin gebeyi değerlendirebilmeli, tanımlayabilmeli ve uygun girişimler planlayabilmelidir (Aydemir 2014). Sağlık Bakanlığı gebe izlem protokolünde ebelerin, antenatal dönemde gebelere ağız ve diş sağlığı konusunda danışmanlık ve bilgilendirme yapmasını önermiştir. Ancak eğitim konularının içeriği belirtilmemiştir (Hüseyinoğlu 2018). Gebelerin sağlığının desteklenmesi ve korunmasını sürdüren ebeler, rutin izlemler sırasında gebeyi, yaygın halk sağlığı problemlerinden biri olan periodontal hastalıklar ve oral hijyen konusunda bilgilendirmesi ve diş hekimine 6 ay da bir gitmesi gerektiğini, gebeliğinin ise diş hekimine gitmesine engel bir durum olmadığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Ebeler olası riskleri ise önceden saptayarak oral hijyen eğitimi vermesi veya oral sağlık sorunu saptadığı gebeyi tedavi alabilmesi için diş hekimine yönlendirmesi gerekmektedir. Gebenin tedavi olmasına engel olabilecek bir risk faktörü olan dental anksiyetesini de tespit ederek bu konularda bilgilendirme yapması önemli koruyucu sağlık hizmeti olacaktır. Ebenin bu rollerini yerine getirebilmesi için öncelikle gebenin oral hijyen ile ilgili durumlarının farkında olması, gebelikte dental anksiyetenin nedenlerini anlaması ve risk altında gördüğü gebeleri dikkatli değerlendirmesi gerekmektedir. Alınan önlemler neticesinde gebelik de periodontal hastalıklar nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlarının oranlarını düşüreceği düşünülmektedir (Hüseyinoğlu 2018).

1.2.Araştırmanın Amacı

Çalışmamız, antenatal periodontal bakımı konusunda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından Karabük bölgesindeki gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi, davranış ve dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik, kadın yaşamında fizyolojik değişikliklerin olduğu en önemli dönemdir. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler anne ve fetüsü gebelikte oluşabilecek risklerden korumakta, fetüsün sağlıklı bir şekilde büyüyüp gelişmesini sağlamaktadır (Zor 2008, Koşar 2013, Sungur 2014). Bu süreçte meydana gelen değişiklikler gebelik dışında patolojik olarak kabul edilirken, gebelikte fizyolojik olarak kabul edilmektedir. Fizyolojik değişiklikler, hematolojik, endokrin, kardiovasküler, solunum, gastrointestinal sistem ve bağ doku olmak üzere tüm vücudu etkilemektedir.

Gebelikte değişen östrojen seviyeleri, su ve tuz tutulumuna neden olurken kan hacmi %40-50 oranında artmaktadır. Kan hacmindeki artışla birlikte anne karnındaki bebeğin metabolik ihtiyaçları ve plasenta perfüzyonu sağlanmaktadır (Küçük vd 2011).

Gebelikte trombosit sayısı azalırken trombosit hacminde artış olur. Hemoglobin (Hb) düzeyinde % 6 oranında değişim meydana gelmekte ve hemoglobin 11.0-12,5 g./dl düzeylerinde görülmektedir. Hb düzeylerindeki artış veya düşüşler patolojik anemi olarak değerlendirilir ve gebeliği olumsuz yönde etkilemektedir. Bir çok çalışmada Hb düzeyindeki değişikliklerin düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve preeklampsi görülme sıklığında artışa neden olduğu bildirilmektedir (Küçük vd. 2011, Sarıyıldız ve Akdağ 2013, Soma-Pillay et al. 2016). Sak (2009), çalışmasında gebelikte anemisi olan gebelerin preterm doğum ve yeni doğan bebeklerin üst merkeze sevk açısından anlamlı ilişki olduğunu saptanmıştır.

Ayrıca gebelikte lökosit sayısı normal seyrederken nötrofil sayısı artabilir. Ancak nötrofillerin adezyon ve kemotaktik fonksiyonları azalmaktadır. Bu fonksiyonların

azalması gebelikte otoimmün hastalıkların ve enfeksiyonların artmasına yol açmaktadır. (Koşar 2013).

Pıhtılaşma faktörlerinin aktivitesindeki değişiklik; fibrinojen, faktör II. VII. VIII. IX ve X düzeylerinde artış olurken faktör XI ve faktör XIII düzeyinde az miktarda azalma ortaya çıkar. Ayrıca IgG ve IgA gebelikte %20-30 azalırken, IgM değişmez, IgD ise az miktarda artmaktadır (Sarıyıldız 2013).

Kardiovasküler değişiklikler ise birinci trimesterden itibaren başlar ve ikinci trimesterin sonuna kadar artmaya devam ederken, son trimesterde ise durağan bir seyir göstermektedir. Gebelikte büyüyen fetüsün metabolik gereksinimlerini karşılamak için vücutta oksijen ihtiyacı giderek artmaktadır. Bundan dolayı kalp, maternal kardiovasküler sisteme adapte olmak için fetüs için yeterli kan akımını sağlamaya çalışır ve kalp debisi artar. 20. Haftada ise en yüksek değere ulaşan kalp debisi, gebelik öncesi istirahat hacminin %30-45 kat fazlasına ulaşmaktadır (Akpınar 2009, Şahintürk 2012, Soma-Pillay et al. 2016, <https://www.open.edu>, Erişim tarihi: 26.06.2018). Artan kalp hacmi ile, gebede kan basıncında değişiklik meydana gelmektedir. Minimal arteriyel sistolik basınçta 10-15mmHg, diastolik basınçta 20-25mmHg azalma meydana gelebilir. Annenin pozisyonu ise kan basıncını büyük ölçüde etkilemektedir. Sırt üstü uzanan gebede uterusun vena kava inferiora basısı kalbe dönen kan miktarını azaltıp, önce taşikardi, bunun ardından ise bradikardi ile beraber hipotansiyona sebep olabilir (Şahintürk 2012, Koşar 2013).

Gebelikte anatomik ve fizyolojik değişikliklerin solunum performansını etkilemesiyle solunum güçlüğü ortaya çıkmaktadır (Şahintürk 2012). Uterusun elevasyonu göğüs kafesinin yaklaşık 4cm genişlemesine neden olur. Oluşan basıncın gücü diyaframı yukarı kaldırmasına rağmen vital kapasiteyi azaltmaz (Özcan 2014). Gebelikte bazal metabolizmanın %15 oranında artmasıyla oksijen tüketiminde ve karbondioksit oluşumunda artış meydana gelmektedir. Bu durum gebede solunum hacminin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca progesteron seviyesinin artmasıyla solunum merkezinin karbondioksite duyarlılığı artar, sonucunda da gebelik dispnesi

ortaya çıkmaktadır. Gebelik dispnesi özellikle son trimesterde görülmektedir (Wise et al. 2000, Soma-Pillay et al. 2016).

Akciğerlerde ise gebelikte iki değişiklik gözlenmektedir. Biri havayollarında dilatasyon diğeri ise göğüs duvarının elastikiyetinin artmasıdır. Bu gelişen değişiklikler de hormonal aktivite ile ilişkilidir. Bu değişiklikler sonucunda gebelikte artan oksijen ihtiyacı karşılanır ve gaz alışverişi kolaylaşmış olur (Koşar 2013).

Gebelik döneminde annede meydana gelen majör fizyolojik değişiklikler ve hormonal değişiklikler anne ve fetus açısından büyük önem taşımaktadır. Hormonlar gebelerde meydana gelen bu değişikliklere uyum sağlayabilmek için işlevsel bir görev üstlenir (Zor 2008). Bu değişikliklerin çoğundan östrojen, progesteron ve HCG hormonları sorumludur (Sungur 2014).

Östrojen hormonunun üretimi plasenta ve overlerden 8.haftadan itibaren doğuma kadar devam eder. Uterusun büyümesi ve uterin damarların, süt kanallarının gelişimi, derideki vasküler değişimlerden sorumludur(Sert 2009, Sungur 2014).

Progesteron, fertilize ovum için endometrial tabakanın gelişmesi ve devamını, uterusu relaksasyon sağlayıp abortusların önlenmesini, laktasyonu, gebelikte enerji rezervi için yağ depolanmasını sağlamaktadır (Preshaw 2013). Progesteron en çok plasentadan salgılanırken, overlerden ise daha az miktarda salgılanmaktadır. Gebeliğin beşinci ayında ise en yüksek seviyesine çıkar (Mascarenhas et al. 2003). Gebeliğin üçüncü trimesterinin sonlarına gelindiğinde ise plazmada bulunan progesteron seviyesi gebelik öncesi döneme göre 10-20 kat daha fazladır (Amar and Chung 1994).

HCG, çoğunlukla plasentadan salgılanan ve yüksek karbonhidrat içeren glikoprotein yapıda bir hormondur. Gebe olmayan kadınlarda ve erkeklerde çok az miktarda ön hipofizde de üretilmektedir. Kan ve idrarda saptanan HCG hormonu, gebelik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Gebelikte birlikte artarken, 10. gestasyonel haftada en yüksek değere ulaşır, daha sonra bu değer düşer ve doğuma kadar sabit bir değerde kalır. İlk 3 ayda yaşanan bulantı kusma şikayeti de HCG

değerinin artmasından kaynaklanmaktadır (Soma-Pillay et al. 2016).

Hormonların gebelikte değişiklik göstermesiyle gastrointestinal sistemde de bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Uterusun büyümesiyle birlikte meydana gelen mide elevasyonu, gastroösefageal sfinkter yetmezliğine neden olmaktadır. Gebelikte artan progesteron gastroösefageal sfinkter tonusunu azaltmasına neden olur. Böylece gastrointestinal hareketlilik azalır. Bu değişimler gebelerde konstipasyon, venöz dilatasyon, hemoroid oluşma riskini arttırırken, gastrik reflü ve mide yanmasına neden olmaktadır. Ayrıca gebelerde özellikle sabahları görülen bulantı/kusma ile iştahta azalma meydana gelmektedir (Şahintürk 2012).

Gebelikte tükürük salgısında artma meydana gelirken, daha asidik bir hal alır. Bu durum da gebelikte diş çürüklerine neden olmaktadır. Gebelikte diş etleri hipertrofik ve hiperemik hale gelir. Daha çok süngerimsi bir yapı kazanarak diş eti kanamaları meydana gelmektedir (Savu et al. 2012).

Östrojen ve progesteronun gebelikte artmasıyla bağ dokusu hedef organ gibi görev yapmaktadır. Bağ dokusu, insan organizmasında bulunan dört temel dokudan biridir ve vücudumuzda en çok bulunan dokulardandır. Diğer dokuların aksine çok fazla damar ve sinir yapısı vardır. (www.open.edu. Erişim Tarihi:13.05.2018). İmmun sistem kapsamında bulunarak hücrelerin işleyişini düzenler. Cinsiyet hormonlarının genellikle keratinosit ve fibroblast hücrelerini etkilediği bilinmektedir. Diş etinden elde edilen fibroblastların çoğalmasına östrodiol neden olmaktadır. Ayrıca gebelikte monosit sayısı belli bir oranda artar, CD4/CD8 oranı azalmaktadır. Böylece gebelerde diş eti iltihabı daha kolay oluşmaktadır (Koşar 2013).

2.1.1. Gebelikte diş, diş eti ve oral doku değişiklikler

Gebelikte, progesteron ve östrojen değişiklikleri subgingival mikroflorayı değiştirmektedir. Anaerobik mikroorganizmaların aerobik mikroorganizmalara kıyasla oranı ve *Prevotella intermedia (Pi)*, *Bacteriodes* türleri ve *Camplobacter rectus (Cr)* gibi bazı periodontal patojenler de bu hormonların etkisi ile gebelikte artmaktadır. Patojenlerdeki bu yükseliş, periodontal mikroflora ile konak arasındaki etkileşim de

ise periodontal dokularda hasara yatkınlığı arttırmaktadır. Bundan dolayı diş ve diş eti dokusunda problemlere neden olmaktadır. (Mascarenhas et al. 2003, Güncü ve Tözüm 2005, Sağlam vd. 2014).

Östrojenin periodontal dokular üzerine etkilerini belirten pek çok çalışma bulunmaktadır. Östrojen, epitelyal glikojen miktarını arttırırken, bariyerin etkinliği ve keratinizasyonu azaltmaktadır. Plak miktarında artış gözlenmese bile diş etinde enflamasyonu artırır. Plak miktarında değişiklik gözlenmeksizin gingival inflamasyonu arttırır. T hücrelerine bağlı enflamasyonu azaltmaktadır. Bununla birlikte, kemik iliğinin lökosit artışını baskılar, diş etinde fibroblast proliferasyonunu ve diş eti bağ dokusunun sentez ve matürasyonunu stimüle eder. Ayrıca, gingival fibroblast hücrelerinin artışını ve polimorfonükleer lökosit fagositozunu uyararak kemik iliğinden salgılanan proinflamatuvar sitokinleri baskıladığı bilinmektedir (Mariotti 1994, Offenbacher 1996, Mascarenhas et al. 2003, Güncü ve Tözüm 2005, Jared and Boggess 2008, Carrillo-de-Albornoz et al. 2010).

Progesteron ise, periodontal ligament fibroblastlarının kollajen ve kollajen olmayan protein sentezini inhibe eder. Diş eti oluğu sıvısında polimorfonükleer lökosit ve PGE2 seviyesini artırır. Gingival fibroblast proliferasyonunu baskılar. Diş eti fibroblast hücrelerinin çoğalmasını uyarır. Vasküler dilatasyonu arttırarak permeabilitenin artışına neden olur. Kollojen yapım hızı ve şeklini değiştirerek diş etinin tamir potansiyelini azaltır. Prostaglandinlerin yapımını artırır. Glukokortikoidin antiinflamatuvar etkisini azaltır. Doku onarımı için gerekli olan folatın yıkımını arttırır (Mariotti 1994, Offenbacher 1996, Mascarenhas et al. 2003, Güncü ve Tözüm 2005, Jared and Boggess 2008, Carrillo- de- Albornoz et al. 2010).

Literatürde gebelikte hormonların etkisi, azalmış immunité ve bulantı kusmaya bağlı oral asidite artışının dişlerde olumsuz değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir (Hüseyinoğlu 2018). Özellikle östrojenin gebelikte artmasıyla tükürük yapısında meydana gelen değişiklikler dental çürüğe de yatkınlığı arttırmaktadır. (Laine 2002). Mital vd.'nin (2013) yılında yaptıkları çalışmada, Hindistan'da gebelerin %61,5'inde çürük tespit etmiş ve gebelerde (n=265), gebe olmayanlara göre (n=270) 1,97 kat daha fazla çürük olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde gebelikteki hormonal değişikliklerin periodontal ataşmanı etkilemediğini bildiren çalışmalar olduğu gibi (Vitteck et al,1982, Staffolani et al, 1989), periodontal durumun gebelikte hormon seviyelerinin yükselmesiyle bozulabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Carranza et al 2002, Lindhe et al 2003). Gebelikte gebelik hormonlarının etkisi, azalmış immunité ve bulantı kusmaya bağlı oral asidite artışı dişlerde olumsuz değişikliklere yol açmaktadır (Hüseyinoğlu 2018). Östrojenin gebelikte artmasıyla tükrük yapısında meydana gelen değişiklikler dental çürüğe yatkınlığı artırmaktadır.

Cohen vd. (1971), yaptıkları çalışmada gebelik sırasında gingival-periodontal indekslerin önemli derecede yükseldiğini, ancak ataşman kaybının önemli olmadığını rapor etmiştir. Benzer çalışmalarda, ataşman seviyesinin gebelik boyunca ve doğum sonrası 3 aylık dönemde değişmediğini bildirilmektedir (Cohen et al 1969, Tilakaratne et al 2000, Sueri 2005).

2.2. Gebelikte Bir Risk Faktörü Olarak Periodontal Hastalıklar

Ağız sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Gebelik, ergenlik, adet, menopoş gibi fizyolojik durumlar ve hormonal kontrasepsiyon ve hormonal tedavi gibi fizyolojik olmayan durumlar kadınların ağız sağlığını etkilemektedir. Gebelerde periodontal hastalık 1960'dan bu yana araştırılan bir konu olmuştur (Loe et al. 1963).

Dünyada en yaygın sağlık sorunları arasında yer alan periodontal hastalıklar, diş kayıplarının %70'inden sorumludur. Fakat yaşamı doğrudan etkilemediği için gereken önem verilmemektedir (Orbak vd. 2006).

Periodontal hastalık, primer etkeni dental plak olan, diş çevresinde bulunan diş eti, alveol kemiği, periodontal ligament ve sementten oluşan diş destek dokularının kronik, inflamatuvar hastalığıdır (Samant et all 1976, Loesche et al. 2001, American Academy of Periodontology, 2001, Gaspersic et al. 2002, Bosnjak et al. 2006, Linden et al. 2008).

