

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI



**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA FARKLI ORAL HİJYEN EĞİTİM TEKNİKLERİNİN
ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

Dt. Cem Türkyılmaz

Ankara, 2010

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI



**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA FARKLI ORAL HİJYEN EĞİTİM TEKNİKLERİNİN
ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

DOKTORA TEZİ

Dt. Cem Türkyılmaz

Danışman: Doç Dr. Emine Elif Alaaddinoğlu

Bu tez çalışması Başkent Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

Ankara, 2010

TEŐEKKÜR

Sevgili annem Mahigül Türkyılmaz, babam Orhan Gazi Türkyılmaz, ablam Canan Türkyılmaz ve Doç. Dr. Emine Elif Alaaddinoğlu'na sonsuz teőekkürler.

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Periodontoloji Dalında Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/02/2010

“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Farklı Oral Hijyen Eğitim Tekniklerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması”

TEZ DANIŞMANI: Doç.Dr.Emine Elif Alaaddinoğlu

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof.Dr. Şule Bulut

Prof.Dr. Gönen Özcan

Prof.Dr. Nurdan Özmeriç

Doç.Dr.Emine Elif Alaaddinoğlu

Yrd.Doç.Dr.Bahar Füsun Oduncuoğlu

ONAY:Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun 12/02/2010 tarih, 033 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Rengin Erdal

ÖZET

DEHB önemli fonksiyonel yetersizlikle sonuçlanabilen, yaygın dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik ile karakterize nörolojik davranışsal bir bozukluktur. Bu durum çocukluk döneminin en yaygın davranışsal bozukluğudur ve üzerinde en çok çalışma yapılan bozukluktur ancak halen bu konu üzerinde fikir ayrılıkları mevcuttur.

DEHB çocuklarda en fazla araştırılan davranışsal-duygusal hastalık tablosu olmasına rağmen dental durumu nasıl etkilediğiyle ilgili çalışmaların sayısı azdır ve bulunan sonuçların değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı DEHB bulunan çocukların, DEHB bulunmayan kontrol grubundaki çocuklarla dişeti sağlığının karşılaştırılması ve davranışsal-motivasyonel yaklaşımların iyi oral hijyen sağlanmasındaki etkinliğini karşılaştırmaktır.

DEHB tanısı konmuş ve ilaç tedavisi başlanmış 22 çocuk ve 22 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Her grup kullanılan oral hijyen metoduna göre ayrılmıştır.

DEHB test ve kontrol grubunun Pİ ve Gİ ortalamaları, sağlıklı test ve sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak farklı değildir. Birinci hafta ve 1. Ay süresince her grupta bütün parametrelerde önemli oranda azalma görülmüştür. DEHB grubunda klinik parametrelerde gelişme daha iyi bulunmuştur. DEHB grubunda 3.ayda Gİ ve Pİ çalışma başlangıcındaki değerlere dönme eğilimindedir.

Bireylerin öz bakımları ile hastalıkların tedavisi hedeflendiğinde, hastanın davranışlarının iyileştirilmesi için etkili yöntemlerin belirlenmesi gereklidir. Davranış değişimlerini başlatmak, DEHB bulunan çocuklarda ağız hastalıklarından korunmaya ve bu hastalıkların tedavisine yardım etmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Oral Hijyen, Çocuk, Dikkat Eksikliği Bozukluğu, Oral Sağlık.

ABSTRACT

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurobehavioral disorder characterized by pervasive inattention and/or hyperactivity-impulsivity, which can result in significant functional impairment. This condition has been described as the most common behavioral disorder of childhood and the most widely studied, but the condition still elicits controversies and differences of opinion.

Although ADHD has been described as the most widely studied behavioral/emotional syndrome in children, the number of reports on the dental aspects of ADHD is low and their findings need validation. The purpose of this study was to evaluate the gingival health and to compare the effects of behavioral and motivational approaches establishing good oral hygiene habits of children with ADHD to a control group without ADHD.

Twenty-two children diagnosed with ADHD and medicated for this condition and 22 healthy controls were included in the study. Each groups were divided according to the oral hygiene methods used.

PI and GI means of the children with ADHD were not statistically different than the control group. Each group demonstrated significant decrease in all parameters during the first week and first month. Test group for ADHD as well as control showed better improvements. At third month GI and PI means tended to reach baseline values.

Determining effective means the improvement of patient's behavior is important if the goal of managing the disease through self-care approaches is to be realized. The potential for psychological, theory-based interventions to provide some benefit beyond educational interventions were improved with our results.

Inducing behavior change can help the prevention and treatment of oral diseases in children with ADHD.

KEY WORDS: Oral Hygiene, Children, Attention Deficit Disorder, Oral Health

İÇİNDEKİLER

<u>DİZİN</u>	<u>SAYFA NUMARASI</u>
İç kapak	ii
Kabul-onay sayfası	iii
ÖZET	v
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar.....	xii
1 GİRİŞ.....	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1 Epidemiyoloji	4
2.1.2 Etiyoloji.....	4
2.1.3 DEHB'nun Nörobiyolojisi	5
2.1.4 DEHB'nun Klinik Özellikleri	6
2.1.5 DEHB'da Tanı	6
2.1.6 DEHB, DSM-4-TR:	7
2.1.7 DEHB'na Eşlik Eden Tanılar:	9
2.1.8 DEHB Tedavisi:.....	10
2.1.9 DEHB'nun İlaçla Tedavisi:.....	11
2.1.10 DEHB Tedavisinde Davranışsal Yaklaşımlar:	11
2.1.11 DEHB Olan Çocukların Ağız Sağlığı:	13
2.2 Koruyucu Diş Hekimliği	13
2.3 Oral Hijyen Eğitimi.....	15

2.3.1	OHE'nin başarısını etkileyen hastaya ait faktörler	15
2.4	Davranış değişimi.....	16
2.4.1	Transteorik Model (Değişim Süreci)	17
2.4.2	Sağlık İnancı Modeli (SİM)	18
2.4.3	Düşünülmüş Eylem Teorisi.....	19
2.4.4	Sosyal Bilişsel Teori:	20
2.4.5	Uygulama Niyeti Teorisi	21
2.5	İletişim becerileri	21
2.5.1	Sözel iletişim	22
2.5.2	Para-linguistik.....	23
2.5.3	Sözel olmayan iletişim.....	23
2.5.4	Sorgulama becerisi	26
2.5.5	Dinleme becerileri	28
2.5.6	İletişim engelleri	28
2.6	İhtiyaç kavramları	29
2.7	OHE seansının planlanması.....	30
2.7.1	Öğrenme çeşitleri	30
2.7.2	Pratik becerilerin öğretilmesi	31
3	BİREYLER VE YÖNTEM	33
3.1	Çalışma Grubu:	33
3.2	Periodontal Tedavi:	33
3.2.1	Oral Hijyen Eğitim Teknikleri:	33
3.3	Klinik Parametreler:	39
3.4	İstatistiksel Değerlendirme	39
4	BULGULAR	40

4.1	Dönem İçi Karşılaştırmalar	41
4.1.1	Cep Derinliği Ölçümleri.....	41
4.1.2	Plak İndeksi Ölçümleri.....	41
4.1.3	Gingival İndeks Ölçümleri.....	41
4.2	Dönemler Arası Karşılaştırmalar	42
4.2.1	Plak İndeksi Ölçümleri.....	42
4.2.2	Gİ ölçümleri.....	44
5	TARTIŞMA.....	46
6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
7	Kaynaklar.....	56

KISALTMALAR VE SİMGELER

CD	Cep Derinliği
DA	Dopamin
DEHB	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EEG	Elektroensefalogram
Gİ	Gingival İndeks
ICD	International classification of disease
OHE	Oral hijyen eğitimi
PI	Turesky Plak İndeksi
SİM	Sağlık İnanıcı Modeli

ŞEKİLLER

Şekil 2.1 “Zappel-Philipp” (“Kıpır kıpır Philip”), DEHB semptomları olan bir çocuk.....	4
Şekil 2.2 Sosyal Bilişsel Teoriye uygun oral hijyen eğitim planı.....	21
Şekil 2.3. OHE sırasında hekim-hasta pozisyonu.....	25
Şekil 2.4. Kişisel alanlar ve ihlali.....	26
Şekil 3.1 Diş fırçalamayı hatırlatıcı poster.....	34
Şekil 3.2. Sağlıklı ve DEHB kontrol gruplarının OHE programı.....	35
Şekil 3.3. Sağlıklı ve DEHB Test gruplarının OHE programı.	36
Şekil 3.4 Diş fırçalaması ve ağız sağlığı hakkında bilgiler içeren broşürün ön yüzü.	37
Şekil 3.5 Diş fırçalaması ve ağız sağlığı hakkında bilgiler içeren broşürün arka yüzü.....	37
Şekil 3.6 Diş günlüğü.....	38
Şekil 3.7 Diş fırçalamayı hatırlatacak yapışkan.	39
Şekil 4.1 Gruplara ait cinsiyet dağılımı.	40
Şekil 4.2 Başlangıç ve 1. hafta Pİ ortalamalarındaki değişimler.	42
Şekil 4.3 Başlangıç ve 1. ay Pİ ortalamalarındaki değişimler.....	43
Şekil 4.4 Başlangıç ve 3. ay Pİ ortalamalarındaki değişimler.....	43
Şekil 4.5 Başlangıç ve 1. hafta Gİ ortalamalarındaki değişimler.	44
Şekil 4.6 Başlangıç ve 1. ay Gİ ortalamalarındaki değişimler.	45
Şekil 4.7 Başlangıç ve 3. ay Gİ ortalamalarındaki değişimler.	45

TABLULAR

Tablo 4.1 Gruplara ait yaş dağılımı.....	40
Tablo 4.2 Başlangıç Cep Derinliği ortalamaları.....	41
Tablo 4.3 İncelen dönemlere ait Plak İndeksi ortalamaları	41
Tablo 4.4 İncelenen dönemlere ait Gingival İndeks ortalamaları	42

1 GİRİŞ

Diş hekimlerinin esas amacı hastalara tutarlı ve kalıcı oral hijyen uygulama tekniklerini en etkili ve başarılı şekilde aktarmak olmalıdır. Psikoloji, eğitim ve davranış tedavisi alanında yapılan çalışmalar davranış değişikliği konusunda psikolojik yaklaşımların başarısını göstermektedir (1). Davranış değişiklikleri için sadece sağlıkla ilgili bir mesajın aktarılması yeterli olmamakta, buna ek olarak bazı farklı yaklaşımlar gerekmektedir. OHE alanında bu ilave yaklaşımlar diş fırçalama veya diş ipi kullanımı becerilerinin kazandırılmasını içermektedir. Bu beceriler bilgi temelli mesajlarla kombine edildiğinde davranışlar üzerinde doğrudan etki yaratmaktadır. Sağlık davranışlarında kalıcı ve etkili değişimler yaratabilmek için hastaların kendi yaşamlarını değiştirmeye arzuları güçlendirilmeli ve katılımları desteklenmelidir. Hekimlerin bu konudaki görevleri hangi hastanın değişime hazır olduğunu belirlemek ve bu yolda onlara uygun yardım ve desteği sağlamaktır.

Bakteriyel plak tabakasının ağız dokularındaki varlığı, neden olabileceği hastalıklar ve nasıl temizlenmesi gerektiği konusunda hastaların eğitiminde kullanılan birçok teknik araştırılmıştır. Hastalara oral hijyen uygulamaları hakkında sadece önerilerde bulunmanın bireysel ağız sağlığını etkileme konusundaki başarısının son derece sınırlı olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (2-4). Hastalara önerilmesi gerekenler konusunda bol miktarda kanıt bulunmasına (5-7) rağmen, bu önerilerin ne kadarının aktarıldığı veya en etkili nasıl sunulacağı konusunda az sayıda araştırma bulunmaktadır (8). Diş hekimleri ağız ve diş sağlığı konusunda verdikleri tavsiyelerle hastaların davranışlarını değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu nedenle davranış değişimi için geliştirilmiş psikolojik modellerden OHE uygulamaları sırasında faydalanılmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu modellerin OHE uygulamalarına aktarımı konusunda yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

DEHB bulunan çocuklarda kendi yaş gruplarındaki sağlıklı çocuklardan farklı olarak dikkati sürdürmede ve odaklanmada zorluk, kötü davranış

biçimlerine, sağlıksız yaşam alışkanlıklarına eğilim olduğu bilinen bir gerçektir. Bu çocuklara olumlu alışkanlıklar kazandırmak için farklı yaklaşımlardan yararlanılmasında fayda olduğu düşünölmektedir. DEHB olan çocuklarda bu yöntemlerin etkisi genel davranış değişimlerinin sağlatılması amacıyla sınırlı sayıda araştırmada incelenmiş ancak diş hekimliği konusunda benzer bir çalışma bulunmamaktadır.

DEHB bulunan çocuklarda oral hijyen alışkanlığının kazandırılmasında bozukluğun genel özelliklerini ve karakteristiğini anlayarak farklı yaklaşımların geliştirilmesinin faydalı olabileceği düşünölmüştür. Bu amaçla, çalışmamızda DEHB olan çocukların başlangıçtaki oral hijyen durumları değerlendirilecek, 2 farklı türde verilen oral hijyen eğitiminin ve faz 1 tedavinin etkinlikleri sağlıklı ve DEHB olan çocuklarda karşılaştırılacaktır.

2 GENEL BİLGİLER

Diş ve dişleri destekleyen dokuları ilgilendiren hastalıklar toplum genelinde dengeli bir dağılım göstermemektedir, bazı alt grupların diğerlerine göre daha yüksek oranda etkilendiği bilinmektedir. Özel bakım ihtiyacı olan çocukların kötü ağız ve diş sağlığı riski toplum geneline göre daha yüksektir (9). Günümüzde özel bakım ihtiyacı olan çocuk nüfusunun artması ve bu bireylerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda karşılaştıkları engeller bu gruba ait diş ve destek dokuları ilgilendiren hastalıkların insidansının incelenmesini gerektirmektedir. Çocuk nüfusu içerisinde kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygulanım sorunları nedeniyle tedavi ihtiyacı duyan çocuk sayısı Türkiye’de %10-20, Amerika Birleşik Devletleri’nde %16-18 oranındadır (10).

Serebral palsi, juvenil idiyopatik artirit, otizm ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi kronik hastalıkları olan çocuklar özel tedavi ihtiyacı duyan birey grubunu oluşturmaktadır (9).

Bu bireylerde klinik olarak belirlenen ve ebeveynler tarafından bildirilen diş ve periodontal hastalık miktarının sağlıklı çocuklara oranla daha yüksek olduğu gözlenmektedir (11-14). Bu bulgulara rağmen özel tedaviye ihtiyaç duyan çocuk grubunda dental tedavi amacıyla hekime başvuru miktarı son derece düşüktür (15).

2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler gibi çoklu nedenleri olan santral sinir sisteminin gelişimsel bir bozukluğudur. Bozukluğa ilişkin ilk tıbbi kaynak 1865 yılında Alman hekim Heinrich Hoffman’ın hekimlik uygulamaları sırasında çocukluk dönemine ilişkin bozuklukları kaleme aldığı eserinden ‘kıpır kıpır Phil’ şiiiridir (Şekil 2.1) (16). Ancak bilimsel olarak ilk kaynaklar George Still (17) ve Alfred Tredgold (18) tarafından bildirilmiştir. 1902’de Still (17) bugün kullanılan benzeyen kolay anlaşılır bir tanımlama yapmıştır. Bu tanımlamada çocuklar aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlanmıştır. Erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuştur. Sonraki yıllarda bozukluğun organik kökenli olduğu üzerinde

yoğunlaşmıştır. Zaman içinde bozukluğun ‘Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu’, ‘Hiperkinetik Bozukluk’, ‘Minimal Beyin Disfonksiyonu’ gibi terimlerle tanımlandığı, 1970 yılından sonra ‘Hiperaktivite’ tanımının kullanıldığı görülmektedir. Bozukluk 1983 yılında temel olarak “Dikkat Eksikliği” ve 1992’de “Zayıf Engelleyici Süreç” gibi kavramlarla tanımlanmıştır. En son görüş olarak 1993 yılında “Ters ve Gecikmiş Engelleme” (Aversive Delayed Inhibition) kavramı ileri sürülmüştür. Bu görüşe göre DEHB olan çocuklarda engelleme düzeneklerinin geciktiği vurgulanmıştır (19).



Şekil 2.1 “Zappel-Philipp” (“Kıpır kıpır Philip”), DEHB semptomları olan bir çocuk.

2.1.1 Epidemiyoloji

Dünyada DEHB prevalansı 19 yaşın altındaki bireylerde %52,9 olarak belirtilmiştir. Türkiye’de çocuk nüfusunun %5-7’sinde DEHB’na rastlandığı bildirilmektedir.

DEHB erkek çocuklarda kız çocuklara nazaran 2-4 kat daha sık görülmektedir. DEHB olan çocukların kardeşlerinin genel popülasyona göre öğrenme bozukluğu ve akademik zorluk yaşama eğilimine daha yatkın oldukları belirtilmiştir (20).

2.1.2 Etiyoloji

DEHB etiyojisinde tek bir hipotez kabul görmemektedir. Bu konudaki hipotezlerin çoğu genetik, doğum veya doğum sonrasında çeşitli nedenlerle

beyin işlevlerinde ortaya çıkan bozukluklar üzerinde dururken, bir kısmı da sosyalizasyon üzerinde durmaktadır. DEHB belirtilerinin sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, ihmal edilmiş ya da istismara uğramış kişilerde daha fazla görülmesi bütün hipotezleri destekler görünmektedir. Sosyalizasyon, model alma, olumsuz yaşam olaylarının fazla olması, genetik etkenler, tehlikeli ortamlarda bulunma, doğumsal nedenler (yetersiz perinatal bakım), santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları (sosyo-ekonomik nedenlerle immün sistemi zayıf kişilerde), intoksikasyon (kurşun) ve beyin gelişim sürecindeki problemler nedenler arasında gösterilmektedir. Bütün bunlara ek olarak son yıllarda gıda katkı maddelerinin, boyayıcı materyallerin ve şeker tüketimindeki artışın hiperaktif davranışlara neden olabileceği belirtilmektedir. Zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler DEHB'nun ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Eğilim yaratan nedenler arasında çocuğun mizacı, genetik-ailesel nedenler ve toplumun davranış ve başarı ile ilgili beklentileri sayılabilir. Hastalık tanımlandığından beri DEHB bulunan çocuklarda perinatal dönemlerde gizli ya da açık minimal derecede SSS hasarı olduğu belirtilmektedir. Bu hasara yol açan toksik, metabolik ve dolaşımla ilgili nedenler olabileceği gibi erken bebeklik döneminde SSS'ni etkileyen enfeksiyonlar da söz konusu olabilir. Silik nörolojik belirtiler ve daha az olmakla birlikte bazı öğrenme bozukluklarının olması, özgün olmayan EEG bozuklukları, epilepsi gelişme olasılığının normalden daha yüksek olması bu hasarı kanıtlar niteliktedir.

