



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ÖZEL MUAYENEHANELERDE ÇALIŞAN GENEL DİŞ
HEKİMLERİNİN PERİODONTAL TANI, TEDAVİ VE
YÖNLENDİRME YAKLAŞIMLARI**

İbrahim Çağrı ÖZÇELEBİ

**PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Elif ÜNSAL**

**ANKARA
2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÖZEL MUAYENEHANELERDE ÇALIŞAN GENEL DİŞ
HEKİMLERİNİN PERİODONTAL TANI, TEDAVİ VE
YÖNLENDİRME YAKLAŞIMLARI**

İbrahim Çağrı ÖZÇELEBİ

**PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Elif ÜNSAL**

**ANKARA
2019**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Özel Muayenehanelerde Çalışan Genel Diş Hekimlerinin Periodontal Tanı, Tedavi ve Yönlendirme Yaklaşımları” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan klinik çalışma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

: İbrahim Çağrı ÖZÇELEBİ

Tarih

: 18.11.2019

İmza

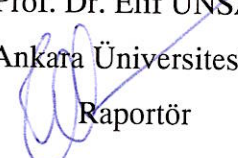
: 

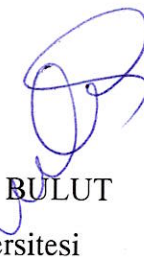
KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Periodontoloji Anabilim Dalında
İbrahim Çağrı ÖZÇELEBİ tarafından hazırlanan
“Özel Muayenelerinde Çalışan Genel Diş Hekimlerinin Periodontal Tanı, Tedavi ve
Yönlendirme Yaklaşımları” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ
olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18 /11/ 2019


Prof. Dr. Murat AKKAYA
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Elif ÜNSAL
Ankara Üniversitesi
Raportör


Prof. Dr. Sule BULUT
Başkent Üniversitesi


Prof. Dr. Nilgün ALPTEKİN
Başkent Üniversitesi


Doç. Dr. Nilsun BAĞIŞ
Ankara Üniversitesi

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Periodontoloji Tanımı ve Tarihçesi	1
1.2. Periodontal Hastalığın Tanımı ve Kapsamı	6
1.2.1. Kolonizasyon	9
1.2.2. İnvazyon	10
1.2.3. Doku yıkımı	11
1.2.4. İyileşme ve fibrozis	11
1.3. Periodontal Hastalıkların Sınıflandırılması	12
1.3.1. Kronik periodontitis	15
1.3.2. Agresif periodontitis	16
1.4. Periodontal Hastalıkların Teşhisi	17
1.4.1. Klinik Ölçümler	17
1.4.1.1. Plak indeksi (PI)	17
1.4.1.2. Gingival indeks (GI)	18
1.4.1.3. Toplumda periodontal tedavi gereksinimi indeksi-CPITN	18
1.4.1.4. Cep derinliği	19
1.4.1.5. Sondlamada kanama (BOP)	20
1.4.1.6. Mobilite	21
1.4.1.7. Klinik ataşman kaybı	22
1.4.2. Radyografik Değerlendirme	22
1.5. Periodontal Hastalıkların Teşhis ve Tedavisinde Kullanılan Aletler	24
1.6. Periodontal Hastalıkların Tedavileri	25

1.6.1. Öncelikli Faz (Acil Durumlar)	26
1.6.2. Başlangıç Fazı (Faz I- Cerrahi Olmayan Faz)	27
1.6.3. Cerrahi Fazı (Faz 2)	28
1.6.3.1. Periodontal cep cerrahisi	29
1.6.3.2. Kemik cerrahisi	30
1.6.3.3. Rejeneratif cerrahi	31
1.6.3.4. Mukogingival tedavi	31
1.6.3.5. İmplant cerrahisi	32
1.6.4. Restoratif Faz (Faz 3)	32
1.6.5. İdame Fazı (Faz IV)	32
1.7. Oral Hijyen Eğitimi ve Periodontal Tedavideki Yeri	35
1.8. Periodontal Hastalıkların Rekürrens Sebepleri	39
1.9. Periodontal Hastalıkların Ağız ve Genel Sağlığa Etkileri	42
1.10. Ağız-Diş Sağlığı Tedavilerinin Maliyetinin Değerlendirilmesi	47
1.11. Türkiye'de ve Dünyada Periodontal Hastalık Oranları ve Dağılımları	49
1.12. Periodontal Tedavi İçin Yönlendirme	52
1.13. Araştırmanın Amacı	57
2. GEREÇ VE YÖNTEM	59
2.1. Araştırmanın Yöntemi	59
2.2. İstatistiksel Yöntem	61
3. BULGULAR	62
3.1. Genel Diş Hekimlerine İlişkin Demografik Verilerin Karşılaştırılması	62
3.2. Genel Diş Hekimlerinin Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	64
3.2.1. Periodontal muayene	64
3.2.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirme	66
3.2.3. Oral Hijyen	67
3.2.4. Periodontal Cerrahi	68
3.2.5. Periodontal Tedavi Sonrası	70
3.3. Genel Diş Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	72
3.3.1. Periodontal muayene	72