Dental plak ve bakteri ürünleri ile konağın inflamatuvar ve immün cevabı

arasındaki etkileşim periodontal hastalığın oluşmasına neden olur. Ayrıca periodontal hastalığın şiddetini arttıran bir takım etkenler bulunmaktadır. Bu etkenler dişte anatomik özellikleri ve travmalar dışında iyatrojenik ve endodontik faktörleri ile birlikte kalıtsal hastalıklar, ilaçlar ve cinsiyet hormonlarıdır. Aynı zamanda puberte, menstürel döngü, gebelik ve diyabete eşlik eden hormonol değişimler de diş etinin plağa karşı inflamatuvar cevabını etkilemekte ve hastalığın şiddetini daha da arttırmaktadır (Kinane 2001).

Armigate (1999)'e göre periodontal hastalıkların sınıflandırılması gingivitis ve periodontitis olarak ikiye ayrılmaktadır.

1. GİNGİVİTİSLER	
a. Dental Plağa Bağlı Gingivitisler	b. Dental Plağa Bağlı Olmayan Gingivitisler
<ul style="list-style-type: none"> • Dental plakla ilişkili gingivitisler • Sistemik faktörlerle ilişkili gingivitisler <ul style="list-style-type: none"> - Puberte gingivitis - Gebelik gingivitis (Gingivitis, Gebelik Tümörü) - Menstrasyonel gingivitis - Diabetes mellitus - İlaçlarla ilişkili gingivitis - Beslenme yetersizliği ile ilişkili gingivitisler 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesifik bakteriler • Spesifik virüsler • Spesifik mantarlar • Genetik, sistemik hastalıkların gingival lezyonları
2. PERİODONTİTİS	
<ul style="list-style-type: none"> • Kronik Periodontitis • -Agressif Periodontitis • Sistemik Hastalıklarla İlişkili Periodontitis • Nekrotizan Ülseratif Periodontitis • Periodontal Apseler • Endodontik Lezyonlar • Gelişimsel veya Kazanılmış Deformiteler 	

Resim 1 Periodontal Hastalıkların Sınıflandırılması

Gebelik ve periodontal hastalıklar arasındaki ilişki uzun yıllardır zamandır bilinmektedir. 1778'de Vermeeren gebelikte diş ağrısını, Pinard 1877 yılında ilk gebelik gingivitisini olgusunu rapor etmiştir. Ancak bu hastalıkların mekanizmaları

sonraki yıllarda araştırılmaya başlanmıştır (Samant et al 1976). Gebelik döneminde oluşan fizyolojik değişikliklerin peridontal sağlık üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Kashetty et al. 2018).

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)' e (2013) göre gebeliğin ağız boşluğu üzerine 4 patolojik etkisinin olduğu bildirilmiştir (Agog 2013).

Bunlar;

- . Gebelik gingivitis
- . Periodontitis
- . Gebelik tümörü
- . Diş çürüğü

şeklindedir.

Gebelik gingivitis

Gebelikte gingivadaki inflamatuvar değişikliklerle ilişkili en yaygın hastalık gebelik gingivitisidir. Gebelerde gingivitisin görülme sıklığı %30-100 arasında değişiklik gösterirken (Mealey et al. 2003), bazı çalışmalarda en sık %60-75 arasında değiştiği bildirilmektedir (Steinberg 1999).

Gingivitis, diş etlerinde kızarıklık, ödem ve artmış kanama eğilimi ile karakterize bir enflamasyondur. Bakteriyel enfeksiyona verilen cevap ile gelişen inflamatuvar bir süreci kapsamaktadır. Gingivitiste doku harabiyeti orta seviyededir, ataçman kaybı gözlenmez ve diş eti ile de sınırlı kalmaktadır. Böylece oluşan harabiyetin tamiri ve tedavisi olabilmektedir (Brown and Loe 1993, Mariotti 1999).

Gebelikte hormonal değişikliklerin gingivitise yakınlığı etkilediği düşünülmektedir. Gebelik sırasında östrojen ve progesteron hormon seviyelerindeki değişiklik gebelik gingivitis etiyolojisinde merkezi bir rol oynamaktadır. Bu hormonlardaki yükselme konağın diş taşı ve plak gibi lokal irritanlara karşı inflamatuvar yanıtını artırır ve buna bağlı olarak diş eti dokusunun yapısını değiştirir. Bu değişiklikler genellikle diş etinde kızarıklık, kanama, ödem, kontur değişiklikleri,

dişlerde doku uyumu kaybı, diş eti oluşu sıvı akışının artışı, diş eti yüzeyindeki pütürlülüğün kaybolması ve soyulma (deskuamasyon) gözlemlenmesidir (American Academy of Periodontology 1999, Mariotti 1999). En belirgin değişiklik ise renk değişiklikleridir. Gingivitisli bölgede artmış vaskülariteden dolayı, diş eti genellikle kırmızı renk tonlarını gösterir (Armitage 1995). Gingivitis gebeliğin, ikinci trimesterinde aynı kalırken, gebeliğin son trimesterinde maksimum değerine ulaştığı çalışmalarda bildirilmektedir (Kashetty et al. 2018).

El- Ashiry vd. (1971), çalışmasında gebeliğin I. trimesterinde gebelik gingivitisi skorunda 1,6'lık bir artış olduğunu, ikinci trimesterde sabit kaldığını, son trimesterde ise maksimum değere ulaştığını bildirmiştir.

Emmatty vd. (2013), gebelik gingivitisi skorunun 3. trimesterin sonunda maksimum değere ulaştığını rapor etmiştir.

Mital vd. (2013), Hindistan-Jaipur'da yapılan çalışmada 260 gebe ve 270 gebe olmayan kadın karşılaştırıldığı çalışmada gebelerin %52,6'sında gingivitis tespit edildiği ve gebelerde gingivitis oranının 1.81 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Periodontitis

Gebelikten önce tedavi edilmeyen gingivitisin periodontitise ilerleme oranı %50 olarak bilinmektedir (Orbak vd. 2006, Silk et al. 2008). Periodontitis, kemik ve bağ dokuda, mikrobiyal dental plağa karşı gelişen enflamatuvar cevap sonrasında, geri dönüşü olmayan doku yıkımı, dişte mobilite ve diş kaybına neden olan lokal kronik bir hastalıktır. Belirtileri ödemli ve soluk diş eti, hassasiyet ve kanamadır. Diş etlerinde çekilmeye sebep olduğundan dişler uzamış görünür, arasındaki açıklık artmıştır ve enfeksiyon vardır. Artmış enfeksiyona bağlı da ağızda kötü tat ve ağız kokusu görülür (Champagne et al. 2003, Philstrom et al. 2005, Külekçi ve Gökbuget 2009).

Periodontitisin şiddeti sistemik durum (puberte, gebelik), sistemik hastalık (diyabet, kardiovasküler hastalık) varlığı, çevresel (sigara kullanımı, emosyonel stres) ve genetik faktörler tarafından etkilenmektedir. (Loesche and Grossman 2001).

Gebelik tümörü (Epulis gravidarum-Granüloma gravidarum)

Gebelik tümörü bakteriyel biyofilm, diş taşı ve travmatik ajanlar gibi düşük dereceli kronik iritanlara karşı bir cevap olarak gebelerin oral mukozasında gelişen inflamatuvar lezyonlardır. Kesin etyolojisi tam olarak çözümlenmiş olsa da bu hiperreaktif inflamatuvar büyümeler çoğunlukla gebelikteki artmış cinsiyet hormonları ile ilişkilendirilmektedir (Yuan et al.2002).

Fibröz epulis gravidarum, oral mukozada gelişmiş pembe, iltihaplanmayan ve diş eti kenarı altından (interdental papilla) büyüyen kitleyi temsil etmektedir. Çoğu zaman ağrısızdır. Ancak ağrı, fırçalama, diş ipi veya çiğneme yoluyla ikincil travmalara bağlı gelişebilir (Agrawal 2015).



Resim 2 Epulis Gravidarum

Granüloma gravidarum ise, özellikle genç gebelerde, arka dişlerinin içinde, yetişkinlerde anterior bölgede ortaya çıkmaktadır. Bunlar önemli büyüme potansiyeline sahip çok agresif lezyonlardır. Bu lezyonları yüksek vaskülaritesi nedeniyle morumsu-kırmızı rengi ve kanama eğilimi ile karakterize bir tümördür (Agrawal 2015).



Resim 3 Granüloma gravidarum

2.2.1. Periodontal hastalıkların gebelik üzerine etkileri

Gebelikte meydana gelen hormonal değişikliklerin periodontal hastalıklara etkisi olduğu kadar, periodontal hastalıkların da gebelik komplikasyonlarına neden olduğu bildirilmektedir (Offenbacher 1996). Pek çok epidemiyolojik, mikrobiyolojik ve immünolojik araştırma; periodontal hastalığın tek başına kardiovasküler, preeklampsi, gestasyonel diyabet (GDM), serebrovasküler, respiratuar hastalıklar ve aynı zamanda Düşük Doğum Ağırlığı (DDA) ve Erken Doğum (ED) için risk faktörü oluşturabileceğini bildirmiştir (Jeffcoat et al. 2001, Moore et al 2004, Xiong et al 2006).

Periodontal hastalıklar oral mikrobiyatadaki artan patojenlerin kan yoluyla amniyona geçmesiyle fetoplasental ünitenin doğrudan mikrobiyal etkiye maruz kalmasına neden olmaktadır. Özellikle çiğneme gibi işlemler sonrası mikroorganizmalar periferik dolaşıma geçebilmektedir. Tüm maternal sistemik enfeksiyonlar, fetoplasental üniteye enflamasyona neden olabilmekte amniyotik membran, plasenta, amniyotik sıvı, fetal akciğer, fetal beyin ve fetal dolaşım etkilenebilmektedir (Sert 2009, Sağlam vd. 2014).

Xiong vd. (2007) tarafından yapılan meta-analizde, periodontal hastalık ve olumsuz gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi incelediğinde, 44 çalışmanın 29'unda

periodontal hastalık ile olumsuz gebelik sonuçlarını bir ilişki bulunduğu saptadığı, 15'inde ise ilişki bulamadığını bildirilmiştir.

Da Silva vd. (2017), periodontal hastalığın istenmeyen gebelik sonuçları üzerindeki etkisini inceledikleri meta-analizde, periodontal tedavi alan kronik periodontitisli gebeler ile tedavi edilmeyen bir grup gebe karşılaştırılmış, tedavi almayan gebelerde preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Vivares-Builes vd. (2018) maternal periodontitis ve olumsuz obstetrik sonuçlar arasındaki ilişki hakkında bilgi eksikliğini gidermek amacıyla yaptıkları kapsamlı sistematik derlemede, 2003-2016 yılları arasında yapılan 19 sistematik derleme/meta-analizi incelemiştir. Bu 19 çalışmada toplam 99 gözlemsel çalışma bulunmaktadır. Sonuçlar periodontal hastalığın klinik göstergeleri (sondamada ve ataçma kaybı ile temsil edilen) ile olumsuz neonatal sonuçlar (DDA, erken doğum, preeklampsi) arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum özellikle gebeler için ağız sağlığı eğitimi de dahil olmak üzere tüm sağlık hizmetleri düzeylerinde müdahale faaliyetlerinin önemini vurgulamaktadır.

Literatürde erken doğum ile periodontal hastalık arasında ilişki olduğunu söyleyen çalışmalar olduğu gibi (Offenbacher et al. 1998, Armitage 2000, Jafarzadeh et al. 2006, Shanthi et al. 2012), ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Ide ve Papapanou 2013, Wang 2013).

Periodontal hastalık ile erken doğum ilişkisi üç şekilde; bakteriyel ürünlerin kan dolaşımına yayılması, anne ve fetusun ağız içi patojenlerine verdiği immünolojik yanıt, oral bakterilerin kan yoluyla yayılımı olarak açıklanabilir (Buduneli vd. 2005).

Offenbacher vd. (1998), erken doğum yapan anneleri incelediğinde, kontrol grubuna göre daha şiddetli periodontal hastalıklara sahip olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda erken doğum yapanlarda daha yüksek Tf, Pg, Aa ve Td gibi oral mikroorganizmaların olduğunu bildirmiştir.

Cruz vd. (2013), İspanya’da preterm doğum ve düşük doğum ağırlığının periodontal hastalıklarla ilişkisini incelemek için yaptığı çalışmada, Eikenella corrodens varlığı ve miktarının erken doğuma neden olabileceğini bildirmiştir. Aynı zamanda çalışmada, düşük doğum ağırlığı ile de Capnocytophaga türlerinin ilişkisini belirtilmektedir.

Iheozor-Ejiofor vd. (2017) tarafından yapılan meta-analizde, olumsuz gebelik sonuçlarının önlenmesinde periodontal tedavinin etkilerini araştıran, tedavi alan gebeler ile almayanların karşılaştırıldığı randomize kontrollü 15 çalışma incelenmiştir. Gruplar arasında erken doğum açısından belirgin bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmış ve çalışmalardan elde edilen verilerin düşük kaliteli kanıt düzeyinde olduğu vurgulanmıştır.

Gebelikte ağız boşluğundan gelen bakterilerin, annenin kan dolaşımına girmesiyle preeklampsi, düşük doğum ağırlıklı ve preterm eylem gelişme riski artmaktadır. Maternal periodontal hastalık preeklampsinin aksine tedavi edilebilir ve önlenilebilir bir hastalıktır. Bu nedenle maternal periodontal hastalık gebeliğin değerlendirilmesi sırasında istenmeyen gebelik sonuçları için bağımsız bir risk faktörü olarak dikkate alınmalıdır (Jaiman et al. 2018).

Contreras vd. (2006)’nin vaka kontrol çalışmasında, maternal periodontal hastalık ya da periodontitis, preeklamptik gebelerde (% 93.3) normotansif kadınlardan daha yaygın bulunmuştur. Preeklampsi ve kontrol grubu olan bireyler arasında maternal periodontal hastalık veya periodontitis insidansı arasında anlamlı farklılıklar bildirilmiştir. Ayrıca preeklampsi olan gebelerde periodontitis insidansının 3.17 kat daha fazla olduğu ve bu kadınların normotensif hastalara göre daha kötü periodontal sağlıkları olduğu bildirilmiştir.

Chaparro vd. (2013), gebeliğin erken döneminde (11-14 hafta) periodontitisli gebelerde preeklampsi ile C- reaktif proteinin (CRP) plazmatik seviyesi ve diş eti

oluğu sıvısında (DOS) mevcut IL-6 seviyesi arasında olumlu bir ilişki bulunduğunu, DOS'taki IL-6 seviyesi artışının preeklampsi gelişme riskini artırdığını bildirmektedir.

Huang vd. (2014), maternal peridontal hastalık ile preeklampsi riski arasındaki ilişkiyi inceleyen meta-analizde, preeklampsili 1118 kadın ve preeklampsi olmayan 2798 kadını kapsayan 11 çalışma analiz edilmiştir. Meta-analiz sonucunda, gebeliğin 32. Haftasından önce periodontal hastalığı olan gebelerde preeklampsi gelişme riski, periodontal hastalığı olmayanlara göre 3,69 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğumdan önceki 48 saat içinde görülen periodontal hastalık, preeklampsi riski, periodontal hastalık olmayanlara göre 2,68 kat daha yüksek bulunmuştur.

Desai vd. (2015), maternal peridontitis ve preeklampsi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 1250 kişi üzerinde yapılan vaka-kontrol çalışmasında, peridontitis ve preeklampsinin ilişkili olduğunu bildirmiştir. Çalışmada kronik peridontitisin gebe kadınlarda preeklampsinin gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir.

Jaiman vd. (2018), 15 preeklamptik gebe kadın ve 15 normal gebe kadınla birlikte yapılan olgu çalışmasında, preeklamptik kadınlarda periodontal durumun kontrol grubuna göre daha kötü olduğu bildirilmiştir. Çalışma grubundaki gebelerin kontrol grubuna göre <2,5 kg ağırlığındaki yenidoğanlara sahip olma şansı daha yüksek bulunmuştur.

Kumar vd. (2018), periodontitin preeklampsi için önemli bir risk faktörü olduğu ve ayrıca GDM'li kadınların GDM'si olmayanlara göre yaklaşık 6 kat artmış preeklampsi gelişme riski taşıdıkları saptanmıştır.

Periodontal hastalıklar artmış inflamatuvar mediatör seviyeleri ile ilişkili olduğundan, GDM için risk faktörü olarak düşünülmektedir (Chokwiryachit 2012). Literatürde GDM ile periodontal hastalık arasında ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır (Chokwiryachit 2012, Negrato et al. 2013, Abariga et al. 2016, Kumar 2018).

Chokwiriyaichit vd. (2012), periodontitisli gebelerde GDM görülme olasılığının periodontitisi sahip olmayan gebelere göre 3 kat daha fazla olduğunu, GDM'li gebelerin daha yüksek sondalama derinliği ve klinik ataçman seviyesi değerine sahip olduğu (CAL), sondalamada kanama ve yükselmiş CRP seviyelerinin GDM'li gebelerde yüksek olduğunu bildirmiştir.

Abariga and Whitcomb (2016), periodontitis ile GDM arasındaki ilişki ile ilgili mevcut verileri özetlemek için yaptığı bir meta-analizde, periodontitis ile GDM'nin gelişiminin ilişkili olduğunu bildirmektedir. Ayrıca meta-analizde periodontitisi olan gebelerde, olmayanlara göre GDM daha fazla görülmektedir.