2.1.3 DEHB'nun Nörobiyolojisi

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, yoğunlaşma ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir. Minimal beyin hasarı olan çocuklarda serotonin, nöradrenalin (NA) ve dopamin (DA) metabolizmasında bozukluk olabileceği ileri sürülmüştür. DEHB olan bireylerin beyindeki DA ve NA düzeylerini arttıran SSS uyarıcılarına (metilfenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlara verdiği olumlu yanıt katekolamin metabolizmasındaki bozukluk olduğu görüşünü destekler görünmektedir. Uyarıcılar katekolamin salımını artırır ve gerilimini azaltırlar. Trisiklik antidepresan ilaçlar ve monoaminooksidaz (MAO) inhibitörleri de

hiperaktiviteyi azaltır. Ancak genelde süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir. Beyindeki striatumun dopaminerjik reseptörlerden zengin olduğu, perinatal hipoksiye duyarlı olduğu, hayvan modellerinde hasar görmesi durumunda hiperaktivite gözlenmesi nedeniyle DEHB etiyojisinde önemli bir bölge olabileceği ileri sürülmüştür (21).

2.1.4 DEHB'nun Klinik Özellikleri

DEHB bulunan çocuklarda sık görülen davranış biçimleri; hiperaktivite, algısal motor bozukluk, duygusal tutarsızlık, genel koordinasyon eksikliği, ödevlerin bitirilmesinde güçlük, düşüncesizce davranım, spesifik öğrenme yetersizliği, konuşma ve duyma eksikliğidir. Ayrıca birtakım nörolojik işaretler, EEG'de düzensizlik görülebilir. Okuldaki öğrenme ve davranışsal güçlükler DEHB'na eşlik eder. Çocuklarda agresyon ve itaatsizliğin davranışsal belirtileri görülebilir. DEHB bulunan infantlar stimulusa karşı hassastırlar; ses, ışık, ısı ve diğer çevresel değişikliklere karşı duyarlıdırlar, uyku süreleri azdır, çok sık ağlarlar. Normal çocuklara nazaran lokomotor aktivitelerini daha az kontrol ederler. Okulda DEHB bulunan çocuklar uygulanan testlere çok çabuk cevap verirler, minör uyaranlardan bile etkilenirler.

2.1.5 DEHB'da Tanı

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9 ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) DSM-2'de bu bozukluğu "Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom" olarak belirlemesiyle başlamıştır. DSM-2'de tanı; hiperaktivite dikkat kısıtlılığı ve kolay uyarılabilirlik olarak belirlenmiştir. DSM-3'de dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık (impulsivite) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Ancak bu tanı DSM-3R'de DEHB olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için 8 belirtinin olması şartına bağlanmıştır. Bozukluk ICD-10 ve DSM-4'de bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmıştır.

2.1.6 DEHB, DSM-4-TR:

DSM IV 'te DEHB'nin 3 tipi; bileşik tip, dikkatsizliğin önde geldiği tip ve hiperaktivite-dürtüsellğin önde geldiği tip olarak tanımlanmaktadır. DEHB tanı ölçütlerini karşılamayan, ancak belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri olan bozukluklar da "başka türlü adlandırılmayan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu" adı altında ele alınmaktadır. DEHB' nin DSM IV'te "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" bölümünde yer alan tanı kriterleri ise aşağıdaki gibidir (22).

A) Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

- A1. Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür.
- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde veya diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
 - b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
 - c. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
 - d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez, okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
 - e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
 - f. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
 - g. Çoğu zaman üzerine aldığı görev ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
 - h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.
 - i. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkan.

A2. Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür (22).

Hiperaktivite:

- a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır.
- d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zaman geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

İmpulsivite (Dürtüsellik):

- a. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını söyler.
- b. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- c. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

DEHB Bileşik Tip:

Son 6 ay boyunca hem A.1, hem de A.2 tanı ölçütü karşılanmışsa.

DEHB Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:

Son 6 ay boyunca A.1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A.2 tanı ölçütü karşılanmamışsa.

DEHB Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:

Son 6 ay boyunca A.2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A.1 tanı ölçütü karşılanmamışsa.

Başka Türü Adlandırılmayan DEHB:

Bu kategori DEHB tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite semptomları olan bozukluklar içindir. Örneğin:

1) Semptomları ve bozukluğu DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip için tanı ölçütlerini karşılayan ancak başlangıç yaşı 7 ya da daha fazla olan kişiler.

2) Dikkatsizlikle giden belirgin bir klinik bozulması olan ve semptom örüntüsü bu bozukluğun tanı ölçütlerini tam karşılamayan, ancak ağır ve tembel olma, hayallere dalıp gitme ve hiperaktivite ile belirli bir davranış örüntüsü olan kişiler (22).

2.1.7 DEHB'na Eşlik Eden Tanılar:

Öğrenme Bozuklukları: DEHB tanısı konulan bireylerin yaklaşık %20-30'unda spesifik öğrenme bozuklukları gözlenmiştir. Okul öncesi yıllarda bu bozukluk bazı seslerin ya da kelimelerin anlaşılmasında ve kendini ifade etmede zorluk olarak gözlenir. Bir çeşit okuma zorluğu olan disleksi de DEHB olan bireylerde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (22).

Aksi Asilik Rahatsızlığı (Oppositional Defiant Disorder): Çocuklarda huysuzluk, erişkinlerle tartışma, erişkinlerin koyduğu kurallara uymayı reddetme, başkalarını rahatsız etmeye yönelik kasıtlı davranışlar, kendi hataları için başkalarını suçlama, kolay ağlama ve sinirlenme, öfke ve çekememezlik, kırıcılık, inatçılık gibi olumsuzca, düşmanca ve asi davranışlarla tanımlanan; toplumsal, akademik veya mesleki işleyişte ciddi bozulmalar yaratan bir tür tavır bozukluğudur. Tipik olarak bu davranış özellikleri çocuğun tanıdığı erişkinlerin yanında sergilenir, dolayısıyla klinik görüşmelerde gözlenmeyebilir .

Tavır Bozukluğu: Başkalarının temel haklarının veya yaşa uygun temel toplum normlarının-kurallarının çiğnendiği, tekrarlanan, inatçı davranışlarla tanımlanan psikiyatrik bir davranış kategorisidir. Tavır bozukluğunun tipik davranışsal semptomları arasında sık sık başkalarını tehdit etme veya korkutma, kavga etme, silah-kesici alet veya karşısındakine zarar verebilecek nesnelere bu amaçla kullanma, insanlar ve hayvanlara karşı fiziksel anlamda

acımasızlık, hırsızlık, soygun, rızası olmayan birisini cinsel etkinliğe zorlama, kundaklama, başkalarının malına kasıtlı zarar verme, yükümlülüklerden kaçma veya birşeyler elde etmek için yalan söyleme, haneye tecavüz, yaşının 13'ten küçük olması, yukarıda sıralanan davranışlardan en az üçünü son 1 yıl içinde sergilemiş olması, bu davranışların kişinin sosyal, akademik veya mesleki işleyişinde klinik açıdan belirgin bir kötüleşme yaratması gerekir (22).

2.1.8 DEHB Tedavisi:

DEHB tedavisinde en etkili yöntemin kombine tedavi olduğu kabul edilmektedir. Kombine tedavi olgunun klinik durumuna göre gerekli görülen tedavi yöntemlerinin bir arada uygulanmasıdır. DEHB genetik ve biyolojik temelleri olan çok belirgin olan bir hastalık olduğundan ilaç tedavisi kombine tedavi uygulamaları içerisinde hemen her zaman yer almaktadır. Esasen DEHB'daki tedavi seçenekleri tek başlarına ele alındığında ilaç tedavisinin en etkin yöntem olduğu görülmektedir. DEHB tedavisinde ilaç dışı tedaviler içerisinde sadece ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimler etkin olarak bulunmuştur. DEHB belirtilerinin hafif olduğu durumlarda, okul öncesi dönemdeki çocuklarda ve ebeveynlerin ilaç tedavisine karşı olduğu durumlarda ebeveyn eğitimi ve okula yönelik girişimler uygulanabilir.

Ebeveyn eğitiminin temel prensipleri:

- 1) DEHB ve davranış sorunlarının tanıtılması ve meydana gelme nedenleri konusunda bilgi verilmesi.
- 2) Anne-babanın tutarlı ve kararlı davranmasını sağlamak.
- 3) Çocuğun olumlu davranışlarına ilgi gösterme ve uyumunun arttırılması.
- 4) Etkili yönerge verme.
- 5) Puan sisteminin uygulanması.
- 6) Ceza zamanı uygulaması.
- 7) Okulla işbirliği kurulması.

Okula yönelik uygulamanın temel prensipleri:

- 1) Sınıfta DEHB belirtilerini en aza indirecek yerde oturmasını sağlamak.
- 2) DEHB belirtilerinin akademik başarıyı düşürmesini engellemek.

- 3) Okulda ödül ve ceza sistemini uygulamak.
- 4) Ebeveynlerle iletişim halinde olarak ortak davranış paterni sağlamak.
- 5) Akademik başarısızlığı önlemek için evde birebir ders çalışmayı sağlamak.

2.1.9 DEHB'nun İlaçla Tedavisi:

DEHB tedavisinde kullanılan temel ilaç grubu stimulanlardır. Stimulanlar arasında ilk tedavi seçeneği olarak tercih edilen metilfenidattır. Metilfenidat ülkemizde Ritalin 10 mg ve Concerta 18, 27, 36, 54 mg formlarında bulunmaktadır. Diğer bir stimulan grubu olan amfetaminler de DEHB tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktadır ancak ülkemizde ticari preparatı bulunmamaktadır. DEHB tedavisinde stimulanlardan sonra seçilebilecek önemli bir seçenek olan atomoksetin (Strattera) ülkemizde yeni piyasaya sunulmaktadır.

2.1.10 DEHB Tedavisinde Davranışsal Yaklaşımlar:

DEHB olan çocukların organizasyon konusunda yardıma ihtiyaçları vardır bu nedenle:

- 1) **Planlama:** DEHB'li çocuklar dışsal olayları kendi başlarına yapılandıramadıklarından yönlendirilmeye, planlamaya ihtiyaç duyarlar. DEHB'li çocuklar yaptıkları işin neresinde kaldıklarını unuttuklarından başvurabilecekleri bir tablolarının veya listelerinin olmasından çok yararlanırlar. Hatırlatıcı materyallere, talimatlara gereksinim duyarlar.
- 2) **Günlük Eşyalar Düzenlenmeli:** Her eşyanın belli bir yeri olmalı ve bunlar kullanıldıktan sonra tekrar aynı yere yerleştirilmelidir. DEHB olan çocukların anlayabilecekleri ve uymaları gereken kurallara ihtiyaçları vardır bu nedenle önceliği olan ihtiyaçları için tutarlı ve kesin kurallar koyulmalıdır.

DEHB olan çocukların ilgilerini çeken şeylere dikkatlerini toplayabilmeleri ancak başka konularda bunu başaramamaları çelişkili bir durum gibi gözükabilir. Bu durum DEHB olan çocuğun bilinçli olarak bazı şeyleri yapmadığı ve

sorunların disiplin ve motivasyon eksikliğinden kaynaklandığı düşüncesini doğurabilir (23).

Ancak DEHB sadece dikkat toplayamama, aşırı hareketlilik ya da dürtü kontrolünün zayıf olması değildir. DEHB'nda bu özellikler çok belirgin olmakla birlikte, esas sorun kişinin kendi kendini denetleyebilme ve yönlendirme kabiliyetini sağlayan zihinsel mekanizmaları etkileyen bir bozukluğun olmasıdır.

DEHB kişinin kendi davranışlarını idare etme ve geleceğe yönelik sonuçları düşünerek hareket etme kabiliyetini bozar. Bundan dolayı DEHB olan çocuklar anında karşılığını göremedikleri işleri yapmakta zorlanırlar. Gelecekteki bir amaca yönelik olarak hareket edebilmek için kişinin kendisini içsel olarak motive edebilmesi gerekir. Bu yetenek zaman zaman irade, özdenetim, hırs, sebat, kararlılık ya da azim olarak kendini gösterir. DEHB bu zihinsel mekanizmayı bozarak, kişinin davranışını gelecekte elde edeceği bir ödül için yönlendirme ve motive etme yeteneğini zayıflatır (23).

Buna karşılık yapılan şeyin anında bir haz sağlaması durumunda (bilgisayar oyunu gibi) DEHB olan kişi bu işi sürdürmekte sorun yaşamaz. Ama aynı çocuğa dışsal hiçbir karşılık sağlamayan bir iş verildiğinde sabrı uçar gider. Bir işi bitirmeden öbürüne geçer ve kısa sürede sıkılarak yaptığı işten kopar (23).

DEHB Olan Çocuğun Dikkatini Toplamasına Nasıl yardımcı olunabilir?

Yetişkinler, DEHB olan bir çocuğun anında bir ödül sunmayan ya da ilgisini çekmeyen bir aktiviteyi tamamlamasına yardımcı olmak için çocuğun motivasyonu koruyacak yapay ödüller oluşturabilirler. Bozuk para, çıkartma ya da benzeri hoşuna gidecek ufak tefek ödülleri kazanmak sabır göstermelerine yardımcı olur. Bu gibi ödüller olmadığında çocuk bir işe kendisini vermesini sağlayacak içsel irade gücünü göstermekte zorlanır. Dolayısıyla DEHB olan bir çocuğun kitaptan uzun bir bölümü okuması gerekiyorsa, belirli kısımlara geldiğinde çocuğun ödüllendirilmesi sabır göstermesine ve işi tamamlamak için gerekli motivasyonu duymasına yardımcı olabilir. Sonuçta, sabretmek çalışma

karşısında vereceği bir alışkanlık tepkisine dönüşerek, dikkatini daha uzun süreler koruması mümkün olabilecektir (23).

2.1.11 DEHB Olan Çocukların Ağız Sağlığı:

DEHB olan çocukların ağız sağlığıyla ve oral hijyen alışkanlıklarıyla ilgili çok az araştırma vardır. Grooms ve arkadaşları DEHB olan çocuklarda kontrol grubuna nazaran daha fazla başlangıç çürük lezyonu bulmuşlardır (24). Broadbent ve arkadaşları 11-13 yaş grubundaki çocuklarda DEHB'nun yüksek miktarda diş çürüğü oluşmasında risk faktörü olduğunu göstermişler (25). Araştırmacılar DEHB bulunan çocuklarda davranış yönetim problemlerinin daha fazla olduğu ve dental muayene esnasında odaklanmakta daha fazla problem yaşadıklarını belirtmişlerdir, DEHB bulunan çocuklarda etkin olmayan diş fırçalamanın, sık gıda alımının diş çürüğü gelişiminde risk faktörü olduğu bilinmektedir (26). Çalışmalarda DEHB olan çocukların aşırı yeme, alkol, tütün ve madde kullanımı gibi sağlıksız davranışlara da sahip oldukları gösterilmiştir (27).

2.2 Koruyucu Diş Hekimliği

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre ağız sağlığı; aktif hastalık, rahatsızlık veya huzursuzluk olmaksızın bireylerin yemek yiyebildikleri, konuşabildikleri ve sosyalleşebildikleri ağız ve ağızla ilgili dokuların sağlığıdır.

Hayatımız boyunca vücudumuzun birçok bölgesi çok çeşitli mikroorganizma kolonizasyonuna açık durumdadır. Genel olarak bu mikroorganizmalar konakla uyumlu bir şekilde yaşarlar. Dokuların deskuamasyon yoluyla yenilenmesi büyük çapta mikroorganizma kolonizasyonunu engeller. Ancak diş yüzeyleri bakteriyel birikintiler için deskuamasyon yoluyla yenilenmeyen, sert ve uygun bir yüzey oluşturur. Sert oral yüzeylerde bakterilerin birikmesi ve metabolizmaları diş çürüğü, gingivitis, periodontitis, peri-implantitis veya mukozitisin primer nedeni olarak kabul edilmektedir (28). Yapılan çalışmalarda ağız ve diş sağlığını bozan en önemli etiyolojik faktörün mikrobiyal dental plak olduğu kabul edilmektedir (29-30).

Oral yumuşak/sert dokular ve yapay yzeyeiler uzerinde oluşan plak tabakasının uzaklaştırılması, ağız sağlığının temini ve idamesi için gerekli olan en önemli husustur. Oral dokulardan plak tabakasını uzaklaştırmak amacıyla hastalara verilen bilimsel temelli bireysel diş sağlığı bilgilerine oral hijyen eğitimi (OHE) adı verilmektedir. OHE birey ve gruplarla iletişim kurarak, motive etme, öğretme ve eğitme temeline dayanmaktadır. OHE koruyucu hekimliğin kilit noktasını oluşturmaktadır.

Koruyucu diş hekimliği hizmetleri 1930'lu yıllarda başlayarak 6-11 yaş grubu çocuklara yönelik ağız sağlığı hizmetleriyle ne çıkmıştır. Çocuklarda ağız sağlığının geliştirilmesi fikri, hayatın ileri dönemlerine taşınacak olan diş fırçalama, diyet kontrolü, sigara içme gibi sağlık ile ilgili davranış ve düşüncelerin çoğunun çocukluk döneminde edinildiği düşüncesinden doğmuştur. Çocuklar bu dönemde ailelerinin, ğretmenlerinin ya da hekimlerin söz ve davranışlarından etkilenmekte, onları taklit etmeye başlamaktadırlar (29-33).