3.3.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi	76
3.3.3. Oral Hijyen	77
3.3.4. Periodontal Cerrahi	79
3.3.5. Periodontal Tedavi Sonrası	81
3.4. Genel Diş Hekimlerinin Yaş Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	83
3.4.1. Periodontal muayene	83
3.4.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi	86
3.4.3. Oral Hijyen	87
3.4.4. Periodontal Cerrahi	89
3.4.5. Periodontal Tedavi Sonrası	91
3.5. Genel Diş Hekimlerinin Çalışılan İlçe Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	94
3.5.1. Periodontal muayene	94
3.5.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi	96
3.5.3. Oral Hijyen	97
3.5.4. Periodontal Cerrahi	99
3.5.5. Periodontal Tedavi Sonrası	101
3.6. Genel Diş Hekimlerinin Anket Sorularına Verdikleri Cevapların Etkileşimlerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	103
4. TARTIŞMA	109
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	144
ÖZET	147
SUMMARY	149
KAYNAKLAR	151
EKLER	164
Ek 1: Anket	164
ÖZGEÇMİŞ	169

ÖNSÖZ

Bu çalışmada devamlı periodontal eğitime olan ihtiyaç da değerlendirilmiştir. Anket eşliğinde yapılan bu çalışma, aynı zamanda oral hijyen protokolünü ve periodontal idame tedavisi için, diş hekimlerinin genel bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ankara bölgesinde merkez ve perifer ilçelerde serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal muayene ve tedaviye olan bakış açılarını değerlendiren herhangi bir araştırma daha önce yapılmamıştır.

Çalışmamızın amacı, serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye karşı davranış biçimi ve algısının değerlendirilmesi, hekimlerin hastalarını hangi durumlarda ve aşamalarda periodontoloğa yönlendirdiklerinin belirlenmesidir.

Doktora öğretimim boyunca her konuda yanımda olan ve benden sevgisini, yakınlığını ve desteğini esirgemeyerek en iyi şekilde eğitim alabilmemi sağlayan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Elif ÜNSAL' a,

Doktoraya başladığım ilk günden itibaren değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, eğitimim boyunca bana her konuda yardımcı olup desteğini esirgemeyerek beni periodontoloji camiasına kazandıran Sayın Prof. Dr. Murat AKKAYA ve sevgili ağabeyim Dr. Dt. İlkin KARADAĞ' a,

Doktora öğretimim süresince desteklerini ve yakınlıklarını eksik etmeyen, sevgi ve sabır göstererek pek çok konuda bilgi sahibi olabilmemi sağlayan ve bana olan güvenlerini göstererek aralarına meslektaşları olarak kabul eden anabilim dalımızın saygıdeğer öğretim üyelerine, kendilerinden öğrendiğimiz pratik ve teorik bilgiler ile ufkumuzu açan değerli hocalarım Prof. Dr. Hamit BOSTANCI, Prof. Dr. Nejat ARPAK ve Prof. Dr. Yaşar AYKAÇ, Prof. Dr. Meral GÜNHAN, Doç. Dr. Gülden EREŞ' e,

Birlikte çalışma imkanı bulduğum, huzurlu bir çalışma ortamında çalışmamı sağlayan ve iyi dostluklar kurduğum, başta Doç. Dr. Nilsun BAĞIŞ ve Doç. Dr. Fatma KARACAOĞLU olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Doktora tezimin tamamlanması sürecinde ve tüm doktora öğretimim boyunca bana olan destekleri ve yakınlıkları ile çalışma hayatımı kolaylaştıran başta Sayın Ali SAYAN olmak üzere tüm klinik idari personelimize,

Sonsuz sabrı, sevgisi, hoşgörüsü ve özverisiyle beni hayata hazırlayan hem anne hem baba olup ve her koşulda yanımda olan canım anneme,

Hayatın her türlü zorluğunda omuz omuza mücadele ettiğimiz, bana sonsuz güç veren sevgisi ve desteğiyle hep yanımda olup kendimi şanslı bir insan olarak hissettiren sevgili eşim Dr. Dt. Hande ÖZÇELEBİ' ye, tüm kalbimle teşekkür ederim.