Kumar vd. (2018), gebeliğin 12-14. Haftasında olan 584 gebe ile periodontal hastalık ile GDM arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada, gebelere periodontal muayeneleri yapılırken oral glikoz testi yapılmıştır. Bu test 24-28. Haftalar arasında da tekrarlanmıştır. Sonucunda gebelerin 184'ünde (%31,5) gingivitis, 148'inde (%25,3) periodontitis görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca 332 gebede (%56,8) periodontal hastalık tanısı konulmuştur. Periodontal hastalık ile GDM arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

2.3. Gebelerin Ağız Diş Sağlığına Yönelik Tutumları ve Dental Anksiyete

Ağız ve diş sağlığı problemlerinin başında diş çürükleri ve dişeti hastalıkları gelir. Bu hastalıkların temel nedeni ise dental plakdır. Ağız ve diş sağlığını koruması ve ağız diş problemlerinin tedavisinde ilk aşama dental plağın uzaklaştırılması ve etkili diş fırçalamak için oral hijyen eğitimleridir. Daha sonraki aşama ise erken dönemde diş tedavilerinin yapılmasıdır.

Gebelikte, ağız diş sağlığı problemleri ve bu problemlere yönelik gelişen komplikasyonlarının önlenmesi, anne adaylarının uygun bilgi, tutum ve pratiği ifade etmeleri ve doğru zamanda ve diş tedavisi almaları ile mümkün olacaktır (Payal 2017).

Türkiye'nin diş sağlığı haritasına bakacak olursak avrupa ülkelerinde düzenli diş hekimliği hizmeti alma yılda 5 iken ülkemizde 0.9'dur (<https://www.tdb.org.tr>, Erişim tarihi: 12.05.2018). Bu oran gebelerde ise daha da azalmaktadır. Kısa ve Zeyneloğlu (2013)'nin yaptıkları bir çalışmada gebelik döneminde diş hekimine gitme oranı %0.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca kadınların gebelikteki ağız hijyenine yönelik davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (Kısa vd. 2013).

Literatürde gebelerde ağız hijyeni davranışının, algılarının ve tutumları hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Lubon vd. (2018) Nepal'de gebelerle yaptığı çalışmada, kadınların dişlerini günde bir kez fırçaladığını, ancak bir sağlık çalışanı tarafından eğitim verildikten sonra günde iki defa fırçalamaya başladıkları belirtilmektedir. Ayrıca çalışmada, düşük gelirli gebelerde ağız sağlığını sürdürmek, ağız sağlığı ile ilgili davranışları ve bilgiyi teşvik etmek için sağlık çalışanları tarafından eğitime ihtiyacı olduğu bildirilmektedir.

Payal vd. (2017)'nin çalışmasında, gebelerin yalnızca %24,38'inin (n=320) dişlerini günde iki kez fırçaladığını, %19,38'inin de ağız hijyeninin fetüsü etkileyebileceğinin farkında olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda gebelerin %72,81'inin de hiçbir zaman diş hekimine başvurmadığı tespit edilmiştir.

Literatürde gebelikte ağız-diş sağlığı problemlerini kontrol etmeye ve azaltmaya yönelik çalışmalar doğrultusunda gebelerin diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmama sebepleri arasında, gebelikte ilaç kullanımının ve diş hekimine gitmenin gebeliğe ve bebeğe zarar verebileceği düşüncesi ile diş tedavisinin yarattığı korku bulunmaktadır (Özen vd. 2012, Usturalı Mut vd. 2014, Vivares-Builes et al. 2018). Aynı zamanda diş hekimi hizmetlerinden yararlanmama nedenleri arasında, düşük gelir seviyesi, hastalığını çok önemli görmemesi, zaman, sosyal güvencesinin olmaması, nereye nasıl başvuracağını bilmemesi ve ulaşım gibi nedenlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Usturalı Mut 2014).

Payal (2017), anne adaylarının yaklaşık olarak %50'sinin diş hekimine ihtiyacı oldukları halde tedaviyi almadıklarını bildirmiştir. Bu durumun düşük eğitim seviyesi, düşük sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Shenoy vd. (2013), Güney Hindistan'da yapılan bir çalışmada, gebelerin diş ağrısı yaşamalarına rağmen diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmalarının zayıf olduğunu ortaya koymuştur.

Özen vd. (2012), Türk gebelerin büyük kısmının gebelikte ağız sağlığı problemleri yaşamalarına rağmen, diş hekimine gitmediğini ve üçte ikisi hiçbir sağlık kuruluşundan hizmet almadığını bildirmektedir.

Kısa ve Zeyneloğlu (2013)'nin yaptıkları çalışmada gebelik döneminde %0.6 oranında diş hekimine gitme oranı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda ise anne adaylarının gebelikte ağız hijyenine yönelik davranışları diş hekimine gitme durumları yetersiz bulunmuştur.

Diş tedavisi olmayı engelleyen faktörlerden biri olan dental anksiyete hem bireysel hem de toplumsal düzeyde nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen bir sağlık sorunudur (Svennsson et al. 2018). Dental anksiyetenin tahmini yaygınlık aralığı %3-43 arasındadır. Aynı zamanda dental anksiyetenin yaş, cinsiyet ve kültür gibi önemli faktörler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Köroğlu vd. 2010).

Dental anksiyete, birçok ülkede ağız ve diş sağlığının korunmasında bireylerin diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmalarında büyük engel olarak ortaya çıkmaktadır (Milgrom 1988). Bundan dolayı, klinik diş hekimliğinde dental anksiyetenin önemi oldukça büyüktür (Peretz 2008). Dental anksiyeteye sahip bireylerde diş hekimi randevularını erteleme hatta diş hekiminden tamamen kaçınma durumları görülmektedir (Oduncuoğlu 2017).

Ergüven (2014)'nin çalışmasında anksiyetenin diş hekimliği ve dental cerrahi işlemlerinin gerçekleştirilmesi için engel oluşturabileceği ve ağız hastalıkları insidansını arttırabileceği belirtilmektedir.

2.4. Diş ve Diş Eti Hastalıklarını Önlemede Ebeğin Rolü

Gebelerde ise diş hekimliği korkusu nedeniyle periodontal hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve gebelik komplikasyonlarının riski yükselmektedir (Akarslan vd. 2009). Diş eti problemi yaşayan gebelerin özellikle gebelik döneminde yapılacak profesyonel plak temizliği ve ağız hijyeni eğitiminin gingival enflamasyonu ve kanamayı azalttığı, gebelik gingivitisini oluşumunu da büyük ölçüde azalttığı çalışmalarda bildirilmiştir. Bundan dolayı kadınların gebelikte ağız sağlığının en az bir kez değerlendirilmesi ve ağız hijyeni bakımı uygulaması gerekmektedir (Corbella et al. 2011, Usturalı Mut 2014, Lida 2017, George et al. 2018). Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve desteklenmesi konusunda rol alan ebeler, gebelere yönelik eğitim programları ile farkındalığın artmasını sağlayacak kişilerdir. Sağlık Bakanlığı gebe izlem protokolünde ebelerin, gebelere danışmanlık ve bilgilendirme yapmasını önermiştir. Ancak eğitim konularının içeriği belirtilmemiştir. Diğer yandan kadınların 6 ay da bir izlendiği 15-49 yaş kadın izlemlerinde bulunan kronik hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için yapılan alışkanlıklar ve izlemler kısmında kadını periodontal hastalıklar açısından, ayrıca prekonsepsiyonel değerlendirme basamaklarından olan fiziksel değerlendirmede ağız diş değerlendirmesi, risk taramalarında farkındalık yaratılması, danışmanlık yönünden de oral hijyen eğitimlerinin verilmesi önemlidir. (Hüseyinoğlu 2018).

Ebeğin en önemli rollerinden biri gebelerin sağlığının desteklenmesi ve korunmasıdır. Bu noktadan bakıldığında ebeğin rutin izlemler sırasında gebeyi, yaygın halk sağlığı problemlerinden biri olan periodontal hastalıklar ve oral hijyen konusunda bilgilendirmesi ve diş hekimine 6 ay da bir gitmesi gerektiğini gebeliğinin diş hekimine gitmesine engel bir durum olmadığı hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Ebeler olası riskleri ise önceden saptayarak oral hijyen eğitimi vermesi veya oral sağlık sorunu saptadığı gebeyi tedavi alabilmesi için diş hekimine yönlendirmesi gerekmektedir. Ebeğin tedavi olmasına engel olabilecek bir risk faktörü olan dental anksiyetesini de tespit ederek bu konularda bilgilendirme yapması önemli koruyucu sağlık hizmeti olacaktır. Ebeğin bu rollerini yerine getirebilmesi için öncelikle ebeğin oral hijyen ile ilgili durumlarının farkında olması, gebelikte dental anksiyetenin nedenlerini anlaması ve risk altında gördüğü gebeleri dikkatli

değerlendirmesi gerekmektedir. Alınan önlemler neticesinde gebelik de periodontal hastalıklar nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlarının oranlarını düşüreceği düşünülmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Karabük bölgesindeki gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi, davranış ve dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı kesitsel tipte gerçekleştirilen bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine 20 Şubat – 20 Temmuz 2016 tarihleri gerçekleştirilmiştir.

K.B.Ü. Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ayaktan ve yataklı olarak tedavi hizmetleri sunan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastane 07.01.2013 tarihinden itibaren üniversite ile imzalanan protokol ile K.B.Ü. Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne dönüştürülmüştür. Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Karabük ilinde kadın doğum kliniği bulunan tek kamu hastanesidir.

Kadın doğum polikliniği 5 poliklinik, muayene öncesi ANTA takibi alındığı oda ve nst odasından oluşmaktadır. Günlük poliklinik hasta sayısı ortalama 200 hasta civarındadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini anılan hastaneye araştırmanın yapıldığı tarihlerde örneklemi ise;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü,
- Konuşma, işitme ve zihinsel engeli bulunmayan,
- Türkçe anlama ve konuşma problemi bulunmayan,

Araştırmanın evrenini, Şubat 2016 tarihine kadar bir yıldaki toplam 1293 gebe. Örneklem büyüklüğü ise evreni biliniyorken formülü kullanılarak, % 99 güven aralığında, %3 duyarlılıkta, 337 gebe oluşturmaktadır.

3.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler

Araştırmada bağımlı değişkenler; diş eti hastalıkları konusunda bilgi düzeyi, gebelikte diş fırçalama sıklığı, gebelikte bulantı-kusma diş fırçalama sıklığını engelleme durumu, gebelikten en az 6 ay öncesine kadar diş problemi yaşama durumu, gebelikte diş problemi yaşama durumu, gebelikte yaşanan diş problemi nedeniyle doktora başvurma durumu ve dental anksiyete düzeyi, gebelikten önce diş fırçalama sıklığı ve kendine ait diş fırçasının olmasıdır. Bağımsız değişkenler ise; yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanan yer, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı, düşük sayısı, gebelik haftasıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, gebelerin ağız diş sağlığına yönelik sorular ve gebelerin periodontal hastalık hakkında bilgi düzeylerine yönelik veri toplama formu (Ek.1.) ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) (Ek.2.) ile toplanmıştır.

Literatür ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu iki bölümden oluşturulmuştur. İlk bölümde gebelerin sosyo-demografik özellikleri 7 soru (eğitim, çalışma durumu vb), obstetrik özellikleri 5 soru (Parite, gravida vb), gebelikte ağız diş sağlığına yönelik 8 soru (kendine ait diş fırçasının olması, günde kaç kez fırçaladığı vb) ve bilgi düzeylerine yönelik 25 soru ikinci bölümde ise Modifiye dental anksiyete skalası ölçeği 5 soru şeklinde uygulanmış olup toplam 50 soru sorulmuştur. Bilgi düzeyi soruları 20 soru doğru yönde, 5 soru (7,10,13,16 ve 25. Sorular) ise ters yönde sorularak gebelerin bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Soruların cevapları ise doğru, yanlış ve bilmiyorum olarak üç şık olarak cevaplamaları istenmiştir. Bilinen her doğru cevaba “1” puan yanlış ve bilmiyorum cevaplara ise “0” puan verilerek 25 puan üzerinden değerlendirilmiştir. (EK.1).

Araştırmada kullanılan Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) Ölçeği, Humphris ve ark. tarafından 1995 yılında oluşturulmuş ve 11 dile çevrilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İlgüy ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.81'dir. Araştırmaya katılanların kendilerinin doldurduğu bir ölçektir. Beş sorudan oluşmaktadır, ilk dört sorusu Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah 1969) temel alınarak üretilmiş, beşinci soru olarak da ağız içine yapılan iğneden korku sorgulanmıştır. Her sorunun “hiç heyecanlanmazdım” ile “ileri derecede heyecanlanırdım” arası beş seçeneği bulunmaktadır. Seçenekler sırasına göre 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam puan 5 ile 25 arasında değişmektedir. MDAS ölçeğinden 15 ve üzeri puan alanlar da anksiyete var, 15 puanın altında puan alanlar ise anksiyete yok olarak değerlendirilmektedir (EK.2).

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasına “Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması” ile başlandı. Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla, örneklem grubunun %10'unu temsil edecek şekilde 33 kadına ön uygulama yapıldı. Ön uygulama çalışmanın yapıldığı hastanede gerçekleştirildi. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapıp veri toplama formuna son şekli verildi. Ön uygulama yapılan gebeler çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Doğum polikliniğine gelen bekleme salonunda muayene olmak için bekleyen gebelere araştırmacı tarafından yapılan araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak gönüllü olurları alındıktan sonra veri toplama formları dağıldı. Anket formunu doldurarak teslim eden gebelere teşekkür edilerek diş fırçası ve diş macunu hediye edildi. Araştırmacıya yöneltilen sorular araştırmacı tarafından cevaplandı ve diş problemi bildiren gebeler ise diş hekimine yönlendirildi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) verilmiştir. İki kategorik değişken arasında ilişki olup

olmadığına Ki-Kare analizi ile bakılmıştır. İki sayısal değişken arasında ilişki olup olmadığına Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Değişkenler ile puanlar arasında fark olup olmadığına grup sayısı iki ise “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın planlanması aşamasında, MDAS Ölçeği’nin kullanılabilmesi için Tükçeye uyarlayan İlgüy’den e posta yoluyla izin alınmıştır (EK.3).

Araştırmada veriler toplanmaya başlamadan önce, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Etik Kurul Onayı (EK.4.) (Protokol no: 2016-24-27/01) ve Karabük Kamu Hastaneler Birliği’nden kurum izni (EK.5.) alınmıştır. Ayrıca verilerin toplanması sırasında gebelerden araştırmaya katılmalarında gönüllük ilkesi esas alınmıştır.

3.9. Araştırmada Sınırlılık ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırma konusu ebelik alanında ilk kez yapılan bir çalışmadır. Daha önce diş hekimliği fakülteleri tarafından yapılmış fakat ebelik bölümünde yapılan bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmada, gebelerin çalışmaya katılmaya istekli olması, veri toplama aşamasında tüm sağlık çalışanlarının destekleyici yaklaşımı araştırmada verilerin toplanmasını kolaylaştırmıştır.

Araştırmanın en önemli sınırlılığı gebelere diş ve diş eti hastalıklarının teşhisi için uygulamalı olarak herhangi bir oral hijyen değerlendirilmesi yapılamamıştır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise, çalışmanın yalnızca Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran gebelere yapılmış olmasıdır. Karabük’de bulunan

diğer özel hastaneye giden gebeler kurum izni alınmadığından çalışmaya alınamamıştır.



4. BULGULAR

Gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi, davranış ve dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, 20 şubat 2016 - 20 Temmuz 2016 tarihleri arasında Karabük Eğitim Araştırma Hastanesinin Kadın Doğum Polikliniğinde tanımlayıcı tipte yapılan çalışmadan elde edilen bulgular;

4.1. Gebelerin Sosyo Demografik, Obstetrik ve Ağız Diş Sağlığı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerin Diş eti Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.3. Gebelerin Dental Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerin Sosyo Demografik , Obstetrik ve Ağız Diş Sağlığı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; araştırmaya katılan gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir seviyesi, yaşanılan yer, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, obstetrik öyküsü ve gebelerin gebelik döneminde ağız diş sağlığı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1 Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	n:337	n	%
Yaş		27,87±6,42 (mean±sd), 17-40(min-max)	
Eğitim	Okur-yazar/OYD*	5	1,5
	İlköğretim Mezunu	130	38,6
	Lise Mezunu	87	25,8
Çalışma Durumu	Üniversite ve Üzer	115	34,1
	Çalışıyor	100	29,7
Gelir Durumu	Çalışmıyor	237	70,3
	Düşük	47	13,9
	Orta	253	75,1
Yaşanılan Yer	Yüksek	37	11,0
	Köy	48	14,2
	İlçe	86	25,6
Aile Yapısı	Şehir Merkezi	203	60,2
	Çekirdek Aile	260	77,2
	Geniş Aile	77	22,8
Kronik Hastalık Varlığı	Hastalık Yok	300	89,0
	Şeker	11	3,3
	Yüksek Tansiyon	9	2,7
	Kalp Hastalığı	7	2,0
	Diğer	10	3,0

*OYD: okur-yazar değil

Çalışmaya katılan gebelerin çoğunluğu (38,6) ilköğretim mezunu olup, %34,1'i üniversite ve üzeri, %25,8'i lise mezunu, %1,5'i ise okur yazar/okuryazar değildi.