Finlandiya, Norveç, Almanya gibi gelişmiş batı ülkelerinde ocuk ve genç bireylerde çürük prevalansının 1970 ve 1980'li yıllarda hızla azaldığı gözlenmiştir (29). Bu azalma florit içeren diş macunu kullanımındaki artış, şeker tkretimindeki değişiklikler, sosyo-ekonomik düzeyin artışı, diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve oral hijyen uygulama bilincinin artışı gibi çeşitli faktörlere bağlanmıştır (29-31). Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde ağız ve diş sağlığı problemleri ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaktadır. Bu nedenle diş hekimliğinde ağız ve diş sağlığının bozulmasından önce koruyucu önlemler alma ve tedavi hizmetlerinin dişleri ağızda tutmaya yönelik olan konservatif yöntemlere kaydırılması görüşü önem kazanmaktadır. Çocukluk dönemi; diş fırçalaması, diyet, periyodik hekim kontrolü gibi ağız ve diş sağlığının temelini oluşturan koruyucu uygulama alışkanlıklarının kazandırılmasında önemli bir yer tutar. Bu yaklaşım genel bir prensip içermeyebilir. Bireylere ve onların taşıdığı özelliklere göre modifiye edilmelidir. Çocukların farklı karakter ve davranış özelliklerine göre biçimlendirilmelidir.

2.3 Oral Hijyen Eğitimi

Oral hijyen eğitimi (OHE); hastalara diş sağlıklarıyla ilgili bilimsel kanıtlara dayalı bilgi verme anlamında kullanılır. Bireysel veya küçük gruplara yönelik OHE için iletişim, motivasyon, öğretme ve eğitme becerilerine ihtiyaç vardır (34).

Kişilerin oral hijyen alışkanlıklarını daha iyi hale getirerek engellenebilecek hastalıklara, her yıl yüksek miktarlarda ödenek ayrılmaktadır. Profesyonel yardıma rağmen, iyi oral hijyenin devam ettirilmesindeki başarısızlık uzun dönemde tedavinin başarısızlığa uğramasına neden olmaktadır (35). Yapılan çalışmalarda hastalara sadece oral hijyen uygulaması için tavsiyede bulunmanın çok fazla etkili olmadığı gösterilmiştir (36). Bu tavsiyelerin ne kadarının işe yaradığı, ya da etkinliğinin nasıl artırılması gerektiği hakkında çok az bilgi vardır (37-38). Davranış biçimini değiştirmek için geliştirilen psikolojik modelleri uygulamak, oral hijyeni geliştirmek için yapılan tavsiyelerin etkinliğini artırabilir.

2.3.1 OHE'nin başarısını etkileyen hastaya ait faktörler

Sosyalleşme

Bir ferdin üyesi olduğu veya olacağı grup ya da toplumun kültür, değer ve normlarını öğrenerek o toplumun aktif bir üyesi haline gelmesidir. Başka bir tanıma göre toplum hayatına hazırlanma sürecidir. Primer sosyalleşme küçük gruplar, aile ve arkadaşlar arasında gerçekleşir. Sekonder sosyalleşme ise okul, iş ortamı ve akran gruplarında izlenir.

Davranışlar

Davranış canlıların dış dünyaya karşı gösterdikleri bedensel tepkilerin genel adıdır. Öte yandan davranış, canlının çevreyle etkileşim ve uyum mekanizmalarının toplamını da içerir. Davranışlar bireylerin olaylara veya durumlara karşı geliştirdikleri sabit hisleri de içerir ve bunların değiştirilmesi son derece güçtür. Kimi zaman davranış değişikliğinin sağlanması tutum değişimine neden olabilir veya tutum değişikliği davranış farklılığıyla sonuçlanabilir. Toplumun olumsuz yaklaşımına rağmen bazı bireylerin sigara içmeye devam

etmesi bu konuya bir örnektir. Bu bireyler sigara içme davranışına son verdiklerinde bu davranışa karşı güçlü olumsuz fikirlere sahip olurlar.

Dental sosyalleşme açısından ebeveynlerin olumlu ağız sağlığı davranışları ve çocuklara karşı duygusal ve uygulama destekleri önemlidir.

Birey davranışlarını şekillendiren iki bileşen mevcuttur:

Bilişsel: Sahip oldukları bilgi ve kanaat.

Duygusal: Duygu ve duygulanımları ve önemli olanı değerlendirmeleri.

İnanç

Bir bireyin herhangi bir cisim veya eylem hakkında o andaki bilgi ve kanaati inançlarını oluşturur. İnançlar kişilerin değer, davranış, içgüdü ve sosyal kurallardan etkilenir. Tek başına inançların davranışları değiştirmesi mümkün değildir. Ağız sağlığı eğitimcileri olarak görevimiz hastalarda, koruyucu diş hekimliği davranışının hastalığı önleyeceği inancını geliştirmektir.

Değerler

Değerler sosyalleşme sırasında edinilirler, duygu yüklüdürler ve bireyin hayatta önem verdikleri durumları belirler. Değerler aile, arkadaşlık, iş, cinsiyet, görüntü gibi kavramlar hakkındaki hislerini etkiler.

2.4 Davranış değişimi

Hasta eğitiminin amacı; sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi için hastayı davranış değişiklikleri konusunda cesaretlendirmek, desteklemek ve tedavi uyumunu arttırmaktır. Bu bakımdan basitçe bilgilendirmekten çok davranış değişikliği yaratmayı hedefler.

Ağız sağlığıyla en sık ilişkilendirilen davranış değişim modelleri arasında Sağlık İnancı Modeli, Kontrol Odağı, Öz Yeterlik, Değişim Aşamaları, Tutarlılık Duygusu ve Düşünölmüş Eylem teorileri sayılabilir.

2.4.1 Transteorik Model (Değişim Süreci)

Davranış değişim sürecini anlamada en yararlı yollardan biri Transteorik (teoriler üstü) modeldir (Prochaska ve Velicer, 1997). Bu model, değişim için 6 aşamanın gerektiğini öne sürer:

Düşünme öncesi, Düşünme, Hazırlanma, Eylem, İdame ve Sonlandırma.

Düşünme öncesi, düşünme ve hazırlanma aşamaları; değişim için olan motivasyon ve hazırlılık aşamaları olarak düşünülmektedir. Risk altında bulunan toplumlarda, bireylerin yaklaşık %40'ı düşünme öncesindekiler, %40'ı düşünenler ve %20'si hazırlananlar şeklindedir. Hasta görüşmeleri bu aşamalara uygun yapıldığı ve her aşamaya uygun, güçlendirici yöntemler kullanıldığı takdirde süreç içinde ve sonuçlarda gelişmeler kaydedildiği yapılan araştırmalar tarafından gösterilmiştir. Model doğrusal bir şekilde tanımlanmakla birlikte, hastaların aşamalar arasında doğal olarak ileri ve geri hareket ettiklerini deneyimler göstermektedir.

Sağlık Davranışının Değişimindeki 6 Aşama :

1. Düşünme öncesi: Yakın bir gelecekte (genellikle sonraki 6 ay içinde) herhangi bir davranışta bulunmayı hedeflemez.

2. Düşünme: Sonraki 6 ay içinde değişimi hedefler; değişimle birlikte gelen olumluluk ve olumsuzlukların farkındadır.

3. Hazırlanma: Kısa bir süre içinde (genellikle sonraki 6 ay içinde) harekete geçmeyi hedefler; bir planı bulunmaktadır.

4. Eylem: Son 6 ay içinde davranışında belirgin, özgün değişiklikler yapmıştır.

5. İdame: Tekrarın önlenmesine çalışılır, kendine güven artar; bu dönem 6 aydan 5 yıla kadar sürebilir

6. Relaps: Davranıştaki değişiklik idame ettirilemez ve hasta sıklıkla geriye döner. Periodontal hastalık hakkında bilgilendirilen bir hasta her gün fırçalama ve ara yüz temizliği işlemlerini gerçekleştirirken, bir akrabasının hastalığı nedeniyle günlük rutinini değiştirmek zorunda kalır ve ağız sağlığı için gerekli süreyi ayırmamaya başlar.

Modelin içinde saklı olan önemli anlamlardan biri; düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan hastalarda eylem için cesaretlendirmenin boşa enerji harcama olduğudur. Bunun yerine, hastanın hazırlanma aşamasına geçmesi amaçlanmalıdır. Düşünme aşamasındakiler, değişimin avantaj ve dezavantajlarını düşünürken sıklıkla çelişkide kalırlar. Bu hastaların kafasındaki olumsuzlukların azaltılması için açık uçlu sorularla bunların neler olduğunun anlaşılması gerekir. İnançlar, güven, destek olan veya engel olan durumların değerlendirilmesi ve değiştirilmesi yoluyla araya girerek zaman harcamanın gerekli olup olmadığına karar vermelidir. Sıklıkla karar, hastanın risk düzeyi, zaman, birbiri ile çekişen ihtiyaçlar, hekimin kendi deneyimleri ve kendine güven düzeyi gibi faktörlere bağlıdır.

Hekim, hasta motive olduğu zaman kendisinin desteklemeye istekli ve hazır olduğu mesajını hastaya iletmelidir. Zaman içinde hasta bundan hoşnut oldukça, değişim aşaması düzenli olarak tekrar değerlendirilmelidir.

Kimi zaman davranış değişikliği sonucunda sağlık kazançlarının hemen ortaya çıkmaması hastaların motivasyonunu kırabilir. Hekimler bunun bilincinde olmalı ve hastaları bu konuda hazırlamalıdır. Bu arada, yargılayıcı olmamak, hastanın yaptığı ufak değişikliklerle ödüllendirilmiş hissetmek, onları daha da cesaretlendirmek ve bazılarının hiçbir zaman değişmeyeceğini kabul etmek en iyi stratejilerdir. Örneğin, bir dişipi kullananların oranı %5'ten %10'a çıkmışsa, kalan %90'dan ümitsiz olmak yerine, dişipi kullanım oranınının 2 katına çıkmasından mutluluk duymalı ve %90 için kapıyı açık tutmalıdır.

2.4.2 Sağlık İnancı Modeli (SİM)

İlk olarak 1950 yılında Hockbaum tarafından önerilen ve 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri Toplum Sağlığı Hizmetleri tarafından benimsenen SİM, sağlığın sosyal bir kavram olarak değerlendirilmesini sağlamıştır. SİM, iyi bilgilendirilmiş bireylerin sağlıklarıyla ilgili daha doğru kararlar almaları temeline dayanmaktadır.

Bu teorinin çocukluk çağı çürükleri gibi ağız sağlığıyla ilgili sorunlara uyarlanması için velinin, çocuğun diş çürüğüne yatkın olduğuna, süt dişlerinin önemliliğine ve diş çürüklerinin süt dişleri için bir tehlike oluşturduğuna, diş

çürüklerinin engellenebileceğine İNANMASI ve çocuğun fermente olabilen karbonhidrat tüketimini sınırlamayı İSTEMESİ, ayrıca çocuğun ağız ve diş bakımı uygulamalarını gerçekleştirmesine YARDIMCI OLMASI gerekmektedir.

Sadece bilgilendirmenin genellikle sağlık davranışlarını geliştirmede yetersiz olması SİM'nin en önemli eksiğidir. SİM'ne bağlı davranış değişikliklerinin nadiren mantıklı ve aşamalı bir gelişim gösterdiği bildirilmektedir. Kesitsel çalışma sonuçları iyi ağız sağlığı ve SİM arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterirken uzun süreli çalışma sonuçları SİM prensiplerine bağlı kalınması konusunda öngörülebilir sonuçların elde edilemediğini ortaya koymuştur.

2.4.3 Düşünölmüş Eylem Teorisi

Düşünölmüş Eylem Teorisi'nde, bireylerin sağlık davranışları ile ilgili kararlarını, mevcut kanıtların değeriendirilmesi sürecine dayanarak verdikleri ve bireyin niyetine göre davranışın planlandığı vurgulanır. Bir davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle davranışa yönelik amacın oluşması gerekir. Bireyin eylemin sonucuna yönelik olumlu düşüncesi, davranışa yönelik olumlu tutum geliştirmesine yol açar (39-40).

Düşünölmüş eylem teorisi bireylerin normal ve beklenen davranışları algılamalarını açıklamaya yarar. Teori en çok bireyin kontrolü altında olan ve sabit bir hedefin olduğu; günlük oral hijyen uygulamaları gibi davranışların belirlenmesinde başarılıdır. Bireyin kontrolü dışındaki yorgunluk, ortam değışikliği gibi dış etkenler hedefin süratle değışmesine neden olarak davranış ve sonuçları değıştirir. Bu teorinin genç erişkinlerde oral hijyenin arttırılmasında etkinliği kanıtlanmıştır. Bu birey grubunun sosyal beklentilerinin oral hijyen davranışlarına etkileri oldukça fazladır. Bu kavramın hasta eğitime uyarlanması ile bir genç erişkin düzenli olarak ağız bakımını evinde gerçekleştirirken, üniversite sınavını kazanıp bir yurda ya da öğrenci evine yerleşerek ortam değıştirmesi amacının ve davranışlarının değışmesine neden olabilir.

2.4.4 Sosyal Bilişsel Teori:

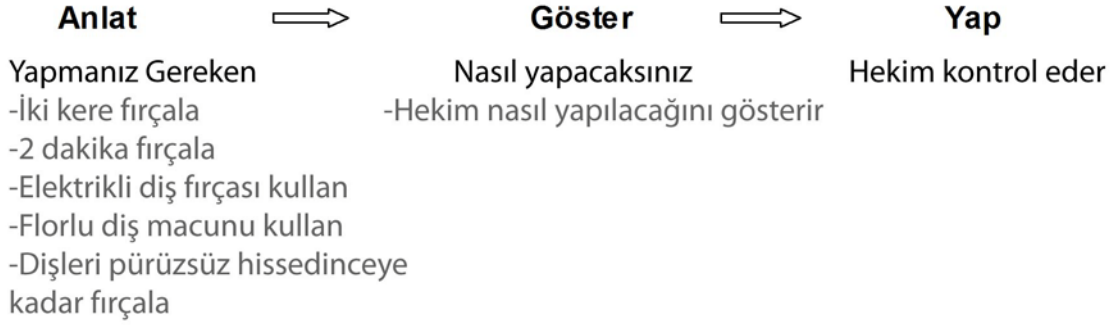
Bu modelde, hasta verilen görevi yapabileceği konusunda cesaretlendirilir, kendine güvenmesi sağlanır, sonra bu davranışı bir modelde görür son olarak da davranışın sonuçlarını görünce kendini nasıl hissettiği sorulur.

Sosyal öğrenme kuramına göre, gözlem yoluyla öğrenmenin 4 temel süreci vardır: dikkat etme, hatırlama, davranışa dönüştürme ve güdüleme. Çocuklar bu yolla birçok bilişsel beceri ve davranışı öğrenebilirler. Dikkatin oluşmasında, örnek alınan davranışın özellikleri (basit, açık, ilgi çekici, işlevsel ve yaygın olması) ve gözlemleyenin özellikleri (algılama kapasitesi, uyarılma düzeyi, geçmişteki güdülenme, duyuşsal kapasite) önemlidir. İnsanların hatırlamadıkları davranışlardan etkilenmeleri mümkün değildir. Bu yüzden, gözlem yoluyla öğrenmenin ikinci temel süreci hatırlamaktır. Gözlemlediğimiz davranışları hatırlayabilmek için sembollerden yararlanırız. Bu semboller sözel veya görsel olabilir. Hatırlama süreci, sembollerle kodlama, bilişsel düzenleme, deneme ve tekrardan oluşmaktadır. Üçüncü aşama, sembollerini davranışa dönüştürme aşamasıdır. Bu aşamada, gözlemleyenin fiziksel kapasitesi ve kendini gözlemlemesinin yanı sıra davranışa verilen geribildirimlerin açıklığı ve tepkilerin uygunluğu da önem kazanmaktadır. Davranışa dönüştürme sürecinde, model veya diğer kişilerin tepkileri ve geribildirimleri, davranışın istenilen seviyeye getirilmesinde etkilidir. İnsanlar her gördükleri davranışı öğrenmezler.

Modelin gözlemlenen davranış sonunda çevreden aldığı tepki, davranışın gözlemleyen tarafından taklit edilip edilmeyeceğini belirler. Davranışın gözlemleyenin önemseydiği bir şekilde sonuç vermesi aynı davranışta bulunma isteğini artırırken (dolaylı pekiştireç), gözlemlenen modelin cezalandırılması, aynı davranışı tekrarlamamaya özen göstermesine (dolaylı ceza) neden olur. Gözlemlenen davranışın uygun bir şekilde ortaya konabilmesi için pekiştirece ihtiyaç vardır. Gözlenen modelin davranışı sonrasında çevreden aldığı tepki, gözlemleyenin o davranışı taklit edip etmeyeceğine karar vermesinde etkilidir (41).

SOSYAL BİLİŞSEL TEORİ

(Bandura, 1998)



Şekil 2.2 Sosyal Bilişsel Teoriye uygun oral hijyen eğitim planı.

2.4.5 Uygulama Niyeti Teorisi

Bu teoriye göre kişiye yapılması istenen davranışı nerede ve ne zaman yapması gerektiğinin anlatılması, kişinin o davranışı gerçekleştirmeye eğilimini arttırdığı belirtilmiştir. (Ör: yemek yenildikten sonra dişlerin fırçalanması).

Bu klinik modellerin hastaların uyum, kendine güven ve davranışın devamlılığı açısından davranışlarını olumlu yönde geliştirdiği gösterilmiştir (42).

Bireylerin değişmelerine yardımcı olmak için motive olmaya (güdülenmeye) ihtiyaçları vardır. Ne kadar sürece dahil edilirlerse o oranda davranış değiştirme arzusu duyarlar. Değişim bireyin kendisi tarafından başlatılmalıdır çünkü birey ancak kendisi isterse değişir. Diş hekimleri bu dönemde hastaları motive etmek ve desteklemek için hazırlıklı olmalıdırlar.