Gebelerin çoğunluğunun (%70,3) çalışmadığını, %29,7'sinin ise çalışmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan gebelerin %75,1'nin orta gelirli, %60,2'sinin şehir merkezinde yaşadığını, %77,2'sinin çekirdek aile yapısının olduğunu ifade etmektedir (Tablo 1).

Gebelerin çoğunluğunda (%89,0) herhangi bir hastalık yok iken %3,3'ünde şeker, %2,7'sinde yüksek tansiyon, %2'sinde kalp, %3'ünde ise diğer(psikolojik, migren, guatr, astım, karaciğer, Akdeniz anemisi, genetik, MS ve anemi) hastalıklar vardır (Tablo 1).

Tablo 2 Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler	n	mean ±ss	min.-max
Gebelik Sayısı	337	2,3±1,3	1-8
Doğum Sayısı	337	0,9±0,9	0-4
Çocuk Sayısı	337	0,9±0,9	0-4
Düşük Sayısı	337	0,4±0,8	0-6
Gebelik Haftası	337	23,8±11,0	6-40

Gebelerin bu bölümde obstetrik özelliklerine ilişkin bulguları, toplam gebelik sayıları ve ortalamaları, toplam doğum sayıları ve ortalamaları, yaşayan çocuk sayıları ve ortalamaları, toplam düşük sayıları ve ortalamaları, gebelik haftaları ve ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 2'de gebelerin obstetrik özellikleri gösterilmektedir. Katılımcıların gebelik sayısı ortalama 2,3±1,3, doğum sayısı ortalaması 0,9±0,9, çocuk sayısı ortalaması 0,9±0,9, düşük sayısı ortalaması 0,4±0,8 olup, gebelik haftası ortalama 23,8±11,0 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3 Gebelerin Gebelik Döneminde Ağız Diş Sağlığı Özelliklerinin Dağılımı

Gebelerin Ağız-diş Sağlığı Özellikleri		n:337 n	%
Gebelerin Kendine Ait Diş fırçanın bulunması	Evet	330	97,9
	Hayır	7	2,1
Gebelikten Önce Diş Fırçalama sıklığı	Günde 1(bir) ve üzeri	270	80,1
	Düzenli Fırçalamayan	67	19,9
Gebelikte Diş Fırçalama sıklığı	Günde 1(bir) ve üzeri	258	76,6
	Düzenli Fırçalamayan	79	23,4
Gebelikte Bulantı kusma diş fırçalama sıklığınızı engelledi mi	Evet	76	22,6
	Kısmen	214	63,5
	Hayır	47	13,9
Gebelikten En Az 6 ay Öncesine Kadar Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	143	42,4
	Hayır	194	57,6
Gebelikte Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	227	67,4
	Hayır	110	32,6
Gebelikte Yaşanan Diş Problemleri Nedeniyle Doktora Başvurma Durumu	Doktora gitmedi	165	49,0
	Diş Hekimi	47	13,9
	Acil Hekimi	3	0,9
	Kadın Doğum Hekimi	12	3,6
	Problem Yaşamadı	110	32,6
Gitmeme Nedenleri	İhmal	56	16,6
	Korku	11	3,3
	Bebeğe Zarar Verir	98	29,1
	Doktora Gitti	62	18,4
	Diş Problemi Yaşamadı	110	32,6

n:kişi sayısı

Gebelerin gebelik döneminde ağız diş sağlığı özelliklerine yönelik; kendilerine ait diş fırçası varlığı, gebelikten önce diş fırçalama durumu, gebelikten en az 6 ay öncesine kadar diş problemi yaşama durumu, gebelikte diş fırçalama durumu, gebelikte diş fırçalama sıklığının bulantı-kusmanın engelleme durumu, gebelikte diş problemi yaşama durumu, gebelikte diş tedavisi yapılma durumu, gebelikte yaşanan diş problemleri nedeniyle doktora başvurma durumu ve doktora gitmeme nedenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Gebelerin çoğunluğunun (%97,9) kendine özel diş fırçası var iken %2,1'inin kendine özel diş fırçası yoktur. Çalışmaya katılan gebelerin çoğunluğu (%80,1) gebelikten önce dişlerini günde bir ya da daha fazla fırçalamakta iken, %19,9'u düzenli diş fırçalamadığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Gebelerin çoğunluğunun (%76,6) gebelikte dişlerini günde bir ya da daha fazla fırçalamakta iken, %23,4'ü günlük düzenli diş fırçalamadığını ifade etmektedir (Tablo 3).

Araştırmada gebelere, "Bulantı ve kusma diş fırçalamanızı engelliyor mu?" sorusu yöneltilmiştir. Gebelerin çoğunluğu (%63,5) engellemediğini, %22,6'sı engellediğini, %13,9'un ise kısmen engellemediğini ifade etmektedir (Tablo 3).

Gebelerin çoğunluğunun (%67,4) gebelikte diş problemi yaşadığı, %32,6'sının diş problemi yaşamadığını bildirmiştir (Tablo 3).

Gebelerin çoğunluğu (%81,6) gebelikte diş problemi nedeniyle doktora başvurmadığını ifade ederken, %13,9'u diş hekimine, %0,9'u acil hekimine, %3,6'sı ise kadın doğum hekimine başvurmuştur (Tablo 3).

Gebelerin %18,4'ü gebelikte diş problemi nedeniyle doktora gittiği belirlenmiştir. Gebelere "doktora neden gitmediniz" sorusu yöneltildiğinde, çoğunluğunun %32,6'sının diş problemi yaşamadığını, %29,1'inin bebeğe zarar vereceğini düşündüğü, %16,6'sının ihmal ettiği, %3,3'ü korku nedeniyle doktora gitmediği belirlenmiştir (Tablo 3).

4.2. Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin periodontal hastalıklar hakkında bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevapların dağılımı, bilgi düzeyi puanları ile sosyo demografik özelliklerin kıyaslaması, bilgi düzeyi puanları ile ağız diş sağlığı özelliklerinin kıyaslaması ve bilgi düzeyi puanı ile obstetrik özelliklerinin kıyaslanmasına ilişkin bulgular yer almaktadır

Tablo 4 Gebelerin Diş Eti Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Gebelerin Bilgi Düzeyleri	n:337 Doğru		n:337 Yanlış	
	n	%	n	%
Diş eti hastalığı dişetlerinin iltihaplanmasıdır	215	63,8	122	36,2
Diş eti hastalığının en önemli nedeni diş uzun süre fırçalamamaktır	235	69,7	102	30,3
Diş eti hastalığı genettir anne-babadan geçer	169	50,1	168	49,9
Diş eti kanaması diş eti hastalığının belirtisidir	270	80,1	67	19,9
Dişlerin sallanması sert gıda yediğimiz için meydana gelir	155	46,0	182	54,0
Diş eti hastalığı tedavi edilmezse diş kayıpları ile sonlanabilir	292	86,6	4	13,7
Plak, dişlerimizin etrafındaki yemek artıklarından meydana gelir	235	69,7	102	30,3
Gebelikte diş eti hastalıklarının görülme sıklığı artar	177	52,5	160	47,5
Gebelikten önce diş eti hastalığı varsa gebelikte şiddetlenir	216	64,1	121	35,9
Gebelikte dişetleri kanadığında diş fırçalanmaya ara verilmelidir	181	53,7	156	46,3
Gebelikte diş eti hastalığı, erken doğum olmasına zemin hazırlar	40	11,9	297	88,1
Gebelikte diş eti hastalığı, kilosu düşük bebek doğmasına sebep olur	35	10,4	302	89,6
Gebelikte ağız hijyeni eksikliğinde diş eti tümör oluşması kolaylaşır	77	22,8	260	77,2
Gebelikten kaynaklanan kusmalar, ağızdaki asit miktarını artırarak diş çürüğü olasılığını artırır	155	46,0	182	54,0
Gebelikte hiçbir diş tedavisi uygulanmaz	132	39,2	205	60,8
Gebelikte diş tedavisi yapmak için en uygun zaman gebeliğin 3-6. aylar arasıdır	78	23,1	259	76,9
Gebelikte diş taşı temizletmenin herhangi bir zararı yoktur	88	26,1	249	73,9
Gebelik döneminde diş tedavileri bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir	252	74,8	85	25,2
Gebelik döneminde ilaçlar bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir	275	81,6	62	18,4
Gebelikte hormonların etkisiyle diş eti hastalığı oluşabileceğinden düzenli fırçalamak büyük önem taşır	278	82,5	59	17,5
Dişeti hastalıklarından korunmak için dişler düzenli olarak günde 2 defa fırçalanmalıdır	304	90,2	33	9,8
Diş eti hastalığı kalp, böbrek, şeker hastalığı hastalıklara zemin hazırlar	110	32,6	227	67,4
Emzirme döneminde diş tedavileri sırasında ilaçlar diş hekimi tarafından planlanabilir	275	81,6	62	18,4
Gebelikte diş eti hastalıklarından korunmak için beslenmemizde C vitamini içeren gıdalar artırılmalıdır	203	60,2	134	39,8
Gebelikte dişleri fırçalama sırasında kanama görülmesi beklenen bir durumdur	141	41,8	196	58,2

Araştırmaya katılan gebeler %39,2 oranla “gebelikte hiçbir diş tedavisi uygulanmaz” ifadesine doğru cevap vermiş iken %74,8 oranla “gebelik döneminde diş

tedavileri bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir” ifadesine ve %81,6 oranla “emzirme döneminde diş tedavileri sırasında ilaçlar diş hekimi tarafından planlanabilir” İfadesine doğru cevap vermiştir (Tablo 4).

Gebeler en az %11,9 oranla “gebelikte diş eti hastalığı, erken doğum olmasına zemin hazırlar” İfadesine doğru cevap vermiş iken %10,4 oranla “gebelikte diş eti hastalığı, kilosu düşük bebek doğmasına sebep olur” ifadesine ve %46,0 oranla “gebelikten kaynaklanan kusmalar, ağızdaki asit miktarını arttırarak diş çürüğü olasılığını arttırır” İfadesine doğru cevap vermiştir (Tablo 4).

Anne adayları %69,7 oranla “diş eti hastalığının en önemli nedeni dişi uzun süre fırçalamamaktır” ifadesine doğru cevap vermiş iken %26,1 oranında “gebelikte diş taşı temizletmenin herhangi bir zararı yoktur” ifadesine ve %23,1 oranla “gebelikte diş tedavisi yapmak için en uygun zaman gebeliğin 3-6. aylar arasındır” ifadesine doğru vermiştir (Tablo 4).

Tablo 5 Gebelerin Periodontal Hastalık Hakkında Bilgi Düzeyleri Puanları ile Demografik Özelliklerin Kıyaslanması

		n:337		İstatistiksel Analiz	
Sosyo-demografik Özellikler		n	mean±ss	f	p
Eğitim	İlköğretim ve Altı	135	12,2±4,0	14,965	0,000*
	Lise Mezunu	87	13,7±4,1		
	Üniversite ve Üzeri	115	15,0±3,9		
Gelir Düzeyi	Düşük	47	12,3±3,7	6,684	0,001*
	Orta	253	13,5±4,2		
	Yüksek	37	15,6±3,8		
Yaşanılan Yer	Köy	48	12,3±4,1	3,628	0,028*
	İlçe	86	13,3±4,0		
	Şehir Merkezi	203	13,5±4,1		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	100	14,9±4,3	3,854	0,000*
	Çalışmıyor	237	13,0±3,9		
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	260	13,9±4,2	3,363	0,001*
	Geniş Aile	77	12,2±3,8		

*: p<0,05, p: anlamlılık düzeyi, t: bağımsız t testi, n: kişi sayısı, mean: ortalama, ss: standart sapma f: frekans

Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve yaşadıkları yerlere göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyindeki gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması lise, üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Gelir düzeylerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde, düşük ya da orta gelir seviyesinde olan gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması yüksek gelir seviyesinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük belirlenmiştir. Köyde yaşayan gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması ise şehir merkezinde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 5).

Uygulanan bağımsız t testi sonucunda çalışma durumu ve aile yapısına göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre çalışan gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması çalışmayanlara göre ve çekirdek aile yapısına sahip gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması geniş aile yapısına sahip gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 5).

Tablo 6 Gebelerin Periodontal Hastalık Hakkında Bilgi Düzeyleri Puanları ile Ağız Diş Sağlığı Özelliklerinin Kıyaslanması

		n:337		İstatistiksel	
				Analiz	
Gebelerin Ağız-diş Sağlığı Özellikleri		n	mean±ss	t	p
Kişisel Diş Fırçasının Olması	Evet	330	13,5±4,2	-0,020	0,984
	Hayır	7	13,6±3,7		
Gebelikten Önce Diş Fırçalama Sıklığı	Günde 1 ve Üzeri	270	13,9±4,0	3,496	0,001*
	Düzenli Fırçlamayn	67	12,0±4,3		
Gebelikte Diş Fırçalama Sıklığı	Günde 1 ve Üzeri	258	13,9±4,1	3,172	0,002*
	Düzenli Fırçlamayn	79	12,3±4,0		
Gebelikten En Az 6 Ay Önce Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	194	13,3±4,2	-1,409	0,160
	Hayır	143	13,9±4,1		
		n	mean±sd	f	p
Gebelikte Bulantı-Kusmanın Diş Fırçalamaya Engel Olma Durumu	Evet	76	13,3±4,7	0,166	0,847
	Kısmen	214	13,6±4,1		
	Hayır	47	13,6±3,5		
Gebelikte Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	227	13,5±4,3	0,185	0,853
	Hayır	110	13,6±3,9		
Gebelikte Yaşanan Diş Problemi Nedeniyle Doktora Başvurma Durumu	Doktora gitmedi	165	13,2±4,1	1,796	0,129
	Diş Hekimi	47	14,9±4,1		
	Acil Hekimi	3	12,7±2,5		
	KadınDoğmHekmi	12	12,4±6,4		
	Diş ProblmiYşmdı	110	13,6±3,9		
Gitmeme Nedenleri	Gitti	62	14,3±4,6	1,240	0,294
	İhmal	56	13,7±4,0		
	Korku	11	12,2±4,2		
	Bebeğe ZararVerir	98	13,0±4,1		
	DişProblmiYşmadı	110	13,6±3,9		

*: p<0,05, p: anlamlılık düzeyi, t: bağımsız t testi, n: kişi sayısı, mean: ortalama, ss: standart sapma, f: frekans

Uygulanan bağımsız t testi sonucunda kişisel diş fırçasının olma durumu, gebelikten en az 6 ay önce diş problemi yaşama durumu, gebelikte bulantı-kusmanın diş fırçalamaya engel olma durumu ve gebelikte diş tedavisi yapılma durumuna göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Gebelikten önce diş fırçalama sıklığı, gebelikte diş fırçalama sıklığı ve gebelikte diş problemi yaşama durumuna göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması açısından istatistiksel olarak

anlamli farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre gebelikte ve öncesinde günde 1 ve üzeri sayıda diş fırçalayanların periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması düzenli diş fırçalamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Uygulanan ANOVA analizi sonucunda gebelikte yaşanan diş problemi nedeniyle doktora başvurma durumu ve gitmeme nedenlerine göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Gebelikte diş problemi yaşamayan gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması gebelikte diş problemi yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7 Gebelerin Bilgi Düzeyleri Puanları ile Obstetrik Özellikleri Kıyaslaması

		Toplam Gebelik Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Toplam Düşük Sayısı	Gebelik Haftası
	r	-0,024	-0,055	-0,057	0,016	0,066
Bilgi düzeyi	p	0,655	0,297	0,297	0,767	0,228
	n	337	337	337	337	337

*: $p<0,05$, p: anlamlılık, n: kişi sayısı, r: korelasyon değeri

Bilinç düzeyi puanı ile gebelerin obstetrik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo7).