2.5 İletişim becerileri

Ağız ve diş sağlığı alanında çalışan bireylerin sahip olmaları gereken en önemli beceri etkin iletişim sağlayabilmedir. İstenilen sonuca ulaşılması için verilen mesajın iyiliğinden çok etkin bir şekilde hedefe iletilebilmesi önemlidir. İletişim karşılıklı bir olgu olduğundan nasıl söylediğimiz ve bunun ne şekilde algılandığına dikkat edilmelidir. Bireylerin çoğu konuşma, dinleme veya sadece incelemeye dayalı ilk izlenimden etkilenir. Bu ilk izlenim başarılı iletişimin

temelini oluşturur bu nedenle “ilk izlenim yaratmak için asla ikinci bir şansınız olmayacaktır sözü” akıldan çıkarılmamalıdır.

İletişim, sözel (ne söylediğimiz), para-linguistik (nasıl söylediğimiz) ve vücut dili, göz teması ve vücut pozisyonu gibi sözel olmayan unsurları içerir. Araştırmalarda bu parametrelerin etkisi değerlendirilmiş ve bireylerin %60 oranında sözel olmayan, %33 para-linguistik ve %7 oranında sözel iletişimden etkilendiğini göstermiştir.

2.5.1 Sözel iletişim

Bir birey veya gruba hitap edilirken dinleyici için uygun dil ve ifade seçimi önemlidir. Hekimlerin kolaylıkla jargon kullanmaları sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Jargon kullanımı hekimin üstün bilgi seviyesini göstererek kendisini daha iyi hissetmesini sağlar ancak dinleyicinin akli karışır, güvensiz ve savunmasız duygulanım içerisine girmesine neden olur. Dinleyicinin yaş ve sosyo-kültürel seviyesine uygun kelime seçimine bu nedenle dikkat edilmelidir. Hastaya sistemik bir hastalığınız var mı sorusu yerine kalp, şeker hastalığı gibi bir rahatsızlığınız var mı şeklinde sorulması iletişimin başarılı olmasını sağlar. Özellikle çocuklarla konuşurken kısa, anlaşılır ve yaşa uygun kelime seçimi yapılmalıdır.

2.5.2 Para-linguistik

Para-linguistik konuşmayı ne şekilde yaptığımızla ilişkilidir. Monoton bir ifade heyecan yoksunluğu nedeniyle bir süre sonra dinleyiciyi sıkar ve verilmek istenen mesaj kaybolur. Konuşma sırasında sesin şiddetine de dikkat edilmelidir. Birebir iletişimde aşırı yüksek sesle konuşma dinleyicinin kendisini derste hissetmesine neden olur. Bunun tersine grup eğitimlerinde alçak sesle konuşma iletişimin başarısız olmasına sebebiyet verir.

Konuşma hızı da iletişimi etkilemektedir. Bireylerin kavrayabilecekleri bilgi miktarının bir sınırı olması nedeniyle söyleyecek çok şeyimiz olduğu durumlarda bunun hızlı bir şekilde söylenmesinin faydası yoktur. Eğer süre kısıtlaması varsa aktarılacak bilgiler sınırlandırılmalı ve aşırı bilgi yüklemesinden kaçınılmalıdır.

2.5.3 Sözel olmayan iletişim

Göz Teması

Genel sohbet sırasında %25 oranında göz teması olduğu bildirilmiştir. İletişim kuran bireylerin birbirlerini çekici bulmaları durumunda göz teması miktarı artmaktadır ancak bu durum diş hekimi kliniğinde gerçekleşirse hastanın kendini rahatsız hissetmesine neden olur. Hastanın göz temasının az olması anksiyete, dile getirilmemiş endişe ve konuların olduğuna işaret edebilir. Hekim tarafında göz temasının az olması hasta tarafından gerçeklerin kendisine aktarılmadığı şeklinde yorumlanabilir. Hasta-hekim sohbeti sırasında not yazılmasından kaçınılmalı ve taraflar iletişim ve göz temasına odaklanmalıdır.

Tavırlar

Bir konuyu vurgulamak için el ve kol hareketlerinden faydalanmak kimi zaman mesajın vurgulanmasında faydalı olabilir. Bu hareketlerin aşırıya kaçması dinleyici için son derece huzursuzluk verici olabilir.

Yüz ifadesi

Anksiyetenin azaltılmasında güler yüzün anında etki gösterdiği bildirilmiştir. Yüz ifadeleri bir sohbetin gidişatı ve etkisi konusunda önemli bilgi verirler. Söylenenlere cevaben yüz ifadesindeki değişimler dikkatle takip edilmelidir. Esneme olumsuz izlenim yaratılmasına bir örnektir.

Vücut dili

Sandalyede öne doğru eğilerek duruş dikkat ve dinleme isteğinin göstergesidir. Bunun tersine geriye doğru yaslanma, ellerin başın arkasında konumlanması genellikle hakimiyet ve empati eksikliğini ifade eder. Konuşmacı ve dinleyici arasında engel koyulması anlamında kolların kavuşturulması kaçınılması gereken bir pozisyonudur.

Vücut teması

Klinisyen olarak diş hekimleri doğal olarak hastanın ağızıyla yakın temastadırlar ve bu durum için hastalar tarafından onay verilmiştir. Sohbet sırasında ise bu onayın geçerliliği kalkar ve fiziksel temas hasta tarafından sınırlarının ihlali olarak yorumlanabilir, bu nedenle kaçınılmalıdır.

Oturma konumu

İntraoral tedaviyle aynı anda OHE verilmesi randevu sırasında zaman kazancı sağladığı bahanesiyle sıklıkla başvuru olan bir yöntemdir. Bu şekilde hastanın arkasında veya yukarısında oturarak tek taraflı bir konuşma, başarılı bir mesaj iletimini engeller ayrıca göz teması kurmaya çalışan hasta içins son derece rahatsızlık verici bir durumdur. Her iki tarafın da hakimiyet sorunu yaşamaması için hekim ve hastanın başlarının aynı hizada olması gereklidir. Hastanın karşısında oturmak veya durmak yerine hastanın yanında veya çaprazında oturduğunda iletişimin daha başarılı olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.



Şekil 2.3. OHE sırasında hekim-hasta pozisyonu

Yakınlık

Bireylerin izin vermedikleri sürece ihlal edilmesinden rahatsız oldukları bireysel alanları olduğu bilinmektedir. Tanımlanan üç farklı alan bulunmaktadır:

Kişisel alan: 0-40 cm arasındaki mesafedir ve genellikle sevgili, yakın arkadaş ve aile bireylerine ayrılmıştır. Sınırlı süreler için ihlali tolere edilebilir (toplu taşıma araçları) ancak diş hekimliği uygulamalarında hekim tarafından geçilmemelidir.

İkinci alan: 40 cm ile 1,5 m arasındaki alandır. Bu mesafe OHE sırasında birbirlerini tanıyan hekim ve hasta iletişimi için uygun alandır.

Üçüncü alan: 1,5-3,5 m arasındaki bölgedir ve mağazalarda, işyerlerinde ve marketlerde iletişim için uygun alandır.



Şekil 2.4. Kişisel alanlar ve ihlali

Kıyafet ve görüntü

Çapraz enfeksiyon kontrolü nedeniyle klinikte kıyafet seçimi çeşitlilik göstermemektedir ancak hastalar tarafından önlük veya ameliyat önlüğü giyen birisiyle yapılan sohbet anksiyeteye neden olabilir ve yapay bir engel oluşturur. Klinik faaliyette bulunulmadığında daha az resmi kıyafet giyilmesi özellikle çocukların OHE sırasında faydalı bulunmuştur.

Görsel yardımcılar

Sözel iletişimi desteklemede son derece faydalıdır. Normalde açıklanması zor olan bir kavramı resim veya model yardımıyla göstermek hem zaman tasarrufu hem de anlaşılabilirlik sağlamaktadır.

2.5.4 Sorgulama becerisi

Hastalara ağız sağlığıyla ilgili bilgi aktarımından önce ihtiyaçlarının belirlenmesi önemlidir. Doğru ve konuyla ilgili bilgilerin elde edilebilmesi ve bu sırada huzursuzluk yaratılmaması için hekimin sorgulama becerisinin iyi olması gerekmektedir. Sorgulama teknikleri için bazı genel kurallar bulunmaktadır.

Kapalı sorular

Bu sorular genellikle evet, hayır veya bir sayı şeklinde yanıt verilmesini gerektirir. Diş ipi kullanıyor musunuz şeklindeki bir soru sonrasında elde edilen

yanıt hızlı ve etkili olmakla birlikte cevabın geliştirilmesine imkan tanımadıklarından önemli bilgi kaybına neden olabilir.

Açık sorular

Azami bilgi edinme fırsatı sağlar. Dişlerinizi ne şekilde fırçalıyorsunuz şeklindeki bir soruya verilen cevap evet veya hayır olamayacağından detaylı bilgi hasta tarafından sunulur. Özellikle çocuklarla iletişimde tercih edilmesi gereken sorgulama şeklidir.

Odaklanmış sorular

Açık soruların daha özelleşmiş halidir ve cevabın daha spesifik olmasını sağlar. Dişlerinizdeki hassasiyetin çeşidi hakkında bana bilgi verebilir misiniz şeklindeki bir soru, hastanın sıkıntısını ayrıntılı olarak aktarmadan önce düşüncelerini de açıklayabilmesini sağlar.

Yönlendirilmiş sorular

Soru soranın beklediği cevabı vermeye yönlendiren sorulardır. Kesinlikle dişipi kullanıyorsunuz, değil mi? Gibi bir soru, dürüst bir yanıt sağlayamayacağından kaçınılması gereken sorgulama tarzıdır.

Çoklu sorular

Oldukça kafa karıştırıcı olmaları nedeniyle tercih edilmemesi gerekir. Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalıyor ve diş ipiyle temizliyorsunuz? Sorusu günde iki defa şeklinde yanıtlandığında, fırçalamanın mı dişipi kullanımının mı kastedildiğinin aydınlatılması ihtiyacını doğurur.

Saldırgan sorular

Kilo sorunuz yediğiniz tepsi tepsi baklavalardan mı kaynaklanıyor? Şeklindeki bir soru mizah yaratmak için sorulmuş olabilir ancak bu hastada tepkiye neden olarak olumlu bir tartışma zemininin oluşturulmasını engelleyebilir.

Samimiyet

Aşırı samimiyet hastaları genellikle rahatsız eder. Bir erişkine adıyla hitap edilmesi böyle bir duruma neden olurken çocuk ve gençlerde isimle hitap

resmiyeti ortadan kaldırdığından tercih edilmesi gereken bir yaklaşımdır. Hekimin bu konudaki tereddütleri hastaya sorularak ve cevabın hasta kayıtlarına eklenmesiyle giderilebilir.

2.5.5 Dinleme becerileri

Dinleme becerisi sorgulama teknikleri kadar önemlidir ve pratik gerektirir. Bir hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi için dinleme ile %80 oranında bilgi edinilirken, klinik muayene ile bu oran %20 seviyesindedir. Hastaların dinlendiklerini bilmeleri de son derece önemlidir. Bunun gösterilebilmesini sağlayan çeşitli yollar bulunmaktadır bunlar: kolaylaştırma (evet devam edin, diyordunuz ki...), tekrarlama (son cümle), açıklama (demek günde sadece bir kere fırçalıyorsunuz) ve empati –duygudaşlık- kurmaktır (ben de çikolatayı çok seviyorum o yüzden daha sık fırçalıyorum dişlerimi).

2.5.6 İletişim engelleri

Etkili bir iletişim sağlayabilmek için göz önüne alınması gereken bazı engeller bulunmaktadır.

- Ortam: Klinik içerisindeki donanım ve bunların yarattığı sesler, dış tedavisinde kullanılan malzemelerin kokusu hastada huzursuzluğa neden olabilir. Sohbetin klinik dışında bir ortamda yapılmasının daha faydalı olacağı bildirilmiştir.
- Ailevi değerler: Aileyle ilişkili öncelik ve harcamalar dental tedavilere ayrılan bütçe ve zamanı etkileyebilir.
- Etnik veya dini inanışlar.
- Farklı sosyo-ekonomik gruplar.
- Kültürel inanışlar.

İletişim başarısını artırma ipuçları

- En önemli bilgi ve öneriler sohbetin başında aktarılmalı, hastalar ilk söylenenleri daha kolay hatırlayabilmektedir.

- Kilit noktalara dikkat çekilmeli ve tekrarlanmalı: hastalar kendileri için önemli olan konuları daha kolay kavrarlar, bu nedenle “sizin için hatırlamanız gereken en önemli konu...” şeklindeki hatırlatmalarla neyin önemli olduğunun anlaşılması sağlanmalıdır.
- Spesifik ve kesin öneriler vermeye gayret edin: Genel bilgilerden çok özgün ve kişiye özel bilgiler daha kolay hatırlanmaktadır.
- Bilgiyi sınıflandırın: Başlıkları belirleyip aktarılan bilgiyi buna göre kategorize edin.
- Bir seansta çok fazla bilgi aktarımından kaçının: Bir seansta 3-4 önemli konu ancak hatırlanabilmektedir.

2.6 İhtiyaç kavramları

Başarılı bir iletişimin temelinde hastanın ihtiyaçlarını anlayabilmek yatar. Gerekli ağız ve diş sağlığı mesajını iletebilmek için hastanın ihtiyaçlarının anlaşılması ve belirlenmesi gereklidir.

Kuralcı ihtiyaçlar

Uzman, profesyonel veya idareciler tarafından kendi standartlarına uygun olarak belirlenir. Uzman görüşleriyle ve standartlarıyla hastanın değerleri arasında farklılıklar olduğunda sorun ortaya çıkabilir.

Hissedilen, istenen veya algılanan ihtiyaçlar

Bu tarz ihtiyaçlar hastanın kendi isteklerini değerlendirmeleriyle ortaya çıkar. Bu ihtiyaçlar hastaların algılarıyla sınırlıdır. Bazı durumlarda hastalar ihtiyaçlarının bilincinde olmayabilirler çünkü aslında mevcut olan sorunları için bir tedavi seçeneğinin olduğunu bilemeyebilirler.

İfade edilen ihtiyaçlar, talepler

Algılanan ihtiyacın harekete geçirilmesiyle talep haline gelmesi durumudur. Hastaların neye ihtiyaçlarının olduğunu söylemeleridir. Hastalar yardım veya bilgi istediklerinde ihtiyaçlarını ifade ederler.

Karşılaştırmalı ihtiyaçlar

Benzer özelliği olan başka birey veya gruplara sunulan hizmetlerden kaynaklanan ihtiyaçlardır.

2.7 OHE seansının planlanması

2.7.1 Öğrenme çeşitleri

Tekrarlar ya da yaşantılar sonucu davranışlarda meydana gelen değişmelere “Öğrenme” denir. Öğrenme davranış değişikliğidir ve olumlu ya da olumsuz nitelikte olabilir. Öğrenme en basit şekliyle üçe ayrılmaktadır:

Bilişsel Öğrenme: Organizmanın algılama, düşünme, hatırlama gibi zihinsel yetileri aracılığı ile öğrenmesidir.

Kavrayış yoluyla ve farkına varmadan öğrenme olarak ayırabiliriz.

a). **Kavrayış yoluyla öğrenme:** Olaylar ve durumlar arası ilişkinin aniden çözülmesi sonucu oluşan öğrenmedir. Arşimed’in suyun kaldırma kuvvetini bulması, bir polisin cinayeti aniden çözmesi buna birer örnektir.

b) **Farkında olmadan öğrenme:** Gizli öğrenme de denir. Her gün okula veya işe giderken yolda bulunan mağazaların işyerlerinin isimlerini öğrenmemiz gibi. Üstü örtülü bilgilerdir.

Duyuşsal Öğrenme: Duyuşsal öğrenme, bir nesne, bir olay, bir konuya karşı ilgi, tutum, tavır ve duygu gibi davranış eğilimlerini içerir (tercih, hoşlanma ya da hoşlanmama, yaklaşma ya da kaçınma eğilimleri gibi). Bir davranış öğrencinin bir seçim yapmasını gerektiriyorsa, bu duyuşsal bir davranış olarak sınıflandırılır.

Psikomotor Öğrenme: Öğrenmenin ağırlıklı olarak algısal veya bilişsel bileşenleri değil kas bileşenleri öne çıkan türleri için kullanılan ortak bir terimdir. Yeni becerilerin alışkanlık yapılarının kazanılması buna bir örnektir. Diştaşı temizliği, kavite preparasyonu yapmak gibi.

Bir davranış değişimi oluşturmaya çalışırken sadece bilgi aktarımı hedeflenmemeli, bilginin anlaşıldığından emin olunmalı ve doğru bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır. Plağın diş fırçasıyla uzaklaştırılmasının öneminin

anlatılması (bilişsel), nasıl yapılacağıının gösterilmesi (duyuşsal) ve başarılı bir şekilde uygulanıp uygulanmadığının kontrolü (psikomotor) değerlendirilmelidir.

Hastalar oturup dinlemek, kendilerine sürekli bilgi aktarılmasından ve uygulamaya yansıtamadıkları teorik bilgi bombardımanından sıkılır ve hoşlanmazlar. Bu nedenle hastalara gerekli bilgileri aktarmadan önce bu konuda çalışılması ve hazırlanılması gereklidir.

2.7.2 Pratik becerilerin öğretilmesi

Beceri gerektiren bir görevin hasta tarafından gerçekleştirilmesini sağlamak için üç aşamalı bir yaklaşımın en etkili yöntem olduğu gösterilmiştir. Bunun için;

- Göstermek
- Tekrarlamak
- Pratik yapmak gereklidir.

Hastanın neler hissettiğinin farkında olunması; uygulanacak işlemden korkup korkmadıkları veya endişeleri bilinmelidir. Pratik becerilerin geliştirilmesinde ağız ve diş sağlığı eğitimi veren hekim veya personelin hastada güven duygusunu geliştirmelidir. Bireyler kendi kendilerine öğrenirken gelişim gösterdikçe güvenleri artar. Pratik becerilerin öğretilmesi zaman ve sabır ister. Hastalar uygulamaları kendi ağızlarında gerçekleştirmek için gerekli güveni elde edinceye kadar diş fırçalamasının ve diş ipi kullanımının modeller üzerinde gösterilmesi daha uygundur.