4.3. Gebelerin Dental Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) ölçeğine verdiği cevapların dağılımı, gebelerin MDAS'dan aldıkları puanlar ile dental anksiyete durumları, gebelerin demografik özellikleri ile dental anksiyetelerinin kıyaslanması, gebelerin ağız diş sağlığı özellikleri ile dental anksiyetelerinin kıyaslanması, gebelerin MDAS'dan aldığı puan ile obstetrik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve gebelerin MDAS'dan aldığı puanlar ile bilgi düzeyi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 8 Gebelerin Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımı

MDAS Ölçeği Soruları	n:337		
	n	%	
Yarın diş hekimine gidiyor olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz	Endişesiz	114	33,8
	Çok Az Endişeli	67	19,9
	Az Endişeli	92	27,3
	Çok Endişeli	39	11,6
	Aşırı Endişeli	25	7,4
Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz	Endişesiz	88	26,1
	Çok Az Endişeli	69	20,5
	Az Endişeli	105	31,2
	Çok Endişeli	49	14,5
	Aşırı Endişeli	26	7,7
Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz	Endişesiz	79	23,4
	Çok Az Endişeli	55	16,3
	Az Endişeli	80	23,8
	Çok Endişeli	90	26,7
	Aşırı Endişeli	33	9,8
Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz	Endişesiz	179	53,3
	Çok Az Endişeli	61	18,2
	Az Endişeli	61	18,2
	Çok Endişeli	27	8,0
	Aşırı Endişeli	9	2,3
Üst arka dişinizin üstünde diş etinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz	Endişesiz	40	11,8
	Çok Az Endişeli	55	16,3
	Az Endişeli	69	20,5
	Çok Endişeli	99	29,4
	Aşırı Endişeli	74	22,0

Gebelerin MDAS'tan aldıkları puanların dağılımı, Bu puanların demografik özellikleri ve ağız diş sağlığı özellikleri ile kıyaslanmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelere “yarın diş hekimine gidiyor olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz” sorusu sorulduğunda çoğunluğunun (%33,8) endişesiz, %19,9'unun çok az endişeli,, % 27,3'ünün az endişeli, %11,6'sının çok endişeli, %7,4'ünün aşırı endişeli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Gebelere “tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz” sorusu sorulduğunda çoğunluğunun (%31,2) az endişeli, %26,1’inin endişesiz, %20,5’inin çok az endişeli, %14,5’inin çok endişeli, %7,7’sinin aşırı endişeli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Gebelere “eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz” sorusu sorulduğunda çoğunluğunun (26,7) çok endişeli, %23’ünün az endişeli, %23,4’ünün endişesiz, %16,3’ünün çok az endişeli, %9,8’inin aşırı endişeli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Gebelere “eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz” sorusu sorulduğunda çoğunluğunun (53,3) endişesiz, %18,2’sinin çok az endişeli, %18,2’sinin az endişeli, %8’inin çok endişeli, %2,4’ünün ise aşırı endişeli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Gebelere “üst arka dişinizin üstünde diş etinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz” sorusu sorulduğunda çoğunluğunun (%29,4) çok endişeli, %11,9’unun endişesiz, %16,3’ünün çok az endişeli, %20,5’inin az endişeli, %22’sinin aşırı endişeli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9 Gebelerin MDAS’ dan Aldıkları Puanlar ile Dental Anksiyete Durumları

	mean	standart sapma (ss)	Min-Max
MDAS Puanı	13,015	4,817	5-25
		n:337	%
Dental Anksiyete Yok		209	62,0
Dental Anksiyete Var		128	38,0

*MDAS puanı 15 ve üzeri

Araştırmada gebelerin MDAS’ dan aldığı puanlar incelendiğinde; gebelerin dental anksiyete puan ortalamaları $12,994 \pm 4,808$ ’dir. MDAS’a göre gebelerin dental anksiyete görülme sıklığı değerlendirildiğinde; gebelerin %62’sinde dental anksiyete olmazken, %38’inde ise dental anksiyete (MDAS puanı 15 ve üzeri alındığında) olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10 Gebelerin Demografik Özellikleri ile Dental Anksiyetelerinin Kıyaslanması

		Dental Anksiyete		Dental Anksiyete		İstatistiksel	
		Var	Yok	Var	Yok	Analiz	
		n	%	n	%	x ²	p
Eğitim	İlköğretim ve Altı	35	25,4	100	50,3	24,402	0,000*
	Lise Mezunu	38	27,5	49	24,6		
	Üniversite ve Üzeri	65	47,1	50	25,1		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	39,1	46	23,1	10,015	0,002*
	Çalışmıyor	84	60,9	153	76,9		
Gelir Düzeyi	Düşük	12	8,7	35	17,6	20,658	0,000*
	Orta	99	71,7	154	77,4		
	Yüksek	27	19,6	10	5,0		
Yaşanılan Yer	Köy	16	11,6	32	16,1	4,995	0,082
	İlçe	29	21,0	57	28,6		
	Şehir Merkezi	93	67,4	110	55,3		
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	120	87,0	140	70,4	12,746	0,000*
	Geniş Aile	18	13,0	59	29,6		

*: p<0,05, p: anlamlılık, n: kişi sayısı, t: bağımsız t testi, mean: ortalama, ss: standart sapma, f: frekans

Uygulanan ki kare testi sonucunda dental anksiyete durumu ile yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakta iken dental anksiyete ile öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve aile yapısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerde dental anksiyete olma durumu olmama durumuna göre ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilerde ise dental anksiyete olmama oranı olma oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Çalışmayanlarda dental anksiyete olma durumu olmama durumuna göre ve çalışanlarda ise dental anksiyete olmama oranı olma oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Gelir durumu düşük olanlarda dental anksiyete olma durumu olmama durumuna göre ve gelir durumu yüksek olanlarda ise dental anksiyete olmama oranı olma oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Geniş aile yapısında yaşayanlarda dental anksiyete olma durumu olmama durumuna göre ve çekirdek aile yapısında

yaşayanlarda ise dental anksiyete olmama oranı olma oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 10).

Tablo 11 Gebelerin Ağız Diş Sağlığı Özellikleri ile Dental Anksiyetelerinin Kıyaslanması

		Dental Anksiyete var n:337		Dental Anksiyete Yok n:337		İstatistiksel Analiz	
Gebelerin Ağız-diş Sağlığı Özellikleri		n	%	n	%	χ^2	p
Kişisel Diş Fırçasının Bulunması	Evet	134	97,1	196	98,5	0,775	0,451
	Hayır	4	2,9	3	1,5		
Gebelikten Önce Diş Fırçalama Sıklığı	Günde 1 ve Üzeri	119	86,2	151	75,9	5,483	0,019*
	Düzenli Fırçalamayn	19	13,8	48	24,1		
Gebelikte Diş Fırçalama Sıklığı	Günde 1 ve Üzeri	117	84,8	141	70,9	8,809	0,003*
	Düzenli Fırçalamayn	21	15,2	58	29,1		
Gebelikten En Az 6 Ay Önce Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	62	44,9	81	40,7	0,595	0,440
	Hayır	76	55,1	118	59,3		
Gebelikte Diş Problemi Yaşama Durumu	Evet	94	68,1	133	66,8	0,061	0,805
	Hayır	44	31,9	66	33,2		
Gebelikte Bulantı-Kusmanın Diş Fırçalamaya Engel Olma Durumu	Evet	34	24,6	42	21,1	0,590	0,745
	Kısmen	85	61,6	129	64,8		
	Hayır	19	13,8	28	14,1		
Gebelikte Yaşanan Diş Problemi Nedeniyle Doktora Başvurma Durumu	Doktora Gitmedi	64	46,4	101	50,8	3,633	0,458
	Diş Hekimi	25	18,1	22	11,1		
	Acil Hekimi	1	0,7	2	1,0		
	KadınDoğumHekmi	4	2,9	8	4,0		
	DişProblmiYşamadı	44	31,9	66	33,2		
Gitmeme Nedenleri	Gitti	30	21,7	32	16,1	3,872	0,424
	İhmal	23	16,7	33	16,6		
	Korku	2	1,4	9	4,5		
	Bebeğe Zarar Verir	39	28,3	59	29,6		
	DişProblmiYşamadı	44	31,9	66	33,2		

*: p<0,05, p: anlamlılık, n: kişi sayısı, t: bağımsız t testi, mean: ortalama, ss: standart sapma, f: frekans

Uygulanan ki kare testi sonucunda dental anksiyete durumu ile kendine özel diş fırçası varlığı, gebelikten en az 6 ay öncesine kadar diş problemi yaşama durumu, bu gebelikte diş problemi yaşama durumu, gebelikte diş problemi nedeniyle doktora

başvuru durumu ve doktora gitmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakta iken dental anksiyete ile gebelikten önce diş fırçalama sıklığı ve gebelikte diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, gebelikte ve gebelikten önce düzenli diş fırçalamayanların dental anksiyete olma durumu olmama durumuna göre ve gebelikte ve gebelikten önce diş fırçalama sıklığı günde 1 ve üzerinde olanların ise dental anksiyete olmama oranı olma oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 11).

Tablo 12 Gebelerin MDAS'dan Aldığı Puan ile Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Toplam Gebelik Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Toplam Düşük Sayısı	Gebelik Haftası
Dental Anksiyete Ölçeği	r	-0,035	0,043	0,045	-0,076	-0,024
	p	0,516	0,427	0,412	0,162	0,662
	n	337	337	337	337	337

*: $p<0,05$, p: anlamlılık, n: kişi sayısı, r: korelasyon değeri

Gebelerin MDAS'tan aldıkları puanlar ile obstetrik özellikleri arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Dental anksiyete ölçeği puanları ile gebelerin obstetrik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13 MDAS ile Bilgi Düzeyinin Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bilinç.Düzeyi.Puanı	DentalAnksiyete Ölçeği
Bilgi Düzeyi Puanı	r	1	-0,125
	p		0,022*
	n	337	337
DentalAnksiyete Ölçeği	r		1
	p		
	n		337

*: $p<0,05$, n: kişi sayısı, p: anlamlılık, r: korelasyon değeri

Gebelerin MDAS ile bilgi düzeyleri puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Gebelerin bilgi düzeyi sorularından aldıkları puanlar ile dental anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif (gebelerin bilgi düzeyi sorularından aldığı puanları arttıkça dental anksiyete düzeyi azalmaktadır) yönde düşük seviyede (%12,5) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 13).



5.TARTIŞMA

Kadın yaşamının en önemli evrelerinden biri olan gebelik; psikolojik, duygusal ve fizyolojik birtakım değişikliklerin yaşandığı dönemdir. Gebelikte yaşanan bu değişiklikler genel sağlığı etkilediği gibi ağız ve oral dokuları da etkilemektedir. (Offenbacher et al. 1996, Armitage 2000, Jeffcoat et al. 2001, Offenbacher et al 2001, Boggess et al. 2003, Mascarenhas et al. 2003, Moore et al 2004, Xiong et al 2005, Boggess et al 2006). Bu hormonal sürece ağızda yetersiz oral hijyen ilave olduğunda periodontal enfeksiyona eğilim artacak var olan enfeksiyonlar ise potansiyelize olacaktır (Sağlam vd. 2014).

Gebelikte annede bulunan enfeksiyon ve inflamasyon, fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir dizi faktörden biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde kronik inflamatuvar hastalıklardan biri olan peridontal hastalıkların gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Hartnett et al. 2016, Lida 2017). Bu komplikasyonların önlenmesinde ilk yapılması gereken dental plağın uzaklaştırılması, yardımcı ağız diş sağlığı uygulamaları, etkili diş fırçalama konularını içeren oral hijyen eğitimleridir. Araştırmada gebelerin %23,4'ünün düzenli diş fırçalamadığı, gebelikte bulantı kusmanın ise fırçalama sıklığını %86,1'ini engellediği tespit edilmiştir (Tablo 3). Literatürde gebelerin diş fırçalama sıklığı ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (Sert 2009, Bastiani 2010, Sungur 2014, Barbari 2018). Sert (2009), araştırmasında gebelerin %53,5 oranında düzenli diş fırçalamadığını tespit etmiştir. Bastiani vd. (2010), gebe kadınların sadece % 20'sinin dişlerini diş eti iltihabını önlemek için fırçaladığını tespit etmiştir. Sungur (2014), yaptığı çalışmada gebelerin %22'sinin düzenli diş fırçalamadığını, %88'inin de günde en az 1 kez diş fırçalama alışkanlığının olduğunu bildirmektedir. Martinez-Beneyto vd. (2011) gebelerde ağız hijyeni alışkanlıkları, diş çürüğü ve periodontal durum arasındaki ilişkiyi araştıran kesitsel tipteki çalışmada, gebelerin %84'ünün dişlerini günde 2 veya 3 kez fırçaladığını ve % 30,9'unun günde bir kez gargara kullandığını ve diş sağlığını

iyi ya da çok iyi olduğunu bildiren gebelerde aktif çürüme ve periodontal hastalıkların daha az görüldüğü belirtilmektedir.

Araştırmada gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi düzeylerine bakıldığında, “gebelikte hormonların etkisiyle diş eti hastalığı oluşabileceğinden düzenli fırçalamak büyük önem taşır” ifadesine %82,5 ve “diş eti hastalıklarından korunmak için günde 2 defa diş fırçalanmalıdır” ifadesine ise %90,2 oranında doğru cevap verilmiştir (Tablo 4). Aynı zamanda gebelerin, “diş eti hastalığı erken doğuma zemin hazırlar” ifadesine %88,4’ünün, “ağız hijyeni eksikliğinde diş eti tümörü oluşması kolaylaşır” ifadesine de %77,2’sinin yanlış cevap verdiği görülmektedir (Tablo 4). Barbieri vd. (2018)’nin çalışmasında, annelerin diş eti iltihaplanmalarının önüne geçmek için diş fırçası ve diş ipi kullanmaları gerektiğini bilmelerine rağmen, diş çürüklerinin neden oluştuğunu bilmediği saptanmıştır. Gambhir vd. (2015)’nin yaptığı meta-analizde, gebelerin ağız hijyeni konusunda diş fırçalamanın önemli olduğunu bildiklerini, ancak diş eti hastalıklarının olumsuz gebelik sonuçlarına yol açtığı konusunda bilgi sahibi olmadıklarını saptamıştır. Bu sonuçlar ile çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olmakla birlikte, gebelerin diş fırçalamanın önemi konusunda bilgiye sahip olmalarına rağmen, oral hijyen yetersizliğinden kaynaklanan ağız, diş ve periodontal hastalıkların hem annenin hem de bebeğin bu süreçten olumsuz etkileneceğine dair bilgi düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Periodontal hastalıklarının önlenmesi ve erken teşhisi düzenli diş hekimi hizmetinin alınmasıyla mümkünken, literatürde diş problemi yaşayan gebelerin diş hekimine gitmedikleri pek çok çalışmada bildirilmektedir (Bahramian et al. 2015, George et al 2018). Araştırmada gebelerin %67,4’ünün diş problemi yaşadığını bildirmesine rağmen, %81,6’sının ağız diş sağlığı hizmetinden yararlanmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 3). Usturalı Mut vd. (2014), gebelerin ağız-diş sağlığı hizmeti gereksinimlerini araştırdığı çalışmada, diş eti hastalığı nedeniyle %56,9’unun tedaviye ihtiyacının olduğu belirlemiş ve diş hekimliği hizmeti alması gereken 234 gebenin %39,3’ünün son bir yıl içinde ve sadece %6’sının da gebeliği sırasında diş hekimine gittiğini bildirmektedir. Çalışmada, gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi düzeyleri sorgulandığında, “gebelikte hiçbir tedavi uygulanmaz”

ifadesine %60,8'i, “gebelikte diş taşı temizletmenin herhangi bir zararı yoktur” ifadesine ise %73,9'u yanlış cevap vermiştir (Tablo 4). Bahramyan vd. (2018), gebe, diş hekimi ve ebeler ile yaptığı çalışmada, ebelerin rutin izlemlerde gebe kadınları, diş hastalıkları tedavisi için diş hekimine gitmelerini önerse de diş hekimlerinin gebelere karşı çekimser davrandıklarını, onlara zarar verme korkularının olduğu saptamıştır. Ayrıca gebeler ise, gebelikte herhangi bir tedavi uygulanmadığını söylemektedir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olarak, gebelerin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin eksikliğinden dolayı diş hizmetinden yararlanmadığını düşündürmektedir. Ayrıca gebelerle birlikte ebe ve diş hekimlerinin de gebelikte ağız diş sağlığı konusunda bilgi, davranış ve tutumlarını sorgulayan daha çok çalışma yapılması önerilmektedir.

Oral hijyen eğitimi öncelikle ailede ve sosyal çevrede başlayan ve eğitim süresince pekiştirilen bir olgudur. Literatürde ağız hijyeni alışkanlıkları ve diş hekimliği hizmetlerinin kullanımının sosyodemografik durumlarla ilişkili olduğu pek çok çalışmada bildirilmektedir (Corchuelo-Ojeda 2014, Thompson et al. 2013). Araştırmada gebelerin eğitim, gelir düzeyi, yaşanılan yer ve çalışma durumu azaldıkça ağız diş sağlığı ve periodontal hastalıklar konusunda bilgi düzeyi puanlarının da anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Araştırmada gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyindeki gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması lise, üniversite ve üzeri eğitim düzeyindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim azaldıkça ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konularında bilgi düzeyi de azalıyor şeklinde yorumlanabilir (Tablo 5). Richard vd. (2000), çalışmasında eğitim seviyesinin periodontal hastalık için bir belirteç olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde, Ekanayake vd. (2003), eğitim seviyesi yükseldikçe ağız sağlığının giderek düzeldiği ve periyodik diş hekimi kontrollerinin arttığını belirtmektedir. Bununla birlikte araştırmada gebelerin diş fırçalama sıklığının ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konularında bilgi düzeyi puanları ile anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 6). Bu durumun gebelerin eğitimi seviyesi ile

periodontal hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir. Literatürde eğitim seviyesi ile diş hekimliği hizmetlerinin kullanımının ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte(Corchuelo-Ojeda 2014, Thompson et al. 2013), eğitim seviyesi ile gebelikte diş hizmeti almanın ilişkili olmadığını savunan çalışmalarda bulunmaktadır (Marchi et al. 2010, Saddki et al. 2010, Vergnes et al. 2013, Amin and ElSalhy 2014, Singhal et al. 2014, Sun et al. 2014). Araştırmada gebelerin %81,6'sının diş hekimine gitmediği tespit edilmesine rağmen, gebelerin diş problemi nedeniyle doktora başvurma durumları ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6). Thompson vd. (2013)'nin çalışmasında, en az lise mezunu olan kadınların gebelik sırasında diş hizmeti alma oranı, eğitim seviyesi liseden daha düşük olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile uyumlu bulunurken, eğitim seviyesi ile diş eti hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca gebelerin periodontal hastalık hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında, “gebelikte diş eti hastalığı erken doğum olmasına zemin hazırlar” ifadesine %88,1, “gebelikte diş eti hastalığı kilosuz bebek doğmasına sebep olabilir” ifadesine ise %89,6 oranında yanlış cevap verdikleri saptanmıştır. (Tablo 4). Çalışma bulgumuz sonucunda gebelerin diş hekimine gitme oranlarının düşük olması, ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konusunda bilgi düzeyi düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Diş fırçalama alışkanlıklarının edinilmesinde ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin etkili olduğu bildirilmektedir (Bilgili 2009). Bununla birlikte literatürde gebelerin ağız diş sağlığı açısından en çok gelir durumundan etkilendiği bildirilmektedir (Boggnes et al. 2010, Kloetzal et al. 2012). Araştırmada gelir düzeylerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde, düşük ya da orta gelir seviyesinde olan gebelerin ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konusunda bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması yüksek gelir seviyesinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük belirlenmiştir (Tablo 5). Literatürde düşük gelirli gebelerin, yüksek gelirli olanlardan bilgi düzeyleri ve diş hekimliği hizmeti alma durumları anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Al Habashneh et al. 2005, Saddki et al. 2010, Sun et al. 2014). Bayhan (1983), Diyarbakır'da üç farklı sosyo-

ekonomik düzeyde yapmış olduğu çalışmada, orta ve kötü ekonomik düzeye sahip gruplarda periodontal hastalıkların daha sık olduğu belirlenmiştir. Bilgili (2009), ailenin gelir seviyesi ile diş çürüğü, diş kaybı arasında anlamlı ilişkili olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte çalışmamızda köyde yaşayan gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması ise şehir merkezinde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 5). Keskin vd. (2011)'nin Adana'da merkeze 20 km uzaklıkta bulunan köylerde yaptığı çalışmada, anket yaptığı yerlerde diş hekiminin olmadığı, ağız-diş sağlığı hizmeti alabilecekleri birimlerin yaşadıkları yerden uzak olduğu ve maddi durumlarının yetersiz olması sebebiyle diş hizmeti alamadıklarını bildirmektedir. Sofola vd. (2003), Nijerya'da kırsal ve kentsel okul öğrencileri arasındaki oral hijyen ve periodontal tedavi gereksinimlerini incelediği araştırmada, kırsal bölgede yaşayanların oral hijyen durumunun daha kötü olduğunu bildirmektedir. Çalışma bulgumuz doğrultusunda, çalışma durumu ve gelir düzeyi azaldıkça ağız diş sağlığına harcanan maliyetler düşecek, yaşanılan yer taşraya kaydıkça eğitim seviyesi de paralel olarak ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konularındaki bilgi azalacağından firçalama oranlarının düşmesi de beklenen bir durum olarak kabul edilmektedir.

Literatürde aile yapısı ile diş eti hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Araştırmada aile yapısı ile diş eti hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ilişkili bulunmuştur. Araştırma bulgumuzda çekirdek aile yapısına sahip gebelerin, periodontal hastalıklar hakkında bilgi düzeylerinden aldıkları puanlar geniş aile yapısına sahip gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Bu bulguların ışığında ailedeki fertlerin sayısı arttıkça evdeki iş yoğunluğu artacağı buna paralel olarak eğitime daha az zaman ayrılabilceğinden bilgi düzeylerinin düşük olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Gebelerin periodontal hastalıkları konusunda bilgi düzeyleri ve hizmet alma davranışının, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, yaşadığı yer, aile yapısı gibi çok sayıda etmen tarafından şekillendiği söylenebilir. Sosyo ekonomik düzey parametreleri azaldıkça periodontal hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin de azaldığını söyleyebiliriz. Çalışma bulgumuzun literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

Toplum algısına göre gebelikte ilaç kullanımının ve diş hekimine gitmenin gebeliğe ve bebeğe zarar verebileceği düşüncesi ve diş tedavisinden korktuklarından dolayı literatürde gebelik dönemindeki ağız-diş sağlığı sorunlarını kontrol etmeye ve azaltmaya yönelik çalışmalar doğrultusunda gebelerin diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmadıkları görülmüştür (Özen vd. 2012, Usturalı Mut vd. 2014, Vivares-Builes et al. 2018). Çalışmamızda gebelerin diş hekimine gitmeme nedenleri arasında en çok literatür ile uyumlu olarak bebeğe zarar verir düşüncesi (%29,1) bulunmaktadır. Ayrıca %16,6'sının ihmal ettiği yani hastalığını önemsemediği, %3,3'ünün de diş tedavisinden korktuğu için diş hekimine gitmediği tespit edilmiştir (Tablo 3). Nogueira vd. (2012), çalışmasında gebelerin diş hekimliği hizmetlerinin bebeğe zarar vereceğine olan inançlarının diş hekimine gitmeme nedenlerinden olduğunu bildirmiştir. Usturalı Mut (2014)'un çalışmasında, kadınların diş hekimi hizmetlerinden yararlanmama nedenleri arasında, düşük gelir seviyesi, hastalığını çok önemli görmemesi, zaman, sosyal güvencesinin olmaması, nereye nasıl başvuracağını bilmemesi ve ulaşım gibi nedenlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda önemli görülen diğer bir nokta ise, gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi düzeyi ifadelerinde yer alan “gebelik döneminde diş tedavileri bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir” ifadesine %74,8 oranında, “gebelik döneminde ilaçlar bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir” ifadesine %81,6 oranında doğru cevap vermişlerdir (Tablo 4). Bu oranlara rağmen ağız diş problemleri yaşayanların diş hekimine gitmeme nedenleri sorgulandığında bebeğe zarar vereceği, diş problemlerinin önemsenmediği, diş hekimi korkusu ve dental anksiyete nedeniyle tedavi almadıkları tespit edildi (Tablo 6). Gebelik, bebeği sağlıklı bir şekilde dünyaya getirmek konusunda sorumluluk duygusu yüksek bir süreçtir. Çalışma bulgularımız doğrultusunda, gebelerin bebeği için sadece çevresel faktörleri risk olarak kabul ettiği, ancak ağız diş kaynaklı enfeksiyonların fetüsü etkileyebileceği konularında bilgi yetersizliği nedeniyle diş hekimine gitmediği düşünülmektedir.

Dental anksiyete kadınların diş hekimine başvurmasını etkileyen en önemli faktördür (Marakoğlu 2003). Çalışmada gebelerin %38'sinde dental anksiyete olduğu saptanmıştır. (Tablo 9). Silveria et al. (2016)'da Amerikada yaptığı 402 gebeden

oluşan araştırmasında, %13,6 oranında dental anksiyete saptamıştır. Marakoğlu vd. (2003)'nin yaptıkları çalışmada kadınların anksiyete puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Seydaoğlu vd. (2006)'nin çalışmasında erişkinlerde %26.2 anksiyete oranı (≥ 12 puan) ve %10.8 yüksek anksiyete oranı (≥ 15 puan) saptamıştır ve ülkemizde dental anksiyetenin yaygın olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda çalışmada, gebelerin MDAS'tan aldıkları puan ortalaması $13,01 \pm 4,81$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 9). Şahin (2014), hastaların dental anksiyete düzeylerini incelediği çalışmasında, araştırmaya katılan hastaların yaşlarına göre sınıflandırmış ve 18-35 yaş aralığında bulunan bireylerde MDAS ortalama puanı $12,031 \pm 5,5561$ olarak değerlendirmiştir. Çalışma bulgumuz literatürdeki diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Tunç vd. 2005, İlgüy vd. 2005, Coolidge et al. 2008, Ergüven vd. 2013, Humphris et al. 2009). Gebelerdeki dental anksiyete puanının gebe olmayanlara göre daha yüksek olduğu nedenin ise bebeğe zarar verme kaygısının dental anksiyeteyi arttırdığı söylenebilir.

Dental anksiyete diş tedavilerine karşı gelişen korku ve endişe duygusudur (Doğaner vd. 2015). Literatürde dental anksiyetenin eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte azaldığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (Erten vd. 2006, Akyıl vd. 2007, Acharya et al. 2008, Doğaner vd. 2015) eğitim seviyesi ile dental anksiyete arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Haugejorden et al. 2000). Ay vd. (2014)'nin çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça bireyin diş hekimine gitmekle ilgili kaygısı artmaktadır. Doğaner vd. (2015) genç bireylerde dental anksiyete ve ilişkili faktörleri inceleyen çalışmasında, eğitim düzeyi ile dental anksiyete arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan gençlerde dental anksiyetenin daha düşük olduğunu bildirmiştir. Haugerjorden vd. (2000), çalışmasında eğitim seviyesi ve dental anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmektedir. Çalışma bulgumuz gebelerin eğitim ve dental anksiyete arasındaki ilişkide anlamlı bir farklılık saptanmış olup, literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur. Çalışma durumuna göre dental anksiyete ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre çalışan gebelerin dental anksiyete ölçeği puan ortalaması çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Literatürde dental anksiyete

ile çalışma durumunun karşılaştırıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Bizim araştırma bulgumuz doğrultusunda, çalışma durumunun kadının sosyal hayatını olumlu etkilediği için dental anksiyeteyi azalttığı düşünülmektedir. Dental anksiyete ile daha fazla değişkenin karşılaştırılması önerilmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile MDAS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde gelir düzeyi ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiştir. Tunç vd. (2005)'in çalışmasında ise gelir düzeyi ve MDAS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Melchior et al. 2010, Önem 2014). Şahin (2014)'nin çalışmasında, MDAS ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırma literatüre katkı sağlayacaktır.

Literatürde çoğunlukla dental anksiyete ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir seviyesi karşılaştırılmıştır (Tunç vd. 2005, İlgüy vd. 2005, Coolidge et al. 2008). Bireylerin aile yapısı ile dental anksiyete arasındaki ilişkiyi karşılaştıran kaynak bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda ise MDAS ile aile yapısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 10). Çalışma literatüre katkı sağlaması açısından önem arz etmektedir.

Bireylerin dişlerini düzenli fırçalaması dental anksiyete bakımından oldukça önemlidir. Dişlerini düzenli fırçalayanlar daha az dental problemle karşılaşacaklardır. Çalışmada gebelikten önce ve gebelikte diş fırçalama sıklığına göre dental anksiyete ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı gebelikte ve öncesinde günde bir ve üzeri sayıda diş fırçalayanların dental anksiyete ölçeği puan ortalaması, düzenli diş fırçalamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 11). Dental anksiyetenin belirleyicilerinden birisi de ağız diş sağlığı özellikleridir. Bireylerin dişlerini düzenli fırçalaması dental anksiyete bakımından oldukça önemlidir. (Tablo 11). Yüzügüllü vd.(2009)'nin çalışmasında, araştırmaya katılanların dişlerini günde 2-3 kez fırçaladığı belirlenmiş ve bu kişilerin dişlerini daha az fırçalayanlara göre dental anksiyetelerinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Bu durum bizim çalışmamızda elde edilen

sonuçları destekleyecek şekilde, ağız diş sağlığının iyi olmasının dental anksiyeteyi azalttığını düşündürmektedir.

Bireylerin eğitim seviyeleri ile ağız diş sağlığı arasında pozitif ilişki olduğunu söyleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Aynı zamanda literatürde eğitim seviyesi arttıkça dental anksiyetenin azaldığı bildirilmektedir (Ekanayake et al. 2003, Talo Yıldırım vd. 2013). Yapılan korelasyon analizinde gebelerin ağız diş sağlığı ve periodontal hastalık konularında bilgi düzeyleri arttıkça dental anksiyetenin de azalacağını söyleyebiliriz (Tablo 13). Talo Yıldırım vd. (2013)'nin çalışmasında, eğitim seviyesi arttıkça, ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin arttığı ve diş hekimi tedavileri hakkında farkındalıkları ve özgüvenlerinin arttığı bildirilmektedir. Lahti vd. (2007), bilgi düzeyleri ile diş hekimi anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bilgi düzeyi arttıkça, diş hekimi korkusunun azaldığı bildirilmektedir. Çalışma bulgumuz doğrultusunda, eğitim seviyesi ile bilgi düzeyleri puanlarının paralel olduğu düşünüldüğünde çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Gebelerin diş eti hastalıkları konusunda bilgi, davranış ve dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, mevcut durumun ve risk faktörlerinin tanımlanması amacıyla, tanımlayıcı kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmada gebelerin %23,4'ü düzenli dişlerini fırçalamadığını ifade etmektedir (Tablo 3).
- Araştırmada gebelere, “bulantı ve kusma diş fırçalamanızı engelliyor mu?” sorusuna, yalnızca %13,9'un engellemediğini, %86,1'lik kısmının kısmen ve büyük ölçüde engellediğini ifade etmektedir (Tablo 3).
- Araştırmada gebelerin çoğunluğunun (%67,4) gebelikte diş problemi yaşadığı, %32,6'sının ise problem yaşamadığı tespit edilmiştir.
- Araştırmada gebelerin %13,9'i gebelik döneminde diş hekimine gittiği, %81,6'lık kısmın ise ağız diş sağlığı hizmetlerinden faydalanmadığı ve %4,5'nin ise diğer hekimlere(kadın doğum ve acil hekimi) gittiği tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Gebelere “doktora neden gitmediniz” sorusu yöneltildiğinde, çoğunluğunun %32,6'sının diş problemi yaşamadığını, %29,1'inin bebeğe zarar vereceğini düşündüğü, %16,6'sının ihmal ettiği, %3,3'ü korku nedeniyle doktora gitmediği belirlenmiştir (Tablo 3).
- Araştırmada gebelerin eğitim durumu, gelir seviyesi, yaşadığı yer, çalışma durumu ve aile yapısı ile gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi

düzeylelerinden aldıkları puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5).

- Araştırmada gebelerin gebelikten önce diş fırçalama sıklığı, gebelikte diş fırçalama sıklığı ve gebelikte diş problemi yaşama durumuna göre gebelerin periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre gebelikte ve öncesinde günde 1 ve üzeri sayıda diş fırçalayanların periodontal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması günlük düzenli diş fırçalamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

- Gebelikte diş problemi yaşamayan gebelerin periodontal hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinden aldıkları puan ortalaması, gebelikte diş problemi yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6).

- Araştırmada gebelerin MDAS'dan aldığı puanlar incelendiğinde; gebelerin dental anksiyete puanları ortalaması $12,994\pm 4,808$ olarak belirlenmiştir. MDAS'a göre gebelerin dental anksiyete görülme sıklığı değerlendirildiğinde; gebelerin %62'inde dental anksiyete yok ve %38'sinde ise dental anksiyete (MDAS puanı 15 ve üzeri alındığında) var olarak tespit edilmiştir (Tablo 9).

- Araştırmada, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve yaşanan yere göre dental anksiyete ölçeğinden alınan puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 10).

- Araştırmada MDAS'dan alınan puanlarla gebelikten önce diş fırçalama sıklığı ve gebelikte diş fırçalama sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. ($p<0,05$) (Tablo 11).

- Araştırmada bilgi düzeyi puanı ile dental anksiyete ölçeği arasında negatif yönde %12,5 (bilgi düzeyi azaldıkça dental anksiyete artmaktadır) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 13).

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Ebeler rutin izlemler sırasında ağız diş sağlığı konusunda gebeleri değerlendirebilmeli,
- Ebelere hizmet içi eğitimlerle gebelikte ağız diş sağlığı konusunda farkındalık kazandırılması,
- Ebeler, gebelere ağız diş sağlığı ve periodontal hastalıklar konusunda davranışlarını oluşturmada eğitim vermeli, gebelerin diş eti hastalıkları ve meydana gelebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi düzeylerinin artırılması,
- Ebelerin diş ve diş eti hastalarının mevcut olan problemlerini erken teşhis ve tedavisinin yapılabilmesi için diş hekimine yönlendirilmesi, diş hekimine gitmesine engel olan dental anksiyete faktörünü de göz önünde bulundurması ve ebelerin eğitim programlarına ağız diş sağlığı eğitimlerini de dahil etmesi önerilmektedir.
- Gebelerin diş ve diş eti hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi için daha ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Ayrıca gebelerle birlikte ebe ve diş hekimlerinin gebelikte ağız diş sağlığı konusunda bilgi, davranış ve tutumlarını sorgulayan daha çok çalışma yapılması.