Planlama aşamasında aşağıdaki soruları hekimin cevaplama gereklidir.

- Ne yapmaya çalışıyorum? (amaç)
- Ne yapacağım? (hedef)
- Başarılı olup olmadığımı nasıl bileceğim? (değerlendirme)

Bu sorulara verilen yanıtlar yardımıyla hasta tarafından hatırlanması istenilen önemli bilgiler dikkatli bir şekilde incelenmeli ve hazırlanmalıdır.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bulunan çocuklarda genel kabul görmüş yaklaşımlar etkili olmayabilir. Bu grupta bulunan çocuklarda oral hijyen alışkanlığının kazandırılmasında bozukluğun genel özelliklerini ve karakteristiğini anlayarak farklı yaklaşımların geliştirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla, çalışmamızda DEHB olan çocukların başlangıçtaki oral hijyen durumları değerlendirilecek, 2 farklı türde verilen oral hijyen eğitiminin ve faz 1 tedavinin etkinlikleri sağlıklı ve DEHB olan çocuklarda karşılaştırılacaktır.

3 BİREYLER VE YÖNTEM

3.1 Çalışma Grubu:

Çalışmaya 12-15 yaş aralığında toplam 44 (DEHB tanısı konulmuş 22 ve herhangi bir sistemik sağlık sorunu olmayan 22) birey dahil edildi.

DEHB tanısı konulan bireylerin kullandıkları ilaçlar, DEHB tedavisine yönelik uygulanan yaklaşımlar ve hastalık süresi eşlik eden faktörler olarak kaydedildi.

Son 6 ay içerisinde antibiyotik tedavisi görmüş, periodontal sağlığını etkileyecek sistemik bir sağlık sorunu bulunan, çalışma süresince takibi yapılamayacak olan bireyler çalışmaya alınmamıştır. Buna ek olarak süt dişleri çalışma dışında bırakılmıştır.

DEHB Grubu: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda DEHB tanısı ile tedavi altında bulunan toplam 22 birey.

Kontrol Grubu: Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne tedavi veya kontrol amaçlı başvuran ve DSM-IV kriterlerine göre DEHB bulguları olmayan toplam 22 birey.

3.2 Periodontal Tedavi:

Tüm bireylere başlangıç periodontal tedavi işlemleri uygulandı (diştaşı temizliği, polisaj, oral hijyen eğitimi).

Deney ve kontrol grubundaki bireyler rastgele 2 alt gruba ayrılarak farklı oral hijyen programlarına dahil edildi.

3.2.1 Oral Hijyen Eğitim Teknikleri:

- 1) **Bireysel Eğitim:** Çocuklara görsel olarak film ve slayt gösterisi ile modifiye Stillman tekniği kullanılarak diş fırçalama yöntemi öğretildi, diş arası temizliği ve önemi anlatıldı, yeterli ağız bakımı yapılmadığında oluşabilecek sorunlar hakkında bilgi verildi. Plak boyayıcı bir ajan ile diş ve ağız dokuları üzerindeki bakteriyel plak tabakası görünür hale getirildikten sonra, çocuğun ayna başında ve hekim kontrolünde öğretilen

teknikle, standart bir diş fırçası ve diş macunuyla plak tabakasını fırçalayarak uzaklaştırması sağlandı. Bu motivasyon uygulaması tedavi seansında, 1. haftada ve 1 ay sonra tekrarlandı. Sağlıklı ve DEHB Kontrol gruplarına uygulanan OHE programı Şekil 3.2’de izlenmektedir.

- 2) Bu çalışma grubunda bireysel eğitim hem DEHB olan çocuğa hem de velisine verildi. Buna ek olarak evde diş fırçalamayı ve sağlıklı beslenmeyi hatırlatıcı poster (Şekil 3.1) ve broşür (Şekil 3.4 ve Şekil 3.5) verildi. Dişlerini fırçaladıktan sonra işaretlemeleri için bir diş günlüğü (Şekil 3.6) doldurmaları istendi. Kontrol seanslarında günlükler incelendi ve çocukları teşvik etmek amacıyla diş fırçalamayı hatırlatacak yapışkanlar (Şekil 3.7) hediye edildi. Sağlıklı ve DEHB Test gruplarına uygulanan OHE programı Şekil 3.3’de görülmektedir.



Şekil 3.1 Diş fırçalamayı hatırlatıcı poster.

Grup	<input type="checkbox"/> Sağlıklı Kontrol		<input type="checkbox"/> DEHB Kontrol			
Tarih						
Süre	30 dakika					
Amaç	Etkin oral hijyenin öneminin vurgulanması					
Hedefler	Sonuç olarak hastanın; <ol style="list-style-type: none"> 1. Dental plağın diş ve dişeti hastalıklarındaki rolünü anlaması, 2. Kötü oral hijyen bulgularının belirlenmesi, 3. Boyama solüsyonu kullanarak plak birikimi olan bölgelerin ortaya çıkarılması, 4. Dişlerin etkin şekilde fırçalanması hakkında bilgi sahibi olması ve bunu uygulayabilmesi sağlanacaktır. 					
Giriş	SÜRE	Anahtar Kelime	İÇERİK	YÖNTEM		İLAVE KAYNAK
	3'	Giriş	Ziyaret sebebi	Arkadaşça karşılama		
1. aşama	7'	Plak	Plağın tanımı Hazırlanan sunum aracılığıyla gösterilmesi	Hekim	Çocuk	Sunum üzerinde plak oluşum aşamaları Mikroorganizmalar
				Gösterme	İnceleme	
				Tartışma Soru ve cevaplar		
2. aşama	8'	Sağlıklı dişetleri	Sunum aracılığıyla pembe, sıkı, sağlıklı dişeti	Hekim	Çocuk	Sunum Sağlıklı dişeti
				Demonstrasyon Soru ve cevaplar		
		İltihaplı dişetleri	Kanamalı, parlak dişetleri Sunum ve hasta ağzında	Gösterme	İnceleme	Sunum Hastalıklı dişeti Ayna
				Demonstrasyon Soru ve cevaplar		
3. aşama	10'	Boyama solüsyonu	Boyama solüsyonlarının rolü açıklanır Solüsyonla plağın boyanması	Hekim	Çocuk	Sunum Boyama solüsyonu Ayna Vazelin
				İnceleme	Uygulama	
				Tartışma Soru ve cevaplar		
		Etkili diş fırçalama	Model üzerinde fırçalama Hastanın kendi dişlerini fırçalaması	Demonstrasyon	İnceleme	Model Fırça Diş macunu
				İnceleme	Uygulama	
Tartışma Soru ve cevaplar						
Sonuç	2'	Hedeflerin birleştirilerek özetlenmesi Çocuğa başarabileceğine ilişkin güven aşılması				
Değerlendirme	1 hafta sonra hedeflerin sağlanıp sağlanmadığının kontrolü Eksiklerin giderilmesi 1. ayda yeniden değerlendirme ve eksiklerin giderilmesi 3. ay kontrol					

Şekil 3.2. Sağlıklı ve DEHB kontrol gruplarının OHE programı.

Grup	<input type="checkbox"/> Sağlıklı Test		<input type="checkbox"/> DEHB Test			
Tarih						
Süre	30 dakika					
Amaç	Etkin oral hijyenin öneminin vurgulanması					
Hedefler	<p>Sonuç olarak hastanın;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dental plağın diş ve dişeti hastalıklarındaki rolünü anlaması, 2. Kötü oral hijyen bulgularının belirlenmesi, 3. Boyama solüsyonu kullanarak plak birikimi olan bölgelerin ortaya çıkarılması, 4. Dişlerin etkin şekilde fırçalanması hakkında bilgi sahibi olması ve bunu uygulayabilmesi sağlanacaktır. 					
Giriş	SÜRE	Anahtar Kelime	İÇERİK	YÖNTEM		İLAVE KAYNAK
	3'	Giriş	Ziyaret sebebi	Arkadaşça karşılama		
1. aşama	7'	Plak	Plağın tanımı Hazırlanan sunum aracılığıyla gösterilmesi	Hekim	Çocuk	Sunum üzerinde plak oluşum aşamaları Mikroorganizmalar
				Gösterme	İnceleme	
				Tartışma Soru ve cevaplar		
2. aşama	8'	Sağlıklı dişetleri	Sunum aracılığıyla pembe, sıkı, sağlıklı dişeti	Hekim	Çocuk	Sunum Sağlıklı dişeti
				Demonstrasyon Soru ve cevaplar		
		İltihaplı dişetleri	Kanamalı, parlak dişetleri Sunum ve hasta ağzında	Gösterme	İnceleme	Sunum Hastalıklı dişeti Ayna
				Demonstrasyon Soru ve cevaplar		
3. aşama	10'	Boyama solüsyonu	Boyama solüsyonlarının rolü açıklanır Solüsyonla plağın boyanması	Hekim	Çocuk	Sunum Boyama solüsyonu Ayna Vazelin
				İnceleme	Uygulama	
				Tartışma Soru ve cevaplar		
		Etkili diş fırçalama	Model üzerinde fırçalama Hastanın kendi dişlerini fırçalaması	Demonstrasyon	İnceleme	Model Fırça Diş macunu
				İnceleme	Uygulama	
Tartışma Soru ve cevaplar						
Sonuç	2'	<p>Hedeflerin birleştirilerek özetlenmesi Çocuğa başarabileceğine ilişkin güven aşılması Evde diş fırçalamayı ve sağlıklı beslenmeyi hatırlatıcı poster (Şekil 3.1) ve broşür (Şekil 3.4 ve Şekil 3.5) verilmesi. Dişlerini fırçaladıktan sonra işaretlemeleri için bir diş günlüğü (Şekil 3.6) doldurmaları istendi.</p>				Poster Broşür Diş günlüğü
Değerlendirme	<p>1 hafta sonra hedeflerin sağlanıp sağlanmadığının kontrolü, Eksiklerin giderilmesi, günlüklerin değerlendirilmesi, Çocuğu teşvik etmek için diş fırçalamayı hatırlatacak yapışkan (Şekil 3.7) hediye edilmesi 1. ayda yeniden değerlendirme ve eksiklerin giderilmesi 3. ay kontrol</p>					Yapışkan hediye

Şekil 3.3. Sağlıklı ve DEHB Test gruplarının OHE programı.

DİŞ DOSTU BESLENME

Yediklerimiz kadar yeme sıklığımız da diş sağlığımızı etkiler. Gün boyunca çok sık yemek yersek diş çürüğü gelişme olasılığı artar. Tükürük diş çürüğüne karşı vücudun doğal savunmasıdır, yıkama etkisiyle asitleri uzaklaştırır, içerisindeki mineraller dişleri güçlendirir. Öğünler arasında yemek yersek tükürüğün koruyucu etkisini göstermesini engellemiş oluruz. Bu nedenle 3 ana öğün ve 2 ara öğün şeklinde günlük beslenmemizi ayarlamalıyız. Yiyeceklerimizi seçerken diş dostu besinleri (süt, meyve ve sebze) tercih etmeli, asitli içeceklerin (kola, gazoz) ve şekerli besinlerin tüketiminden kaçınılmalı, bol bol su içmeliyiz.



DİŞ DOKTORU

Diş doktoruna yılda iki defa giderek muayene olmalıyız. Bu ziyaretler ağızımızdaki küçük sorunların büyüyen daha ileri tedavilere gereksinim duymamızı engelleyecektir.

AĞIZ SAĞLIĞINIZ İÇİN

- Günde iki defa florurlu diş macunuyla dişlerinizi fırçalayın.
- Fırçalarken diş ve diş etinizin birleştiği bölgeleri iyice temizleyin.
- Şekerli ve asitli yiyecek ve içecek tüketiminden kaçınınız.
- Düzenli olarak diş doktoruna kontrollere gidin.



Başkent Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
11. Sokak No: 26 Bahçelievler, 06490
ANKARA

Tel: (312) 215 1336

GÜNDE 10 DAKİKADA İNCİ GİBİ DİŞLER SAĞLIKLI GÜLÜŞLER



Şekil 3.4 Diş fırçalaması ve ağız sağlığı hakkında bilgiler içeren broşürün ön yüzü.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

3 yaşından itibaren 20 tane süt dişimiz ağızımızda yer alır. Bu dişleri daimi dişler yerlerini alana kadar korumamız gerekir. 6-12 yaşları arasında süt dişleri yerlerini daimi dişlere bırakır. Daimi dişler hayatımız boyunca çiğneme ve konuşma için bize hizmet edecektir. Yani dişlerimizi 70-80 yıl dayanmaları için korumamız gerekmektedir. Bu koruma erken yaşta başlayarak beslenmemize dikkat ederek ve her gün 2 defa 5 dakikalık ağız bakımı ile sağlanabilir.

DİŞ FIRÇALAMA

Dişlerimiz üzerinde oluşan yapışkan, yumuşak tabakaya plak adı verilir. Plak içerisinde 10.000.000.000 tane mikrop bulunmaktadır. Diş çürüklerini ve dişeti hastalıklarını önlemek için plak tabakası her gün diş fırçasıyla uzaklaştırılmalıdır. Plak uzaklaştırılmadığında sertleşerek diş taşları oluşur. Oluşan bu diş taşları fırçalamayla kaldırılamaz ve daha fazla plak birikimine neden olur. 8-9 yaşına gelene kadar fırçalama sırasında büyüklerimizden yardım alabiliriz. 10 yaşından itibaren plağı uzaklaştırmak için günde iki defa orta sertlikte veya yumuşak bir diş fırçasıyla dişlerimizi fırçalamalıyız. Yatmadan önce dişlerimizi fırçalamayı asla unutmamalıyız. Eskiyen diş fırçaları yeterli temizlik yapamadığından fırça

kılları açılmaya başladığında yeni bir diş fırçası kullanmalıyız.



Diş ve diş etlerimizin sağlıklı olması için plak her gün uzaklaştırılmalıdır.

DİŞ MACUNU

Diş çürüklerine karşı dişlerimizi korumak için diş macunlarının içerisinde flor eklenmiştir. Çürüksüz dişler için günde iki defa florurlu diş macunu ile dişleri fırçalamak gereklidir. Diş macununun içerisindeki flor besinlerin oluşturduğu

asitlere karşı dişleri daha dirençli hale getirir ve başlangıç halindeki çürüklerin iyileşmesini sağlar. Dişlerimizi fırçalarken kuru bir diş fırçası üzerine nohut tanesi kadar diş macunu koymalıyız.



DİŞ İPİ

Dişlerin arasındaki plak, diş fırçalamasıyla uzaklaştırılmaz, diş ipiyle bu bölgeler temizlenmelidir. Diş doktoru diş ipi kullanımını size gösterecektir. 13 yaşında günde bir defa diş ipiyle dişlerimizin arasını temizlemeye başlamalı ve bu alışkanlığı ömür boyu sürdürmeliyiz.














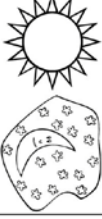
















Dişlerimizin 5 yüzü vardır ve diş fırçasıyla sadece 3 yüzünü temizleyebiliriz.

Şekil 3.5 Diş fırçalaması ve ağız sağlığı hakkında bilgiler içeren broşürün arka yüzü.

ADI, SOYADI
TARİHİ: ... / ... / 2009
FIRÇALAMA GÜNLÜĞÜ

Günde 2 defa dişlerimizi fırçalıyoruz.
Sabah fırçaladıktan sonra güneş, akşam fırçaladıktan
sonra ay ve yıldızlar üzerine bir X işareti koyuyoruz.

Pazar	Cumartesi	Cuma	Perşembe	Çarşamba	Salı	Pazartesi
						
						
						
						

Şekil 3.6 Diş günlüğü.



Şekil 3.7 Diş fırçalamayı hatırlatacak yapışkan.

3.3 Klinik Parametreler:

Başlangıç:

QH Plak İndeksi (Pİ) (Quigley Hein plak indeksinin Turesky modifikasyonu)(43)

Gingival İndeks (Gİ) (Silness&Löe) (44)

Cep derinliği

1. hafta:

Pİ, Gİ + Motivasyon

1. ay:

Pİ, Gİ + Motivasyon

3. ay:

Pİ ve Gİ

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Gruplar arası farklılıklar ANOVA, dönemler arası farklılıklar eşleştirilmiş t testiyle analiz edildi. $P < 0,05$ seviyesindeki farklılıklar anlamlı kabul edildi.

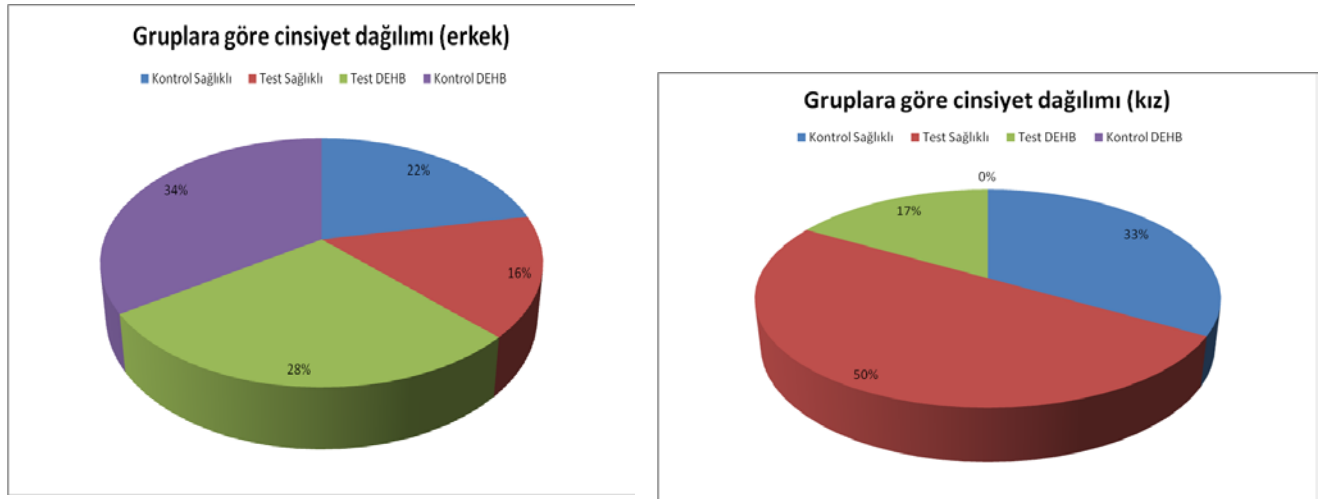
4 BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması $12,82 \pm 1,57$ olan 32 erkek 12 kız toplam 44 birey katıldı. Gruplara ait yaş dağılımı Tablo 4.1'de cinsiyet dağılımları ise Şekil 4.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1 Gruplara ait yaş dağılımı.