7. KAYNAKÇA

- Abariga SA, Whitcomb BW. (2016). Periodontitis and gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 344.
- Acharya S.(2008). Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population. *Journal of oral rehabilitation*, 35(4), 259-267.
- ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. (2013). ACOG Committee Opinion No. 569: Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan.
- Agrawal A.(2015). Gingival enlargements: Differential diagnosis and review of literature. *World Journal of Clinical Cases: WJCC*, 3(9), 779.
- Akar Ç. (2014). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. *Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Araştırma Dizisi*, 9.
- Akarşlan Z, Erten H. (2009). Dental fear and anxiety. *Hacettepe Dis Hekimligi Fakultesi Dergisi*, 33, 62-68.
- Akpınar O.(2009). Pregnancy and heart valve disease. *Anadolu Kardioloji Dergisi*, 9, 25-34.
- Akyıl MŞ, Duymuş ZY, Akova T, Uzun DİH, Okanlı A. (2007). Farklı İki Bölgede Yaşayan Hasta Grubunda. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, (3).
- Al Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, Fang Q. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of clinical periodontology*, 32(7), 815-821.
- Amar S, Chung KM.(1994). Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontology* 2000, 6, 79-87.

- American Academy of Periodontology.(1999). The pathogenesis of periodontal disease. *J Periodontol*, 70, 457-470.
- American Academy of Periodontology.(2000). The pathogenesis of periodontal disease. *J Periodontol*, 70, 457-470.
- Armitage GC. (1995). Clinical evaluation of periodontal diseases. *Periodontology 2000*, 7(1),39-53.
- Armitage GC.(1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*, 4(1), 1-6.
- Armitage GC.(2000). Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2013*. 61(1), 160-176.
- Arslan H, Karahan N, Çam Ç.(2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 1(2)
- Amin M, ElSalhy M.(2014). Factors affecting utilization of dental services during pregnancy. *Journal of periodontology*. 85(12),1712-1721.
- Ay ZY, Çağlar F, Burcu ORUN, Uskun E. (2014). Hastaların ağız sağlığı, dental anksiyete düzeyleri ve olası belirleyicileri ile ilgili bildirimlerinin ölçek sonuçlarıyla tutarlılığı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 56-61.
- Aydemir H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/ Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 3(2).
- Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Asadi-Lari M. (2015). Psychosocial determinants of dental service utilization among adults: results from a population-based survey (Urban HEART-2) in Tehran, Iran. *Eur J Dent*. 9(4):542–50.

- Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. (2018). Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 153.
- Barbieri W, Peres SV, Pereira CDB, Peres Neto J, Sousa MDLRD, Cortellazzi KL. (2018). Sociodemographic factors associated with pregnant women's level of knowledge about oral health. *Einstein (São Paulo)*, 16(1).
- Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório, HM, Rios D. (2010). Pregnant's knowledge about oral alterations and dental treatment during pregnancy. *Odontol Clín-Cient*, 9(2), 155-60.
- Bayhan AK. (1983). Diyarbakır yöresinde görülen periodontal doku hastalıklarının prevalansları bunlara tesir eden bazı faktörler. Doktora Tezi, Diyarbakır.
- Bilgili N, Ayaz S. (2009). Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6).
- Boggess KA.(2008). Maternal oral health in pregnancy. *Obstetrics & gynecology*, 111(4), 976-986.
- Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos M-K, Matheson MB, Lorenz C.(2010). Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc* 141:553-561.
- Brown LJ, Loe H. (1993). Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontology 2000*, 2(1), 57-71.
- Bošnjak A, Relja T, Vučićević-Boras V, Plasaj H, Plančak D.(2006). Pre-term delivery and periodontal disease: a case-control study from Croatia. *Journal of clinical periodontology*, 33(10), 710-716.
- Buduneli N, Baylas H, Buduneli E, Türkoğlu O, Köse T, Dahlen G.(2005). Periodontal infections and pre-term low birth weight: a case-control study. *J Clin Periodontol*. 32: 174-181. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00670.x

- Carranza FA. (2002). Bone loss and patterns of bone destruction. *Carranza's clinical periodontology*, 2002.
- Carrillo-de-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Bascones-Martínez A.(2010). Gingival changes during pregnancy: II. Influence of hormonal variations on the subgingival biofilm. *Journal of clinical periodontology*, 37(3), 230-240.
- Champagne CM, Buchanan W, Reddy MS, Preisser JS, Beck JD, Offenbacher S. (2003). Potential for gingival crevice fluid measures as predictors of risk for periodontal diseases. *Periodontology 2000*, 31(1), 167-180.
- Chaparro A, Sanz A, Quintero A, Inostroza C, Ramirez V, Carrion F, ..., Illanes S. E. (2013). Increased inflammatory biomarkers in early pregnancy is associated with the development of pre-eclampsia in patients with periodontitis: a case control study. *Journal of periodontal research*, 48(3), 302-307.
- Chokwiriyaichit A, Dasanayake AP, Suwannarong W, Hormdee D, Sumanonta G, Prasertchareonsuk W, ..., Pitiphat W.(2013). Periodontitis and Gestational Diabetes Mellitus in Non-Smoking Females. *Journal of periodontology*, 84(7), 857-862.
- Cohen DW, Shapiro J, Friedman L, Kyle GC, Franklin S. (1971). A longitudinal investigation of the periodontal changes during pregnancy and fifteen months post-partum: part II. *Journal of Periodontology*, 42(10), 653-657.
- Coolidge T, Arapostathis KN, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides N, Kotsanos N. (2008). Psychometric properties of greek versions of the modified corah dental anxiety scale (MDAS) and the dental fear survey (DFS). *BMC Oral Health*, 8(1), 29.
- Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Francetti L, Weinstein R, Ferrazzi, E. (2016). Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. *Quintessence International*, 47(3).
- Corchuelo J. (2013). Social determinants and lifestyle on oral health in access to dental care pregnant in 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 170-180.

- Corchuelo-Ojeda J, Pérez GJG. (2014). Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 2209-2218.
- Cruz SI HD, Martin C, Herrero A, Sanz M.(2013). Association between periodontal status and pre-term and/or low-birth weight in Spain: clinical and microbiological parameters. *J Periodontal Res*. 2013, 48(4), 443-451.
- Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arce RM, Jaramillo A, Botero JE.(2006). Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women. *Journal of periodontology*, 77(2), 182–188.
- Da Silva HEC, Stefani CM, de Santos Melo N, de Lima ADA, Rösing CK, Porporatti AL Canto GDL.(2017). Effect of intra-pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis. *Systematic reviews*, 6(1), 197.
- Desai K, Desai P, Duseja S, Kumar S, Mahendra J, Duseja S. (2015). Significance of maternal periodontal health in preeclampsia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 5(2), 103.
- Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Yeşil HÜ, Sarı O, Koç B. (2015). Genç Bireylerde Dental Anksiyete Ve İlişkili Faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 57(2).
- Emmatty R, Mathew JJ, Kurnvilla J.(2013). Comparative evaluation of subgingival plaque microflora in pregnant and non-pregnant women: A clinical and microbiological study. *J Indian Soc Periodontol* 17:47-51.
- Ekanayake L, Dharmawardena D. (2003). Dental anxiety in patients seeking care at the University Dental Hospital in Sri Lanka. *Community dental health*, 20(2), 112-116.
- Ergüven SS, Kılınç Y, Delilbaşı E, Işık B. (2015). Bir diş hekimliği fakültesi ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğine başvuran hastaların dental kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*, 32(1), 7-11.

- Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence international*, 37(4).
- El-Ashiry GM, El-Kafrawy AH, Nasr MF, Younis N.(1971). Gingival condition of Egyptian pregnant women. *J Periodontol* 42:271-2.
- Ferris GM. (1993). Alteration in female sex hormones: their effect on oral tissues and dental treatment. *Compendium (Newtown, Pa.)*, 14(12), 1558-64.
- Gašperšič R, Štiblar-Martinčič D, Skalerič U. (2002). Influence of restraint stress on ligature-induced periodontitis in rats. *European journal of oral sciences*, 110(2), 125-129.
- George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S, ... Johnson, M. (2018). Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A multi-centre randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 82, 49-57.
- Güncü G, Tözüm TF. (2005). Östrojen, Projesteron ve Testosteronun Periodontal Dokular Üzerine Etkileri. *Acta Odontologica Turcica*, 22(2), 121.
- Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Kessler JL. (2016). Oral health in pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(4), 565-573.
- Haugejorden O, Solveig Klock K. (2000). Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(6), 255-259.
- Huang X, Wang J, Liu J, Hua L, Zhang D, Hu T, Ge ZL. (2014). Maternal periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, 34(5), 729-735.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community dental health*.

- Hüseyinoğlu S. (2018). Diş Eti Hastalıklarıyla Erken Doğum Tehdidi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karabük, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN).
- Honkala S, Al-Ansari J.(2005). Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *Journal of clinical periodontology*, 32(7), 809-814.
- Ide M, Papapanou PN. (2013). Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes–systematic review. *Journal of clinical periodontology*, 40(s14).
- Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, Bayirli G. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *Journal of International Medical Research*, 33(2), 252-259.
- Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glenny AM. (2017). Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *The Cochrane Library*.
- Jafarzadeh H, Sanatkhanı M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*. 2006; 48(4): 167-175.
- Jaiman G, Nayak PA, Sharma S, Nagpal K.(2018). Maternal periodontal disease and preeclampsia in Jaipur population. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 22(1), 50.
- Jared H, Boggess KA. (2008). Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: a review of the evidence and implications for clinical practice. *American Dental Hygienists Association*, 82(suppl 1), 24-24.
- Jeffcoat M, Geurs N, Reddy M, Cliver S, RL G, JC H. (2001). Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Doç*, 132(7), 875-880.

- Kashetty M, Kumbhar S, Patil S, Patil P.(2018). Oral Hygiene Status, Gingival Status, Periodontal Status, and Treatment Needs Among Pregnant and Nonpregnant Women: A comparative Study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 22-2.
- Keskin S, Sarıyüz B, Patoğlu D, Özdemir M, Topbaş C, ... , Uçar Y. (2012). Çukurova Bölgesi'nde gezici ağız diş sağlığı hizmetlerine duyulan ihtiyacın değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 29(1), 25-32
- Kısa S, Zeyneloğlu S. (2013). Doğum Sonu Servisinde Yatan Kadınların Gebelikteki Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Diş Hekimine Gitme Durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
- Kinane DF.(2001). Causation and pathogenesis of periodontal disease. *Periodontology* 2000, 25(1), 8-20.
- Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P, Littell C. T, Eggertsson H.(2012). Oral health in pregnancy: educational needs of dental professionals and office staff. *Journal of public health dentistry*, 72(4), 279-286.
- Koşar T. (2013). Hamilelik ve Periodontal Sağlık Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Ana Bilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Nurcan Buduneli).
- Köroğlu DA, Durkan R.(2010). Diş Hekimliği Uygulamalarında Karşılaşılan Dental Anksiyete Sendromunun Etiyolojisinin Ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2010(3).
- Kumar A, Sharma DS, Verma M, Lamba AK, Gupta MM, Sharma S, Perumal V.(2018). Association between periodontal disease and gestational diabetes mellitus (GDM)—a prospective cohort study. *Journal of clinical periodontology*.
- Küçük M, Yavaşoğlu I, Kadıköylü G, Bolaman Z. (2011). Gebelik ve hematoloji. *Nobel Medicus*, 7, 10-17.
- Külekcı G, Gökbuget A. (2009). Ağız Mikroflorasının Genel Sağlığa Etkisi. *Ankem Derg*, 23(3), 137-145.

- Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, Hausen H. (2007). Dental fear among population aged 30 years and older in Finland. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(2):97-102.
- Laine MA. (2002). Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60(5), 257-264.
- Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. (2000). Systemic diseases caused by oral infection. *Clinical microbiology reviews*, 13(4), 547-558.
- Lida H. (2017). Oral health interventions during pregnancy. *Dental Clinics*, 61(3), 467-481.
- Lindhe J.(2003). Examination of patients with periodontal disease. *Clinical periodontology and implant dentistry*, 403-412.
- Loe H, Silness J.(1963). Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*;21:533-51.
- Loesche WJ, Grossman NS. (2001). Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: diagnosis and treatment. *Clinical microbiology reviews*, 14(4), 727-752.
- Lubon AJ, Erchick DJ, Khattry SK, LeClerq SC, Agrawal NK, Reynolds MA, ..., Mullany LC. (2018). Oral health knowledge, behavior, and care seeking among pregnant and recently-delivered women in rural Nepal: a qualitative study. *BMC oral health*, 18(1), 97.
- Mascarenhas P, Gapski R, Al-Shammari K. (2003). Influence of sex hormones on the periodontium. *Journal of Clinical Periodontology*, 30, 671-681.
- Marakoğlu İ, Demirer AGS, Özdemir UPD, Sezer H. (2003). Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyi. *CÜ Diş Hek Fak Derg*, 6.

- Marchi KS, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. (2010). Most pregnant women in California do not receive dental care: findings from a population-based study. *Public health reports*, 125(6), 831-842.
- Martínez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Pérez L, Maurandi A. (2011). Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 114(1), 18-22.
- Mariotti A. (1994). Sex steroid hormones and cell dynamics in the periodontium. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 5(1), 27-53.
- Mariotti A. (1999). Dental plaque-induced gingival diseases. *Annals of periodontology*, 4(1), 7-17.
- Mealey BL, Moritz AJ. (2003). Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontology* 2000, 32(1), 59-81.
- Melchior M, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. (2010). Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depression and anxiety*, 27(12), 1095-1103.
- Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association*, 116(6), 641-647.
- Mital P, Amit, Raisingani D, Mital P, Hooja N, Priyanka. (2013). Dental Caries and Gingivitis in Pregnant Women. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS)* 1(6): 718-723
- Moore S, Ide M, Coward P. Y, Randhawa M, Borkowska E, Baylis R, & Wilson R. F. (2004). A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *British dental journal*, 197(5), 251.

- Negrato CA, Tarzia O, JOVANOVIĆ L, Chinellato LEM. (2013). Periodontal disease and diabetes mellitus. *Journal of Applied Oral Science*, 21(1), 1.
- Nogueira LT, Valsecki Júnior A, Martins CR, Rosell FL, Silva SRC. (2012). Delay in seeking dental treatment and perception of oral health in pregnant women. *Odontol Clin Cient*, 11(2), 127-131.
- Oduncuoğlu BF, Alaaddinoğlu EE (2017). Peri-implantitis Tedavisinde Trombozlu Zengin Fibrin Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Periodontoloji Özel Dergisi* , 3 (3), 164-168.
- Offenbacher S. (1996). Periodontal diseases: pathogenesis. *Annals of periodontology*, 1(1), 821-878.
- Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, Socransky SS, Beck JD. (1998). Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol*, 3(1): 233-250.
- Oppermann RV, Weidlich P, Muskopf ML. (2012). Periodontal disease and systemic complications. *Brazilian oral research*, 26(SPE1), 39-47.
- Orbak R, Zihni M, (2006). Periodontal Hastalığın Başlangıç Tedavisi, Karşılaşılan Komplikasyonlar ve Bu Komplikasyonların Giderilme Stratejileri. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. !6(3):33-41
- Önem EE. (2014). A Study of Income and Test Anxiety among Turkish University Students. *Online Submission*.
- Özcan H, Oksay Ü. (2014). Gebelikte Fazla Görülen Solunum Sistem Hastalıkları ve Bakımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 30 (3). 80-91
- Özen B, Özer L, Başak F, Altun C, Açikel C. (2012). Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. *Medical Principles and Practice*, 21(4), 318-322.
- Payal S, Kumar GS, Sumitra Y, Sandhya J, Deshraj J, Shivam K, Parul S. (2017). Oral health of pregnant females in central India: Knowledge, awareness, and present status. *Journal*

of education and health promotion, 6.

Peretz B, Efrat J. (2000). Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *International journal of paediatric dentistry, 10(2)*, 126-132.

Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW (2005). Periodontal diseases. *Lancet*. 366(9499): 1809-1820.

Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, ..., Messinis IE. (2010). Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Bmj, 341*, c7017.

Preshaw PM. (2013). Oral contraceptives and the periodontium. *Periodontology 2000, 61*, 125-159.

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

Sağlam E, Saruhan N, Çanakçı CF. (2015). Hamilelik ve periodontal hastalık. *Clinical and Experimental Health Sciences, 4(4)*, 261-267.

Sarıyıldız T, Akdağ T. (2013). Some hematological and metabolic changes observed in pregnancy. *Journal of Clinical and Analytical Medicine, 4*, 245-248.

Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. (2010). Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health, 10(1)*, 75.

Samant A, Malik C. P, Chabra S. K, & Devi P. K. (1976). Gingivitis and periodontal disease in pregnancy. *Journal of Periodontology, 47(7)*, 415-418.

- Savu O, Jurcut R, Giusca S, Van Mieghem T, Gussi I, Popescu B. A, ...,Voigt JU. (2012). Morphological and functional adaptation of the maternal heart during pregnancy. *Circulation: Cardiovascular Imaging*
- Sak ME, Özkul Ö, Evsen MS. Sak S, Evliyaoğlu O. (2009). Gebelik Anemisinin Perinatal Sonuçlara Etkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 36(1).
- Sert T. (2009). Erken Doğum Ve Preterm Düşük Doğum Ağırlığı İçin Bir Risk Faktörü Olarak Periodontal Hastalık.Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Isparta, (Danışman: Prof. Dr. Yeşim KIRZIOĞLU).
- Staffolani N, Guerra M, Pugliese M, Cardinale G, Gulino A. (1989). Hormonal receptors in gingival inflammation. *Minerva stomatologica*, 38(8), 823-826.
- Steinberg BJ, Hilton IV, Lida H, Samelson R. (2013). Oral health and dental care during pregnancy. *Dental Clinics*, 57(2), 195-210.
- Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS. (2012). Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. *Dent Res J (Isfahan)*, 9(4): 368-380.
- Shenoy R, Chacko V. (2013). Utilization of dental services due to dental pain by pregnant women in India: A qualitative analysis. *Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 3(1), 18.
- Svensson L, Hakeberg M, Wide U. (2018). Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1-6.
- Sert T. (2009). Erken Doğum ve Preterm Düşük Doğum Ağırlığı İçin Bir Risk Faktörü Olarak Periodontal Hastalık, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Anabilim Dalı, Isparta, (Danışman: Prof.Dr. Yeşim Kırzioğlu).
- Seydaoğlu G, Doğan MC, Şükrü U, Yazgan inanç B, Çelik M. (2006). Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7 (1).

Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. (2008). Oral health during pregnancy. *American family physician*, 77(8).

Silveira ML, Whitcomb BW, Pekow P, Carbone ET, Chasan-Taber L. (2016). Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 behavioral risk factor surveillance system. *Journal of public health dentistry*, 76(1), 56-64.

Singhal A, Chattopadhyay A, Garcia AI, Adams AB, Cheng D. (2014). Disparities in unmet dental need and dental care received by pregnant women in Maryland. *Maternal and child health journal*, 18(7), 1658-1666.

Soma-Pillay P, Nelson-Piercy N, Tolppanen H, Mebazaa A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal Of Africa*. 27(2).

Sofola OO, Shaba OP, Jeboda SO. (2003). Oral hygiene and periodontal treatment needs of urban school children compared with that of rural school children in Lagos State, Nigeria. *Odonto-stomatologie tropicale= Tropical dental journal*, 26(101), 25-29.

Sun W, Guo J, Li X, Zhao Y, Chen H, Wu G. (2014). The routine utilization of dental care during pregnancy in Eastern China and the key underlying factors: a Hangzhou City study. *PloS one*, 9(6), e98780.

Sueri HE. (2005). Hamile Bireylerde Periodontal Durumun ve Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Dünyaya Getirme Sıklığının Kıyaslamalı İncelenmesi, Doktora Tezi, Samsun, (Danışman:Dr. Öğr. Üyesi İnci DEVRİM).

Sungur MÇ. (2014).Hamile Bireylerde Periodontal Hastalık Farkındalığının İrdelenmesi Ve Periodontal Tedavi Sonrası Değişikliklerin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ).

Steinberg BJ. (1999). Women's oral health issues. *J Dent Educ*;63:271-5.

- Şahin D. (2014). Periodontoloji kliniğe başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin ve ağız sağlığı ile ilişki yaşam kalitesinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Bahar Füsün ODUNCUOĞLU).
- Şahintürk H. (2012). Sezeryan Planlanan Gebelerde Anestezi Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Asuman UYSALEL).
- Tilakaratne A, Soory M, Ranasinghe AW, Corea SMX, Ekanayake SL, De Silva M. (2000). Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women. *Journal of Clinical Periodontology*, 27(10), 787-792.
- Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(5), 357-362.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. Committee Opinion. ACOG 569(122), 422 – 417.
- Thompson TA, Cheng D, Strobino D. (2013). Dental cleaning before and during pregnancy among Maryland mothers. *Maternal and child health journal*, 17(1), 110-118.
- Usturalı Mut AN, Öcek ZA, Yücel U, Çiçeklioğlu M, Eden E. (2014). İzmir-Bornova’da Gebelerin Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Gereksinimi ve Bu Hizmetlerden Yararlanma Düzeyinin Sosyoekonomik Değişkenler İlişkisi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 28(3), 93-103.
- Üstün K, Özdemir E, Sezer U, Şenyurt S, Cebesoy FB, Erciyas K. (2013). Hamile Bireylerde Periodontal Farkındalık ve Dental Anksiyetenin Sosyo-Demografik Veriler Işığında Değerlendirilmesi

- Vergnes JN, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, ..., Rouillon F. (2013). Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 25(3), 281-292.
- Vittek J, Hernandez M, Wenk EJ, Pappaport SC, Southren AL. (1982). Specific Estrogen Receptors in Human Gingiva. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 54, 608-612.
- Vivares-Builes AM, Rangel-Rincón LJ, Botero JE, Agudelo-Suárez AA. (2018). Gaps in Knowledge About the Association Between Maternal Periodontitis and Adverse Obstetric Outcomes: An Umbrella Review. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 18(1), 1-27.
- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. (2007). Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. *Obstet Gynecol Surv.*62(9): 605-615.
- Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. (2006). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(2), 135-143.
- Wang YL, Liou JD, Pan WL. (2013). Association between maternal periodontal disease and preterm delivery and low birth weight. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52(1), 71-76.
- Wiener RC, Wiener-Pla R. (2014). Literacy, pregnancy and potential oral health changes: The internet and readability levels. *Maternal and child health journal*, 18(3), 657-662.
- Wise RA, Polito AJ, Krishnan V. (2006). Respiratory physiologic changes in pregnancy. *Immunology and allergy clinics of North America*, 20(4), 663-672.
- Yildirim TT, Kaya, F A, Uysal E. (2013). Diş Hekimi Korkusu ile Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Diş Hekimine Gitme Sıklığı, Eğitim, Sosyo-Ekonomik ve Periodontal Durum

Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences*, 19(2), 77-85.

Yuan K, Wing LY, Lin MT. (2002). Pathogenetic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. *The Journal of Periodontology*, 73, 701-708

Yüzügüllü B, Gülşahı A, Çelik Ç, Bulut Ş. (2009). Klinik öncesi diş hekimliği öğrencilerinin dental anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 10(3).

Zor E. (2008). Hamilelik Gingivitisinde Subgingival Plakta Periodontopatojen olan ve olmayan Türlerin Varlığının Klinik Parametrelerle İlişkisinin Araştırılması, Periodontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman Doç. Dr. Gülden EREŞ).

İnternet:http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_9.pdf
(Erişim Tarihi: 12.05.2018).

İnternet:<https://www.open.edu/> during pregnancy physiological changes (Erişim tarihi: 13.05.2018,26.06.2018)

8. EKLER

EK 1 Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeği (MDAS)

Modifiye Dental Anksiyete Skala Formu

1. Yarın diş hekimine gidiyor olsanız. Kendinizi nasıl hissederdiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
2. Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
3. Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli.
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
4. Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
5. Üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli

EK 2 Veri Toplama Formu

GEBELERİN DİŞ ETİ HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ, DAVRANIŞ VE DENTAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcılar;

Bu formda “ *Gebelerin Dişeti Hastalıkları Konusunda Bilgi, Davranış ve Dental Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*” konulu çalışmanın anket soruları ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) yer almaktadır. Anket 5 bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde Obstetrik özellikler, üçüncü bölümde geçirdiğiniz gebelik süreci ile ilgili, dördüncü bölümde gebelikte diş sağlığı, beşinci bölümde ise gebelikte dişeti hastalıkları bilinç düzeyine yönelik sorular yer almaktadır. Sizden beklenen, bölümlerdeki ifadelerden size en uygun seçeneği (X) işareti koyarak belirtmenizdir. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından elde edilen veriler gizli tutulacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve samimiyetle doldurmanızı rica eder, katkılarınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNAL KOCAMAN / Karabük Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Peridontoloji AD

Ebru ÖZDEMİR / Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

1.BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Öğrenim durumunuz?

- 1. Okur yazar/ Okur yazar değil
- 2. İlköğretim mezunu
- 3. Lise Mezunu
- 4. Üniversite ve üzeri

2. Çalışma durumunuz?

- 1. Çalışıyor
- 2. Çalışmıyor
- 4. Diğer (Belirtiniz.....)

3. Size göre gelir durumunuz?

- 1. Çok Düşük
- 2. Düşük
- 3. Orta
- 4. Yüksek
- 5. Çok yüksek

4. Yaşadığınız yer?

- 1. Köy
- 2. İlçe
- 3.Şehir Merkezi

5. Ailenizin yapısı?

- 1. Çekirdek Aile
- 2. Geniş Aile

6. Herhangi bir hastalığınız var mı?

- 1. Hastalık yok
- 2. Şeker
- 3. Yüksek tansiyon

Ek2 Veri Toplama Formu (devam)

4. Kalp hastalığı
 5. Diğer (Belirtiniz.....)

2.BÖLÜM: OBSTETRİK ÖZELLİKLER

- 1.Yaş.....
2. Kaç kez gebe kaldınız:
3. Kaç doğum yaptınız:
4. Kaç çocuğunuz var:
5.Kaç düşük yaptınız:

3.BÖLÜM: GEBELİĞİNİZ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Gebeliğinizin kaçınıcı haftası:
3. Bu gebeliğinizde herhangi bir hastalık(seker,tansiyon,kalp vb.) geçirdiniz mi?
 1. Evet 2.Hayır

4.BÖLÜM: GEBELİKTE DİŞ SAĞLIĞINAYÖNELİK SORULAR:

1. Kendinize özel diş fırçanız var mı?
 1. Evet 2. Hayır
2. Gebelikten önce diş fırçalama sıklığınız?
 1. Günde en az bir(1) ve üzeri
 2. Haftada birkaç defa
 3. Ayda birkaç defa
 4.Diğer(Belirtiniz.....)
3. Gebeliğinizde diş fırçalama sıklığınız?
 1. Günde 1(bir) ve üzeri
 2. Haftada birkaç defa
 3. Ayda birkaç defa
 4. Diğer(Belirtiniz.....)
4. Gebelikte diş fırçalamanızı bulantı-kusma engelledi mi?
 1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen
- 7
5. Gebelikten önce en az 6 ay içerisinde diş probleminiz var mıydı?
 1. Hayır
 2.Dişeti kanaması
 3.diş sallanması

Ek 2 Veri Toplama Formu (devam)

- 4. diş çürüğü
- 5. sıcak soğuk hassasiyeti
- 6. Diğer (Belirtiniz.....)

6. Gebelik öncesinde diş probleminiz varsa tedavisi yapıldı mı?

- 1. Hayır (Çünkü.....)
- 2. Evet

7. Gebeliğinizde diş problemi yaşadınız mı?

- 1. Hayır
- 2. Dişeti kanaması
- 3. Diş çürüğü ve ağrı
- 4. Diğer (Belirtiniz.....)

8. Gebelikte diş problemleri nedeniyle doktora başvurduunuz mu?

- Hayır (çünkü.....)
- Diş hekimi
- Acil hekimi
- Kadın doğum hekimi
- Diğer (Belirtiniz.....)

9. Eğer gitmediyse nedenini belirtiniz?

- 1. İhmal
- 2. Korku
- 3. Bebeğe zarar verir
- 4. Ulaşım sorunları
- 5. Diğer (Belirtiniz.....)

Ek 2 Veri Toplama Formu (devam)

5.BÖLÜM: Gebelikte Periodontal Hastalıklara Karşı Bilinç Düzeyine Yönelik Sorular

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size en uygun/yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

+

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1-Plak, dişlerimizin etrafındaki yemek artıklarından meydana gelir			
2- Diş taşının en önemli nedeni diş uzun süre fırçalanmamasıdır			
3- Dişeti hastalığı dişetlerinin iltihaplanmasıdır			
4-Gebelikte diş taşı temizletmenin herhangi bir zararı yoktur.			
5. Gebelikte diş tedavisi yapmak için en uygun zaman gebeliğin 3-6. ayları arasındadır			
6- Gebelikten önce dişeti hastalığı varsa gebelikte şiddetlenir.			
7-Dişeti hastalığı genettir anne-babadan geçer			
8- Dişeti hastalığı tedavi edilmezse diş kayıpları ile sonuçlanabilir			
9- Dişeti hastalıklarından korunmak için dişler düzenli olarak günde 2(iki) defa fırçalanmalıdır			
10-Gebelikte dişetleri kanadığında diş fırçalanmaya ara verilmelidir			
11-Dişeti kanaması dişeti hastalığının belirtisidir			
12-Dişeti hastalığı kalp, böbrek, şeker hastalığı gibi hastalıklara zemin hazırlar			
13-Dişlerin sallanması sert gıda yediğimiz için meydana gelir			
14-Gebelikte dişeti hastalığı, erken doğum olmasına zemin hazırlar			
15-Gebelikte dişeti hastalıklarının görülme sıklığı artar			
16-Gebelikte hiçbir diş tedavisi uygulanmaz			
17-Gebelik döneminde ilaçlar bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir			
18-Gebelikte dişeti hastalığı, kilosuz düşük bebek doğmasına sebep olur			
19-Gebelik döneminde diş tedavileri bebeğe zarar vermeyecek şekilde diş hekimi tarafından planlanabilir.			
20-Emzirme döneminde diş tedavileri sırasında ilaçlar diş hekimi tarafından dikkatle seçilir			
21-Gebelikte hormonların etkisiyle dişeti hastalığı oluşabileceğinden düzenli fırçalamak büyük önem taşır			
22-Gebelikte ağız hijyeni eksikliğinde dişeti tümörü oluşması kolaylaşır			
23-Gebelikten kaynaklanan kusmalar, ağızdaki asit miktarını artırarak diş çürüğü olasılığını artırır.			
24-Gebelikte diş eti hastalıklarından korunmak için beslenmemizde c vitamini içeren gıdalar artırılmalıdır			
25-Gebelikte dişleri fırçalama sırasında kanama görülmesi beklenen bir durumdur			

EK 3 Modifiye Dental Anksiyete Skalası Ölçeği İzin Formu

Ebru Özdemir 21 Aralık 2015 11:38 EÖ

RE: MDAS ölçeği
Kime: Dilhan İLGÜY

Çok teşekkür ederim hocam

21 Ara 2015 11:37 tarihinde "Dilhan İLGÜY" <dilhan.ilguy@yeditepe.edu.tr> yazdı:

[Dilhan İLGÜY adlı kişiye ait metnin Daha Fazlasını Gör](#)

Dilhan İLGÜY @ 21 Aralık 2015 11:37 Dİ



RE: MDAS ölçeği
Kime: Ebru Özdemir

Ebruçum,

Ekte türkçesini bulabilirsin. Yöntem yayında mevcut. İyi çalışmalar

Dilhan İlgüy

[Ebru Özdemir adlı kişiye ait metnin Daha Fazlasını Gör](#)

MDAS MDAS.pdf
Turkish.doc


Önemli Posta Kutusunda Bulunanlar 📁

Ebru Özdemir 20 Aralık 2015 18:45 EÖ

MDAS ölçeği
Kime: ilguy@yeditepe.edu.tr

hocam merhaba ben Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim yapacağımız tezde sizin geliştirmiş olduğunuz MDAS ölçeğini izniniz olursa tezimizde kullanmak istiyoruz rica etsem ölçeği ve yönetimini bize yollayabilir misiniz? Teşekkür ederim

EK 4 Etik Kurul Onayı

 **T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 27/01/2016
TOPLANTI NO : 2016/02

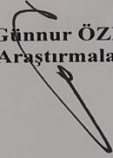
KARARLAR :

16- Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2016-24-27/01 Protokol no'lu "Gebelerin Dişeti Hastalıkları Bilgi Davranış ve Dental Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65

EK 5 Kurum İzni

31.03.2016 tarihli ve 263150 sayılı
yazış. ile Sg. B.İ. Enst. görd.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Karabük İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 88919140/044
Konu : Araştırma İzni Hk.

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 10/03/2016 tarihli ve 32469040-044/261593 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru ÖZDEMİR' in "Gebelerin Diyeti Hastalıkları Konusunda Bilgi ve Davranışları ile Dental Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Sekreterliğimize bağlı KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Op. Dr. İsmail KARA
Genel Sekreter

EKLER:
1- İbirligi Protokolü (1 adet)


Güvenli Elektronik İmza
Aşıl ile Aynıdır
21.03.2016
Ahmet ŞAHİN
Müdür

Adres: Bayır Mah. Kemal Güneş cad. No:139 Merkez-KARABÜK
Tel: 0 370 4246464 - (1118) Fax: 0 370 4155077 E-Posta: kbb78.ih@saglik.gov.tr
İrühur: EİİF TAŞKIRAN AKBİYİK

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9608456-3a2a-4c06-e731-ae2402d190fa kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Ebru ÖZDEMİR 1990 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve orta öğretimini Karabük'te tamamladı. Safranbolu Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2009'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü'ne girdi, 2013 yılında mezun olduktan sonra Karabük Vatan Hastanesi'nde ebe olarak göreve başladı. 2014-2016 yılları arasında Kastamonu Küre İlçe Devlet Hastanesi'nde çalıştı. 2016'dan beri Kastamonu Kemalettin Uçar 17 Nolu Araç Aile Sağlığı Merkezinde ebe olarak görevine devam etmektedir.

e-posta: ebru_38ozdemir@hotmail.com

ozdmrrebru@gmail.com