	Yaş
Kontrol Sağlıklı	$13,82 \pm 0,98$
Test Sağlıklı	$11,73 \pm 1,85$
Test DEHB	$12,36 \pm 1,57$
Kontrol DEHB	$13,36 \pm 0,92$
Toplam	$12,82 \pm 1,57$

Gruplara ait yaş dağılımları değerlendirildiğinde Test Sağlıklı ve Test DEHB gruplarının kontrol gruplarına oranla daha düşük yaş ortalamasına sahip olduğu bulguları ($P < 0,01$).



Şekil 4.1 Gruplara ait cinsiyet dağılımı.

Gruplara ait cinsiyet dağılımları analiz edildiğinde Sağlıklı test grubu dışında cinsiyet dağılımının dengeli olmadığı ve gruplardaki bireylerin erkek ağırlıklı olduğu gözlemlendi ($\chi^2 P < 0,05$).

4.1 Dönem İçi Karşılaştırmalar

4.1.1 Cep Derinliği Ölçümleri

DEHB ve sağlıklı bireylerden oluşan grupların başlangıç CD ölçüm sonuçları Sağlıklı Test grubunun CD ortalamalarının diğer gruplardan anlamlı oranda yüksek, Test DEHB grubunda ise düşük olduğunu gösterdi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Başlangıç Cep Derinliği ortalamaları.

	Başlangıç
Kontrol sağlıklı	2,11±0,22
Test Sağlıklı	2,41±0,50*
Kontrol DEHB	2,35±0,40
Test DEHB	1,93±0,31*

4.1.2 Plak İndeksi Ölçümleri

Dönem içi Pİ ölçüm ortalamaları gruplar arasında farklılık göstermedi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 İncelen dönemlere ait Plak İndeksi ortalamaları

	Başlangıç	1. hafta	1. ay	3. ay
Kontrol sağlıklı	3,29±0,61	2,64±0,45	2,81±0,46	2,93±0,50
Test Sağlıklı	3,16±0,50	2,58±0,53	2,62±0,69	2,63±0,77
Kontrol DEHB	3,05±0,45	2,47±0,41	2,67±0,41	2,87±0,31
Test DEHB	3,04±0,54	2,28±0,47	2,47±0,49	2,65±0,45

4.1.3 Gingival İndeks Ölçümleri

Dönem içi Gİ ölçüm ortalamaları değerlendirildiğinde sadece Sağlıklı Kontrol grubunda 1. ay Gİ değerlerinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 4.4).

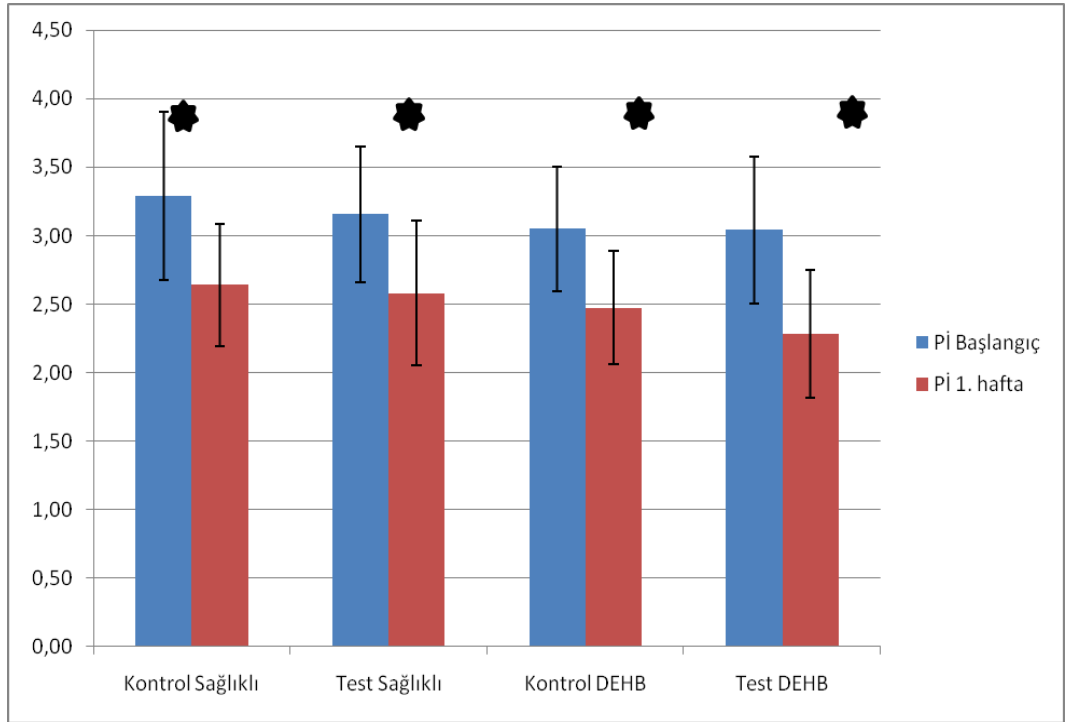
Tablo 4.4 İncelenen dönemlere ait Gingival İndeks ortalamaları

	Başlangıç	1. hafta	1. ay	3. ay
Kontrol sağlıklı	1,06±0,51	0,79±0,20	1,03±0,37*	0,91±0,26
Test Sağlıklı	0,80±0,45	0,76±0,58	0,65±0,38	0,77±0,43
Kontrol DEHB	0,84±0,26	0,72±0,20	0,85±0,31	0,84±0,18
Test DEHB	0,93±0,44	0,60±0,32	0,65±0,35	0,76±0,43

4.2 Dönemler Arası Karşılaştırmalar

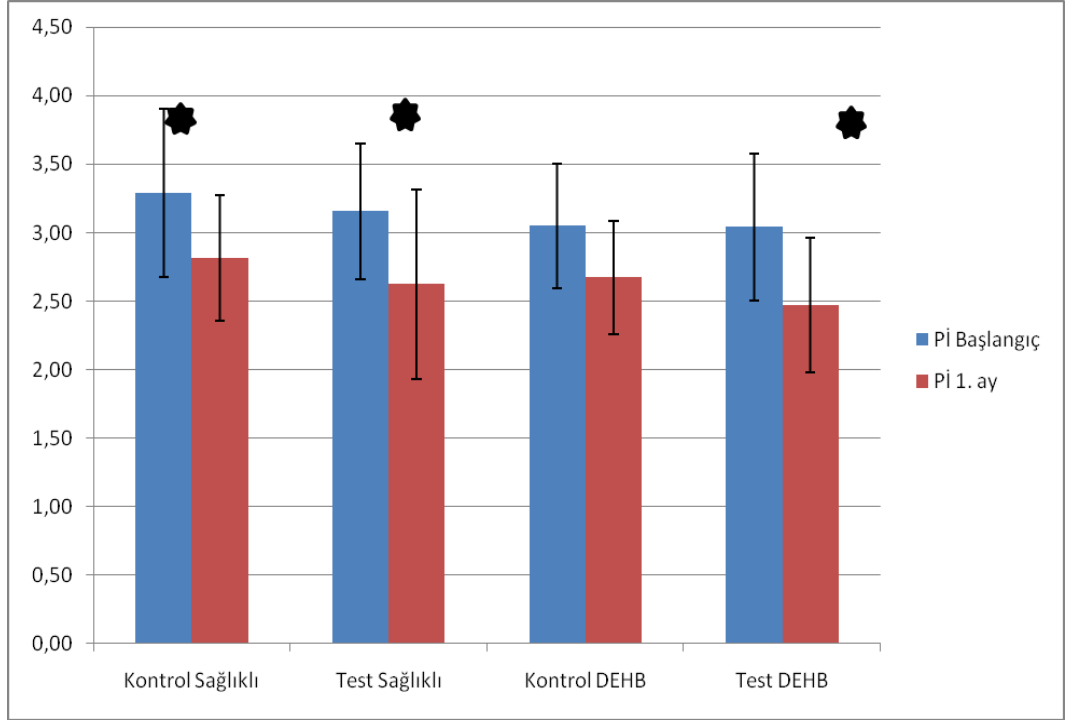
4.2.1 Plak İndeksi Ölçümleri

Gruplara ait farklı değerlendirme dönemlerindeki Pİ ortalamalarındaki değişimler değerlendirildiğinde, tüm gruplarda tedavi sonrası 1. haftada Pİ değerlerinin başlangıca oranla anlamlı düzeyde azaldığı bulgulandı (Şekil 4.2).



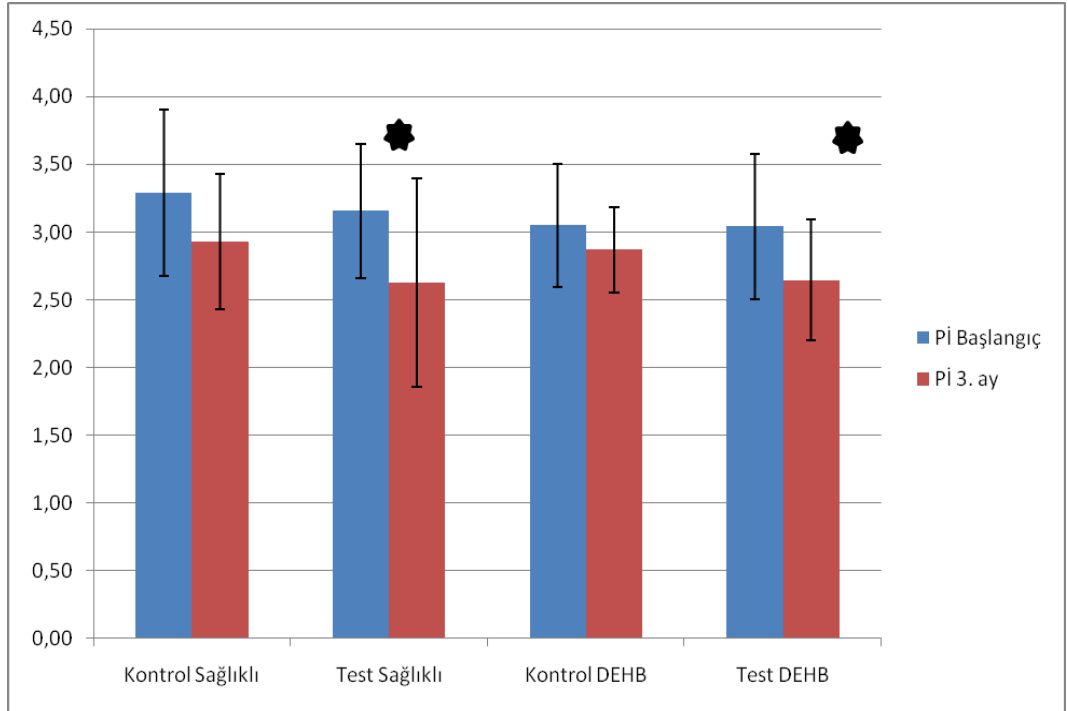
Şekil 4.2 Başlangıç ve 1. hafta Pİ ortalamalarındaki değişimler.

Birinci ay Pİ değerlerinin Kontrol DEHB grubu dışında tüm gruplarda başlangıca göre daha düşük olduğu tespit edildi (Şekil 4.3).



Şekil 4.3 Başlangıç ve 1. ay Pİ ortalamalarındaki değişimler.

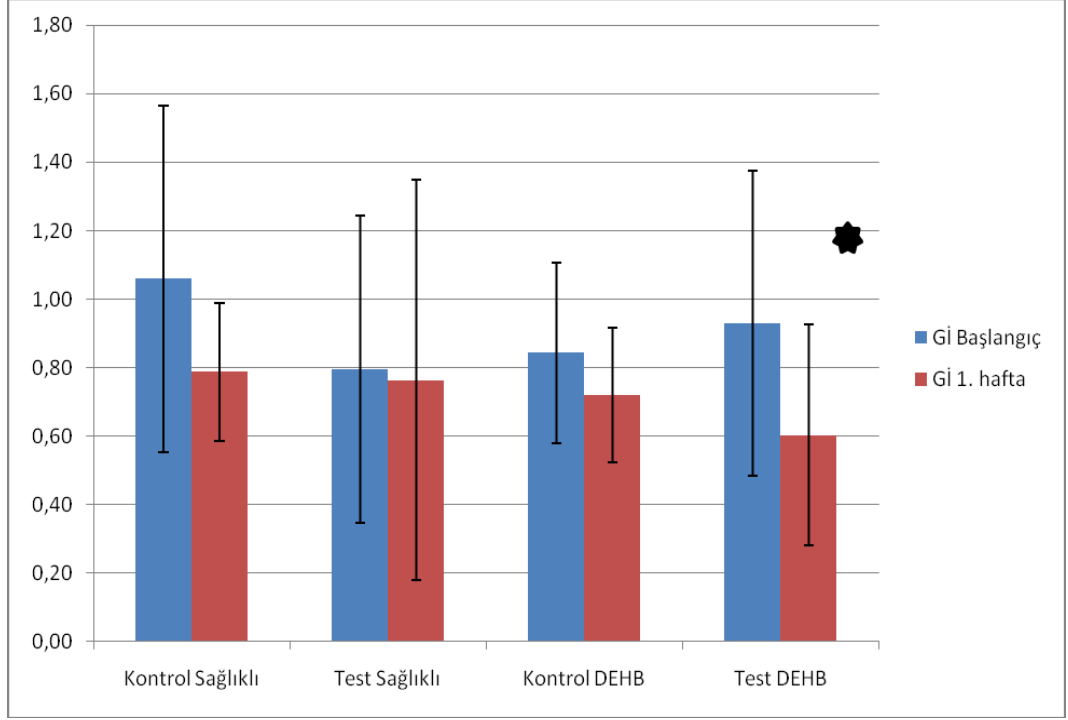
DEHB ve Sağlıklı Kontrol gruplarında 3. ayda Pİ ortalamalarının başlangıç değerlerine yükseldiği ancak Test DEHB ve Sağlıklı gruplarında Pİ değerlerinin başlangıç ölçümlerine göre düşük olduğu belirlendi (Şekil 4.4).



Şekil 4.4 Başlangıç ve 3. ay Pİ ortalamalarındaki değişimler.

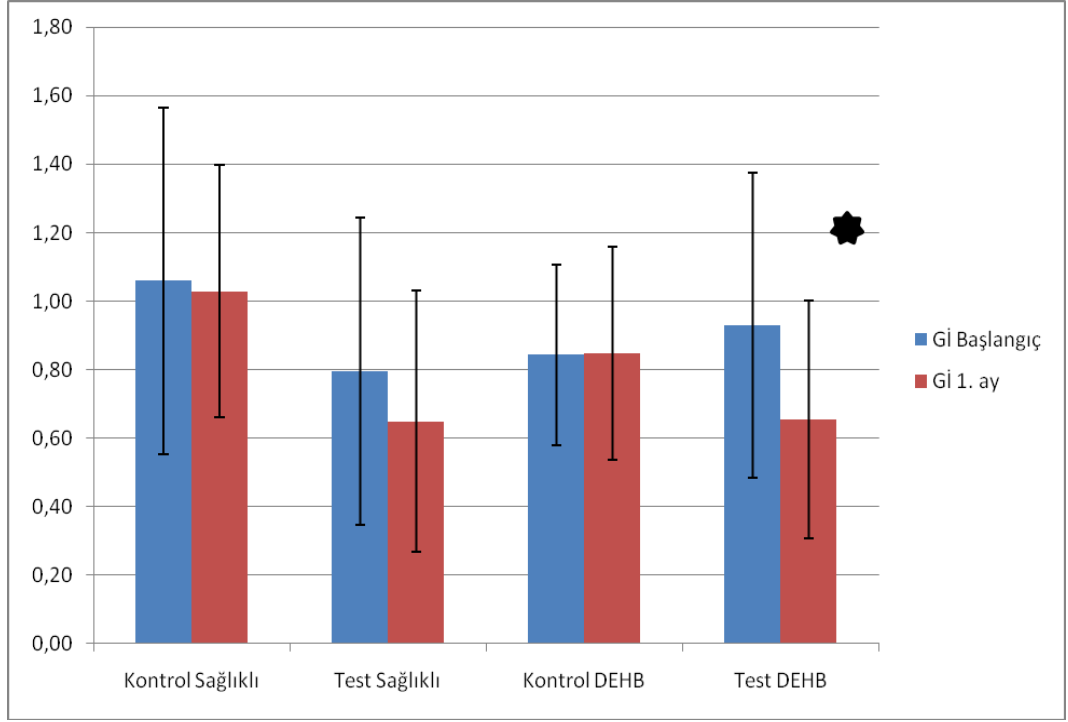
4.2.2 Gİ ölçümleri

Gruplara ait başlangıç ve 1. hafta Gİ değişimleri değerlendirildiğinde sadece Test DEHB grubunda Gİ ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığı gözlemlendi (Şekil 4.5).



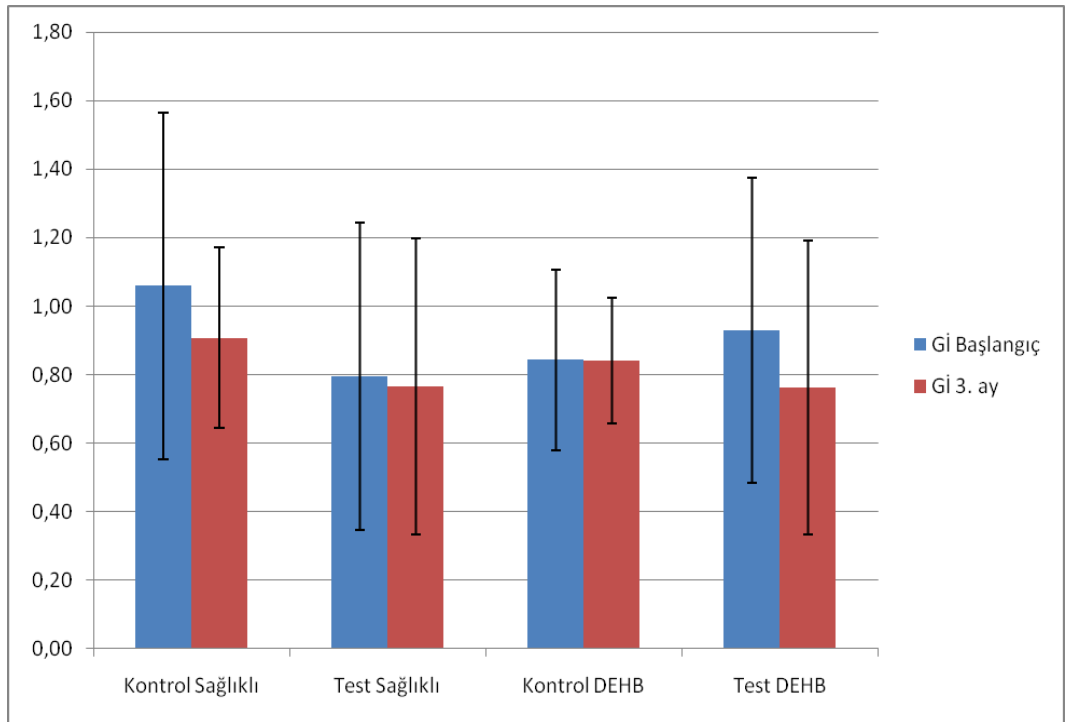
Şekil 4.5 Başlangıç ve 1. hafta Gİ ortalamalarındaki değişimler.

Test DEHB grubu için Gİ ortalamaları başlangıca göre 1. ayda da istatistiksel olarak önemli seviyede düşük bulguları (Şekil 4.6).



Şekil 4.6 Başlangıç ve 1. ay Gi ortalamalarındaki değişimler.

Üçüncü ayda Gi değerlerinin tüm gruplarda başlangıç ortalamalarına ulaştığı gözlemlendi (Şekil 4.7)



Şekil 4.7 Başlangıç ve 3. ay Gi ortalamalarındaki değişimler.

5 TARTIŞMA

Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili hastalıklar tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde görülen en yaygın sağlık problemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bireyler ve toplum üzerinde hem bazı kronik hastalıkların kontrolünü zorlaştırarak genel sağlığı etkilemesi, hem de tedavileri için gereken maliyet nedeniyle ciddi ekonomik yükler getirmektedir. Bu hastalıkların, bireylere erken çocukluk ve çocukluk döneminde kazandırılan ve ileride genel sağlık ve kişisel hijyen alışkanlıklarını da yönlendirecek olan davranış biçimleriyle engellenebilmesi mümkündür. Koruyucu önlemler ve oral hijyen alışkanlıklarındaki değişimler, birey ve toplum üzerinde ileride oluşabilecek sağlık problemlerini ve ekonomik yükleri büyük oranda azaltacaktır.

Bu nedenlerle diş hekimlerinin esas amacı hastalara tutarlı ve kalıcı oral hijyen uygulama tekniklerini en etkili ve başarılı şekilde aktarmak olmalıdır. Psikoloji, eğitim ve davranış tedavisi alanında yapılan çalışmalar davranış değişikliği konusunda psikolojik yaklaşımların başarısını göstermektedir (1). Davranış değişiklikleri için sadece sağlıkla ilgili bir mesajın aktarılması yeterli olmamakta, buna ek olarak bazı farklı yaklaşımlar gerekmektedir. OHE alanında bu ilave yaklaşımlar diş fırçalama veya diş ipi kullanımı becerilerinin kazandırılmasını içermektedir. Bu beceriler bilgi temelli mesajlarla kombine edildiğinde davranışlar üzerinde doğrudan etki yaratmaktadır. Sağlık davranışlarında kalıcı ve etkili değişimler yaratabilmek için hastaların kendi yaşamlarını değiştirme arzuları güçlendirilmeli ve katılımları desteklenmelidir. Hekimlerin bu konudaki görevleri, hangi hastanın değişime hazır olduğunu belirlemek ve bu yolda onlara uygun yardım ve desteği sağlamaktır.

Oral hijyen ve gingival sağlık, genel olarak bakteriyel dental plak varlığı, miktarı ve ceplerdeki kanama oranına göre değerlendirilmektedir (45). Oral yumuşak ve sert dokuların sağlıklı hale gelebilmesi ve hastalıklardan korunması için bakteriyel plak tabakasının bu yüzeylerden uzaklaştırılması gerekmektedir. Oral hijyen motivasyonu uygulamalarında, bireylerin hastalığın farkında olması

ve hastalık etkeninin veya belirtilerinin somut olarak bireylere gösterilmesi, tedavide ve davranış biçiminin değişiminde kilit noktayı oluşturmaktadır.

Dental plak, özellikle profesyonel olmayan gözle fark edilmesi oldukça zor bir eklentidir. Plak boyayıcı ajanlar dental plağın mevcut olduğu bölgeleri göstererek klinik uygulamaya ve hastaların evdeki performansını değerlendirmeye yönelik yardımcı bir araçtır. Çalışmamızda bireylere dental plak hakkında bilgi verilmesi aşamasında ve oral hijyen uygulamalarının etkinlikleri değerlendirilirken çocuklarla iletişimi ve dental plağı görebilmelerini kolaylaştırması açısından plak boyayıcı solüsyon kullanılmıştır.

Bakteriyel plak tabakasının ağız dokularındaki varlığı, neden olabileceği hastalıklar ve nasıl temizlenmesi gerektiği konusunda hastaların eğitiminde kullanılan birçok teknik araştırılmıştır. Hastalara oral hijyen uygulamaları hakkında sadece önerilerde bulunmanın bireysel ağız sağlığını etkileme konusundaki başarısının son derece sınırlı olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (2-4). Hastalara önerilmesi gerekenler konusunda bol miktarda kanıt bulunmasına (5-7) rağmen, bu önerilerin ne kadarının aktarıldığı veya etkili nasıl sunulacağı konusunda az sayıda araştırma bulunmaktadır (8). Diş hekimleri ağız ve diş sağlığı konusunda verdikleri tavsiyelerle hastaların davranışlarını değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu nedenle davranış değişimi için geliştirilmiş psikolojik modellerden OHE uygulamaları sırasında faydalanılmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu modellerin OHE uygulamalarına aktarımı konusunda yapılan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Iwata ve Becksforth (46) davranış modifikasyonu yaklaşımıyla bireylerin oral hijyen uygulamalarını değiştirme konusunda yaptıkları çalışmada hastaları teşvik etmek için plak skorlarında düşüş olan hastaların dental tedavi bedellerinde indirim uygulamışlardır. Araştırma son derece başarılı olmuş ve bu teşvik sayesinde hastaların davranışları değiştirilebilmiştir. Sosyal bilişsel teorinin kurucusu olan Bandura'ya göre bir konuda kişisel yetkinlikleri olduğuna dair pozitif inançları olan bireyler genellikle o konuda beklenen davranış değişimini gerçekleştirmektedirler (47). Bu teorinin diş hekimliği alanında

uygulaması McCaul ve ark. (48) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre uygulanan sosyal bilişsel modele ek olarak bazı motivasyonu artırıcı faktörler de denenmiş ve çalışma boyunca tüm gruplarda başarılı bir davranış değişimi gözlenmiştir. Ancak takip dönemlerinde davranış değişiminin başlangıca göre çok az farklılık gösterdiği bulgulanmıştır. Özellikle hasta uyumunun sağlanmasında SIM ile başarılı sonuçlar elde edildiği bildirilirken diş fırçalama veya diş ipi kullanımı gibi alışkanlığa dayalı davranışlar üzerine etkisinin tartışmalı olduğu bildirilmektedir (49). Düşünölmüş Eylem Teorisi sosyal davranışları ve başkalarının neden olduğu kuralcı etkiler üzerine odaklanmış bir modeldir. Bu davranış değişimi yaklaşımı McCaul ve ark. (50) tarafından oral hijyen uygulamalarına etkisi açısından incelenmiş ve sonuçlar olumlu bulunmuştur. Renz ve ark.'nın (51) Cochrane sistematik derlemesinde dental uygulamalarda davranış değişikliği modellerinin kullanımını 4 çalışmada incelenmiş ve bu yaklaşımların zaman ve özel eğitim gerektirmelerine rağmen hasta uyumu ve davranış değişimleri yaratmada faydalı olacağı sonucuna varmışlardır.

Bizim araştırmamızda SIM'ne ve Düşünölmüş Eylem Teorisine dayanarak hasta seçiminde diş hekimliği faköltesine başvuran ve Çocuk Psikiyatrisi kliniğine bıraktığımız broşürler aracılığıyla kliniğimize gele hastalar seçildi. Böylece tedavi olma arzusunda ve inancına sahip velilerin çocukları çalışmaya katıldı. Trans-teorik modele göre bu davranış hem veli hem de çocuk için "Eylem" aşaması olarak kabul edilmektedir.

Araştırmacılar, oral hijyen alışkanlıklarının kazandırılması ve hayat boyu devam ettirilebilmesi için daha çok çocuk ve genç ergenler üzerinde araştırma yapmışlardır. Diş fırçalama, tüm diğer alışkanlıklar gibi çocukların sosyalizasyon süreçleri esnasında kazandıkları bir alışkanlıktır. Diş fırçalama alışkanlığı erken çocukluk veya çocukluk döneminde kazandırıldığında ileri yaşlarda genç ve erişkinlerin yaşamında günlük rutin haline gelmektedir. Çocukların tedavisi sırasında davranış yönetimi tekniklerinden yararlanılması günümüzde kabul edilen bir yaklaşımdır. Diş hekimi ile çocuk arasında iyi bir ilişki oluşturulmasının hem tedavi sırasında kooperasyon sağlama yönünden hem de koruyucu önerilere uyma açısından tedavinin başarısını etkilediği gösterilmiştir (52).

Çocukların tedavileri sırasında başarılı olabilmek için “genç hastanın, yaşlı hastaların mini sürümü olarak tedavi edilmemeleri gerektiği” konusuna dikkat çekilmektedir (3).

On yaşın altındaki çocuklarda diş fırçalamanın çok etkin olmadığı gösterilmiştir (53). Bu zorluk, o yaş grubundaki çocuklarda motivasyon ve el becerisindeki kapasiteyle paralel olarak gitmektedir (54). Çocukların bireysel oral hijyen uygulamaları için eğitilmesi fizyolojik gelişim durumlarıyla paralel olarak ilerlemelidir (55). Bizim çalışmamızda grupların yaş ortalaması $12,82 \pm 1,56$ 'dır, bu da oral hijyen eğitimi verdiğimiz çocukların yaş ortalamalarının diğer çalışmalarda öngörülen aralığa uygun olduğunu göstermektedir. Daha küçük yaş grubunda, özellikle okul öncesi çocuklarda dilbilgisiyle ilgili kavrama yeteneğinin erken çocukluk döneminde başlayıp yıllar süren bir periyoda yayılıp geliştiği belirtilmiştir (56). Bu durum, o yaş grubundaki çocuklarda oral hijyen eğitimi verilirken sadece sözel anlatımın yeterli olmadığını, bunun çeşitli görsel uyaranlarla desteklenmesi gerektiğini açıklamaktadır. Buna ek olarak Simmons ve ark. (56) bir çalışmada 2-4 yaş grubundaki çocukların çoğunun 'iç-dış-üzerinde' gibi kavramları somutlaştıramadıklarını göstermişlerdir. Dolayısıyla bu yaş grubundaki çocuklara sözel olarak verilen oral hijyen eğitiminin yeterli olmadığı, görsel ve işitsel eğitimin uygun olduğu belirtilmiştir. Daha ileri yaş gruplarında oral hijyen alışkanlıklarının kazandırılmasında en çok tercih edilen yöntemler; basılı materyaller, sözlü anlatım ve görsel anlatım olmak üzere 3 farklı tipte ortaya çıkmaktadır. Ancak Self ve ark.'nın araştırmasında da yazılı olarak verilen bilgilerin etkinliğinin en az olduğu gösterilmiştir. Bir diğer çalışmada farklı oral hijyen motivasyon yöntemlerinin grupların oral hijyen durumları üzerindeki etkilerine bakılmış ve yazılı olarak verilen oral hijyen eğitiminin plak skorlarında hiçbir gelişme sağlayamadığı gösterilmiştir (57).

Eğitim yöntemlerine genel olarak bakıldığında, gerek sosyo-ekonomik gerekse zeka ve kültürel yapı özelliklerinden dolayı tek bir yöntemin başarı veya başarısızlık gösterdiğini söylemek doğru değildir. Bireylerin zeka, sosyal ve kültürel özelliklerini, kişisel ihtiyaçlarını göz önünde tutarak iletişim kurmak ve bilgilendirmek başarılı eğitim programlarının temelini oluşturur.

Çocuklarda dikkat ve öğrenme sorunlarıyla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu iki alandaki sorun genellikle gelişimsel hastalıklardan kaynaklanmaktadır (58). DEHB tanı kriterlerine uyan çocukların bir kısmında öğrenme sorunlarının da bu duruma eşlik ettiği bildirilmiştir (22). DEHB okul yaşındaki çocuklarda en sık görülen davranışla ilgili hastalıklardandır prevalansı %2-20 arasında değişmekte olduğu rapor edilmiştir (22). DEHB olan çocukların okuldaki akademik başarıları riskli olduğundan eğitim konusunda özel yardıma ihtiyaçları olabilir. Bu nedenle eğitimcilerin sosyo-psikolojik eğitim modelleri ve yaklaşımlarından faydalanmalarının yararlı olduğu bildirilmiştir (58). DEHB olan çocuk nüfusunun oldukça fazla olmasına rağmen bu çocukların ağız sağlığı ile ilişkili az sayıda çalışma bulunması nedeniyle bu tez çalışmasında DEHB olan çocuklarda ağız sağlığının iyileştirilmesinde davranış değişimi modellerinin ve çeşitli güdüleme tekniklerinin etkinliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma gruplarımızı oluşturan 44 bireyden 22 tanesi DEHB olan çocuklardan oluşmaktaydı ve bunların 20 tanesi erkekti. DEHB tanısının kızlara oranla erkeklerde 3-6 kat daha fazla konulduğu daha önce yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (22). Literatürde, cinsiyete dayalı bu farklılığın neden kaynaklandığını açıklayan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte kız çocuklarda tanının daha güç olması nedeniyle teşhis konusunda eksiklikler olabileceği öne sürülmüştür (22).

Daha önceki çalışmaların aksine, DEHB bulunan test ve kontrol grubunda başlangıç Pİ ve Gİ değerlerinin sağlıklı gruplardan istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgularımız DEHB gruplarındaki çocukların ilaç tedavisinde olmalarından kaynaklanabilir. DEHB olan çocukların diş hekimliği uygulamaları sırasında gösterdikleri olumsuz davranışlar ve tedaviye uyumlarının değerlendirildiği çalışmaların ortak sonuçları göstermiştir ki ilaç tedavisi altındaki DEHB olan çocukların kontrol gruplarından farkları yoktur (58).

Çalışmamızda sağlıklı grubun yanı sıra özel öğretim teknikleri ve bireysel yaklaşımda farklılıklar gerektiren DEHB bulunan çocuklar üzerinde 2 ayrı oral hijyen motivasyon yönteminin 1. hafta, 1.ay ve 3. aylardaki klinik etkinliği

araştırılmıştır. Gruplara uygulanan hijyen eğitimleri davranış değişimi modellerinden transteorik, bilişsel ve SİM'nin kombinasyonu olarak planlanmıştır.

Çocuklarını ağız ve diş sağlığı tedavisi için kliniğimize getiren DEHB olan çocukların velilerinin eğitiminde de SİM'den faydalanıldı. Daha önce çocukların çürük insidansı ve ebeveynlerin ağız bakımına verdikleri önem konusunda yapılan araştırma sonuçları çocukların beslenme alışkanlıklarının aile bireylerinden etkilendiği ve velinin çocuğun günde 2 defa dişlerini fırçalamasını sağlayabileceğine dair pozitif inancının olmasının davranış değişikliği sağlayabileceğini göstermiştir (3, 59). Ancak henüz ebeveyn becerileri ve davranışlarının çocuklarda iyi oral hijyen becerilerinin ortaya çıkması üzerine etkileri konusunda bir kanıt bulunmamaktadır. DEHB test grubunda velilere SİM uygulamasının etkinliği tek başına değerlendirilmedi ancak test grubuna ait sonuçların tüm dönemlerde daha başarılı olmasında diğer faktörlerin yanında SİM aracılığıyla velilerin yaklaşımlarının da etkili olduğu düşünülmüştür.

DEHB bulunan çocuklarda kendi yaş gruplarındaki sağlıklı çocuklardan farklı olarak dikkati sürdürmede ve odaklanmada zorluk, kötü davranış biçimlerine, sağlıksız yaşam alışkanlıklarına eğilim olduğu bilinmektedir. Tedavi süresince, daha ileri yaşlarda ve çocuğun sosyalleşmesi arttıkça hastalığın ve davranış semptomlarının azaldığı bir gerçektir. Çalışmamızda hem grubun yaş ortalaması yönünden, hem de tedavi görmekte olan çocuklardan oluştuğundan davranış ve uyum yönünden herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

DEHB olan çocukların görsel uyaranlara verdikleri olumlu yanıt nedeniyle, diş fırçalamayı hatırlatıcı, bilgilendirici, dişler fırçalanmadığı zaman ne gibi olumsuzluklar yaşayacaklarını belirten bilgisayar sunumu ve basılı materyaller kullandık. Önerdiğimiz teknikler bireylerin yaş gruplarına uygunluğu konusunda daha önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Edimsel koşullanma yoluyla öğrenme ve davranış değişikliği Skinner (60) tarafından önerilmiştir. Edimsel koşullanma prensibine göre olumlu yönde desteklenen tepkilerin tekrarlanma olasılığı da artmaktadır. Bu varsayımdan hareketle araştırmamızda da fırçalama günlüğünü dolduran ve buna göre dişlerini günde

2 defa fırçalayan çocuklara çıkartma (sticker) hediye edilerek bu faaliyetin devam ettirilmesine çalışılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermese de Pİ ortalamaları test gruplarında aritmetik olarak daha düşük bulunmuştur. Bu değerlerin hatırlatıcı ve teşvik edici materyal kullanımından kaynaklandığı yorumu yapılabilir.

Gruplara ait farklı değerlendirme dönemlerindeki Pİ ortalamalarındaki değişimler incelendiğinde, tüm gruplarda tedavi sonrası 1. haftada Pİ değerlerinin başlangıça oranla anlamlı düzeyde azaldığı görüldü. Bu sonuç diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (61).

Birinci ay Pİ değerlerinin kontrol DEHB grubu dışında tüm gruplarda başlangıç değerlerine göre daha düşük olduğu tespit edildi. Bu bulgu OHE planımızın genel olarak plak kontrolünde etkin olduğunu ancak kontrol DEHB grubunda hatırlatıcı materyal, ebeveyn desteği ve pozitif teşvik gibi destekleyici ajanların bulunmamasının DEHB'nun özellikleriyle birleşmesiyle oral hijyen uygulamalarının beklendiği gibi gerçekleşmediğini göstermektedir.

DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarında 3. ayda Pİ ortalamalarının başlangıç değerlerine yükseldiği, ancak test DEHB ve sağlıklı grupların Pİ değerlerinin başlangıç ölçümlerine göre düşük olduğu belirlendi. Bu sonuçlar destekleyici materyal ve yaklaşımların uzun dönemde diş fırçalama alışkanlığının kazanılması ve idamesinde etkili olduğunu desteklemektedir.

Gİ değerleri incelendiğinde test gruplarında Gİ ortalamalarının daha düşük olması bu gruptaki bireylerin daha sık veya daha uzun süreli oral hijyen uygulamaları yaptıklarını göstermektedir. 3. ayda Gİ değerlerinin tüm gruplarda başlangıç ortalamalarına ulaştığı gözlemlendi. Bu bulgular uygulanan yöntemin alışkanlık kazandırmada yeterli olmadığını, sadece kısa süreli bir davranış değişikliği sağladığını düşündürdü.

Sonuç olarak, bireysel ve görsel yardımcı ajanlarla desteklenen OHE, ağız hijyenini 2 aylık dönem için önemli oranda geliştirmiştir. Pİ ve Gİ skorlarında azalmaya neden olmuştur. 3. ay Pİ ve Gİ değerleri incelendiğinde ortalamaların başlangıç değerlerine döndüğü, yani uzun dönemde çalışma başlangıcındaki değerlerin korunamadığı dikkat çekmiştir. Çocukların dental

kontrol aralıklarının belirlenmesine yönelik derleme sonuçlarına göre bu konuda kesin yorum yapmaya yeterli veri bulunmadığı bildirilmektedir. Bu nedenle Beirne ve ark. mevcut 6 aylık kontrol seansı uygulamasının devam ettirilmesini önermişlerdir. Bizim bulgularımız özellikle iyi ağız ve diş bakımı alışkanlıkları geliştirebilmek için çocukların başlangıçta 3 aylık aralıklarla kontrollerinin uygun olduğunu göstermektedir. Bu şekilde bir pekiştirmenin hem sağlıklı hem de ilaç tedavisi altındaki DEHB olan çocuklar için etkinliğinin değerlendirilebilmesi için uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bireylerin sağlık, zeka, sosyo-kültürel yapı, eğitim seviyesi, yaşadığı bölge, ailenin ekonomik durumu, ebeveynlerle ilişkiler genel davranış biçimini dolayısıyla kişisel hijyen ve özel olarak da oral hijyen durumunu belirlemektedir. Bütün bunlar değerlendirildiğinde, tek bir yöntemin genel popülasyonda başarılı veya başarısız olacağını söylemek doğru değildir. Kişilerin ihtiyaçları göz önüne alınarak bireysel yaklaşımın ön plana çıkması gerekmektedir. Her birey kendi içerisinde özel olarak ele alınmalı ve çocuğun ihtiyaçlarına göre hekimin iletişim kurabileceği bir yöntem geliştirilmelidir. Hekimin hastasını sık görmesi, motivasyonun hekim koltuğunda hasta ağızında sık tekrarlanması ve sonuçların hastaya somut olarak gösterilmesi gerekmektedir. Bütün bunların yanı sıra birey, içinde yaşadığı toplumdan ayrı tutulamayacağı için, toplumun eğitim, sosyal, ekonomik seviyesi geliştirilmeden, çocuğun örnek alacağı modellerde değişim yapılmadan istenilen davranış biçiminin geliştirilmesi oldukça zor görünmektedir.

Bu çalışmanın sınırları dahilinde psikolojik davranış değişikliği yaklaşımlarının ve motivasyon uygulamalarının oral hijyen alışkanlıklarını değiştirmede etkili olduğu bulguları. Sadece bilgilendirme ve motivasyonun daha kısa süreli değişimler sağladığı, başarı oranlarını arttırmak için davranış değişiminden sonra bunun bir alışkanlık haline dönüşmesi sağlanmalıdır. Sosyal bilişsel teori modelinde olduğu gibi hastanın hastalık geliştirme riskini, hastalığın belirti ve sonuçlarını ve tedavinin faydalarını anlaması, başarı için gereklidir.

Günümüzde yaşlı nüfusunun artması ve bu bireylerin kendi dişlerinin daha uzun süre kullanmalarıyla periodontal hastalıklar diş hekimleri ve ekonomi için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu nedenle geleneksel tedavi yaklaşımları yerine koruyucu stratejilerin ve davranış değişim modellerinin benimsenerek rutin dental hizmetler kapsamına alınması gereklidir. Mevcut teknolojik gelişmeler hastaların kendi oral bakımlarında daha fazla sorumluluk almaları için hastalara yardımcı olmaya hazırdır, ancak diş hekimleri de hastalarından davranış değişimleri beklerken kendi davranış ve uygulamalarını değiştirmelidirler.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

1. DEHB bulunan test ve kontrol grubunda başlangıç Pİ ve Gİ değerlerinin sağlıklı gruplardan istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi.
2. Tüm gruplarda tedavi sonrası 1. haftada Pİ değerlerinin başlangıca oranla anlamlı düzeyde azaldığı görüldü.
3. Birinci ay Pİ değerlerinin kontrol DEHB grubu dışında tüm gruplarda başlangıç değerlerine göre daha düşük olduğu tespit edildi.
4. DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarında 3. ayda Pİ ortalamalarının başlangıç değerlerine yükseldiği, ancak test DEHB ve sağlıklı grupların Pİ değerlerinin başlangıç ölçümlerine göre düşük olduğu belirlendi.
5. Test gruplarında Gİ ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü.
6. 3. ayda Gİ değerlerinin tüm gruplarda başlangıç ortalamalarına ulaştığı gözlemlendi.
7. Destekleyici materyal ve yaklaşımların 3 aylık dönemde diş fırçalama alışkanlığının kazanılması ve idamesinde etkili olduğunu kanıtlamaktadır. Ancak uygulanan yöntem alışkanlık kazandırmada yeterli olamamış, sadece kısa süreli bir davranış değişikliği sağlamıştır.
8. Davranış değişikliği ve pekiştirmelerin hem sağlıklı hem de ilaç tedavisi altındaki DEHB olan çocuklar için etkinliğinin değerlendirilebilmesi için uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7 Kaynaklar

1. HANCOCK, E.B. ve NEWELL, D.H. (2001). Preventive strategies and supportive treatment. *Periodontol 2000*, **25**: 59-76.
2. ASHLEY, F.P. ve ALLEN, C.D. (1996) Oral health promotion, in *Prevention of oral disease*, Editor: MURRAY, J.J., Oxford University Press: Oxford. p. 139-146.
3. KAY, E. ve LOCKER, D. (1998). A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*, **15**(3): 132-44.
4. WATT, R., FULLER, S., HARNETT, R., TREASURE, E. ve STILLMAN-LOWE, C. (2001). Oral health promotion evaluation--time for development. *Community Dent Oral Epidemiol*, **29**(3): 161-6.
5. (2002) Targeted caries prevention in 6-16 year olds attending for dental care. . Sign guideline. Edinburgh: Scottish Inter-Collegiate Guideline Network.
6. HEANUE, M., DEACON, S.A., DEERY, C., ROBINSON, P.G., WALMSLEY, A.D., WORTHINGTON, H.V. ve SHAW, W.C. (2003). Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*, (1): CD002281.
7. MARINHO, V.C., HIGGINS, J.P., SHEIHAM, A. ve LOGAN, S. (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, (1): CD002278.
8. VERMEIRE, E., HEARNshaw, H., VAN ROYEN, P. ve DENEKENS, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, **26**(5): 331-42.
9. BEIL, H., MAYER, M. ve ROZIER, R.G. (2009). Dental care utilization and expenditures in children with special health care needs. *J Am Dent Assoc*, **140**(9): 1147-55.
10. Türkiye sağlık araştırması. 2008 [erişim tarihi 2010; URL: www.tuik.gov.tr].

11. WELBURY, R.R., THOMASON, J.M., FITZGERALD, J.L., STEEN, I.N., MARSHALL, N.J. ve FOSTER, H.E. (2003). Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, **42**(12): 1445-51.
12. RODRIGUES DOS SANTOS, M.T., MASIERO, D., NOVO, N.F. ve SIMIONATO, M.R. (2003). Oral conditions in children with cerebral palsy. *J Dent Child (Chic)*, **70**(1): 40-6.
13. SHIBOSKI, C.H., KAWADA, P., GOLINVEAUX, M., TORNABENE, A., KRISHNAN, S., MATHIAS, R., DEN BESTEN, P. ve ROSENTHAL, P. (2009). Oral disease burden and utilization of dental care patterns among pediatric solid organ transplant recipients. *J Public Health Dent*, **69**(1): 48-55.
14. KOPYCKA-KEDZIERAWSKI, D.T. ve AUINGER, P. (2008). Dental needs and status of autistic children: Results from the national survey of children's health. *Pediatr Dent*, **30**(1): 54-8.
15. NEWACHECK, P.W., HUGHES, D.C., HUNG, Y.Y., WONG, S. ve STODDARD, J.J. (2000). The unmet health needs of america's children. *Pediatrics*, **105**(4 Pt 2): 989-97.
16. THOME, J. ve JACOBS, K.A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (adhd) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, **19**(5): 303-306.
17. STILL, G.F. (1902). The coulstonian lectures on some abnormal psychial conditions in children. *Lancet*, **1**: 1008–12.
18. TREDGOLD, A. (1908) Mental deficiency (amentia). New York W Wood.
19. WEISS, G. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatry. Second ed, ed. LEWIS, M., Baltimore: W. And Wilkins. 544-563.
20. SZATMARI, P., OFFORD, D.R. ve BOYLE, M.H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*, **30**(2): 219-30.
21. BIEDERMAN, J. ve FARAONE, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, **366**(9481): 237-48.

22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.(1994), American Psychiatric Association: Washington DC.
23. Dehb'li çocukların ilgilerini çeken şeylere dikkatlerini toplayabilmeleri. 2008 [erişim tarihi 2010; URL: <http://www.cgrsder.org/habergoster.php?h=124>.
24. GROOMS, M.T., KEELS, M.A., ROBERTS, M.W. ve MCIVER, F.T. (2005). Caries experience associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Pediatr Dent*, **30**(1): 3-7.
25. BROADBENT, J.M., AYERS, K.M. ve THOMSON, W.M. (2004). Is attention-deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries? A case-control study. *Caries Res*, **38**(1): 29-33.
26. HOLBROOK, W.P., ARNADOTTIR, I.B., TAKAZOE, I., BIRKHED, D. ve FROSTELL, G. (1995). Longitudinal study of caries, cariogenic bacteria and diet in children just before and after starting school. *Eur J Oral Sci*, **103**(1): 42-5.
27. Report of workshop aimed at defining guidelines for caries clinical trials: Superiority and equivalency claims for anticaries dentifrices (1993), Journal of the American Dental Association. p. 663-665.
28. BROWN, L.J. ve LOE, H. (1993). Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontol 2000*, **2**: 57-71.
29. GÜNGÖR, K., TÜTER, G. ve BAL, B. (1999). Eğitim düzeyi ile ağız sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **16**: 15-20.
30. ÖZTUNÇ, H., HAYTAÇ, M.C., ÖZMERİÇ, N. ve UZEL, İ. (2000). Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **17**: 1-6.
31. TULUNOĞLU, Ö., BODUR, H. ve AKAL, N. (1999). Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız-diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **16**: 27-32.

32. WEINTRAUB, J.A. (1998). Prevention of early childhood caries: A public health perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*, **26**(1 Suppl): 62-6.
33. BROWN, L.J., WALL, T.P. ve LAZAR, V. (1999). Trends in untreated caries in permanent teeth of children 6 to 18 years old. *J Am Dent Assoc*, **130**(11): 1637-44 contd.
34. NEEDS, K. ve POSTANS, J. (2006) Oral health education and promotion, in *Clinical textbook of dental hygiene and therapy*, Editor: IRELAND, R., Wiley-Blackwell: Oxford. p. 135-152.
35. CORTESE, S., ISNARD, P., FRELUT, M.L., MICHEL, G., QUANTIN, L., GUEDENEY, A., FALISSARD, B., ACQUAVIVA, E., DALLA BERNARDINA, B. ve MOUREN, M.C. (2007). Association between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. *Int J Obes (Lond)*, **31**(2): 340-6.
36. MOLINA, B.S. ve PELHAM, W.E., JR. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with adhd. *J Abnorm Psychol*, **112**(3): 497-507.
37. AXELSSON, P. ve LINDHE, J. (1981). The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*, **8**(4): 281-94.
38. RAMFJORD, S.P., MORRISON, E.C., BURGETT, F.G., NISSLE, R.R., SHICK, R.A., ZANN, G.J. ve KNOWLES, J.W. (1982). Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J Periodontol*, **53**(1): 26-30.
39. BRUNING, R.H., SCHRAW, G.J. ve RONNING, R.R. (1995) Beliefs about self in cognitive psychology and instruction USA: Prentice Hall Inc. 129-138.
40. MONTEANO, D.E. ve KASPRZYK, D. (2002) The theory of reasoned action and the theory of planned behavior., in *Health behavior&health education. Theory, research and practice*, Editor: GLANTZ, K., RIMER, B.K. ve LEWIS, F.M., Jossey Bass: San Francisco. p. 67-98.
41. BANDURA, A., ADAMS, N.E. ve BEYER, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol*, **35**(3): 125-39.

42. CLARKSON, J.E., YOUNG, L., RAMSAY, C.R., BONNER, B.C. ve BONETTI, D. (2009). How to influence patient oral hygiene behavior effectively. *J Dent Res*, **88**(10): 933-7.
43. TURESKY, S.S. (1970). What is the role of dental calculus in the etiology and progression of periodontal disease? *J Periodontol*, **41**(5): 285-6.
44. SILNESS, J. ve LOE, H. (1964). Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*, **22**: 121-35.
45. GLAVIND, L., ZEUNER, E. ve ATTSTROM, R. (1981). Oral hygiene instruction of adults by means of a self-instructional manual. *J Clin Periodontol*, **8**(3): 165-76.
46. IWATA, B.A. ve BECKSFORT, C.M. (1981). Behavioral research in preventive dentistry: Educational and contingency management approaches to the problem of patient compliance. *J Appl Behav Anal*, **14**(2): 111-20.
47. BANDURA, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, **13**: 623-649.
48. MCCAUL, K.D., GLASGOW, R.E. ve O'NEILL, H.K. (1992). The problem of creating habits: Establishing health-protective dental behaviors. *Health Psychol*, **11**(2): 101-10.
49. SARAFINO, E.D. (1990) Health psychology: Biopsychosocial interactions. New York: John Wiley & Sons.
50. MCCAUL, K.D., GLASGOW, R.E. ve GUSTAFSON, C. (1985). Predicting levels of preventive dental behaviors. *J Am Dent Assoc*, **111**(4): 601-5.
51. RENZ, A., IDE, M., NEWTON, T., ROBINSON, P.G. ve SMITH, D. (2007). Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD005097.
52. CROSSLEY, M.L. ve JOSHI, G. (2002). An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the uk. *Br Dent J*, **192**(9): 517-21.

53. UNKEL, J.H., FENTON, S.J., HOBBS, G., JR. ve FRERE, C.L. (1995). Toothbrushing ability is related to age in children. *ASDC J Dent Child*, **62**(5): 346-8.
54. GROSSMAN, E. ve PROSKIN, H. (1997). A comparison of the efficacy and safety of an electric and a manual children's toothbrush. *J Am Dent Assoc*, **128**(4): 469-74.
55. ZIMMER, S., BIZHANG, M., SEEMANN, R. ve BARTHEL, C.R. (2001). [effective of preventive programs on oral hygiene of adults and school children]. *Gesundheitswesen*, **63**(2): 98-101.
56. SIMMONS, S., SMITH, R. ve GELBIER, S. (1983). Effect of oral hygiene instruction on brushing skills in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*, **11**(4): 193-8.
57. LEES, A. ve ROCK, W.P. (2000). A comparison between written, verbal, and videotape oral hygiene instruction for patients with fixed appliances. *J Orthod*, **27**(4): 323-8.
58. BLOMQUIST, M., HOLMBERG, K., FERNELL, E. ve DAHLLOF, G. (2004). A retrospective study of dental behavior management problems in children with attention and learning problems. *Eur J Oral Sci*, **112**(5): 406-11.
59. KAY, E.J. ve LOCKER, D. (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*, **24**(4): 231-5.
60. SKINNER, B.F. (1954). The science of learning and the art of teaching. *Harvard Educational Review*, **24**(2): 86-97.
61. BAAB, D.A. ve WEINSTEIN, P. (1983). Oral hygiene instruction using a self inspection plaque index. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **11**(3).