SİMGELER VE KISALTMALAR

°	Derece
=	Eşittir
+	Artı
-	Eksi
%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür
α	Alfa
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANUG	Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
ASBYK	Ağız Sağlığı Bağlantılı Yaşam Kalitesi
BOP	Bleeding on probing
CHX	Klorheksidin
CPI	The community periodontal index
CPITN	The community periodontal index of treatment needs
DMFT	Decayed, missed, filled teeth
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DUÇEP	Diş Hekimliği Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
GI	Gingival indeksi
Gr	Gram
GSYİH	Gayri Safı Yurtiçi Hasılası
IGM	İmmünglobulin M
LPS	Lipopolisakkarit
M.Ö.	Milattan önce
MM	Milimetre

NUG	Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PI	Plak indeksi
SBYK	Sağlıkla Bağlantılı Yaşam Kalitesi
TL	Türk Lirası
TN	Treatment needs
WHO	World Health Organisation



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Periodontal tedavi fazlarının şematik gösterimi	26
Şekil 1.2. Periodontal tedavi fazlarının özeti	35
Şekil 2.1. Ankara ilçelerinin dağılımı	60



ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Değişkenlere ilişkin frekans dağılım çizelgesi	62
Çizelge 3.2. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	64
Çizelge 3.3. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	65
Çizelge 3.4. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	65
Çizelge 3.5. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	66
Çizelge 3.6. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	67
Çizelge 3.7. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	67
Çizelge 3. 8. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	68
Çizelge 3.9. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	69
Çizelge 3.10. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	70
Çizelge 3. 11. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	70
Çizelge 3.12. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	71

Çizelge 3.13. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	71
Çizelge 3. 14. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	72
Çizelge 3.15. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	73
Çizelge 3.16. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	74
Çizelge 3.17. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	76
Çizelge 3.18. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	77
Çizelge 3.19. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	78
Çizelge 3.20. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	79
Çizelge 3.21. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	80
Çizelge 3.22. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	81
Çizelge 3. 23. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	82
Çizelge 3.24. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	82
Çizelge 3.25. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı	83

Çizelge 3.26. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	83
Çizelge 3.27. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	84
Çizelge 3.28. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	85
Çizelge 3.29. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	86
Çizelge 3.30. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	87
Çizelge 3.31. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	88
Çizelge 3.32. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	89
Çizelge 3.33. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	90
Çizelge 3.34. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	91
Çizelge 3.35. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	92
Çizelge 3.36. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	92
Çizelge 3.37. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı	93
Çizelge 3. 38. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	94

Çizelge 3.39. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	94
Çizelge 3.40. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	95
Çizelge 3.41. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	96
Çizelge 3.42. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	97
Çizelge 3.43. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	98
Çizelge 3.44. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	99
Çizelge 3.45. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	100
Çizelge 3.46. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	101
Çizelge 3.47. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	102
Çizelge 3.48. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	102
Çizelge 3.49. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı	103
Çizelge 3.50. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna göre dağılımı	103

- Çizelge 3.51.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna göre dağılımı 104
- Çizelge 3.52.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı 105
- Çizelge 3. 53.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı 105
- Çizelge 3.54.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna göre dağılımı 106
- Çizelge 3.55.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı 107
- Çizelge 3.56.** Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı 107

1. GİRİŞ

Periodontal hastalığın tanısı ve yönetilmesi, periodontal tedaviden istenilen başarının elde edilebilmesi açısından büyük önem taşısa da, diş hekimlerince hak ettiği ölçüde ilgi görmemektedir. Chestnutt ve Kinane (1997), periodontal hastalık tanı ve tedavisini kapsayan hastalık yönetim sürecinin, diğer dental işlemler tarafından gölgede bırakıldığını belirtmişlerdir.

Periodontal hastalıkların çeşitliliği, hastalığın şiddeti, hekimlerin klinik becerileri, hastanın tedaviyi istemesi gibi birçok değişken nedeniyle, periodontoloğa yönlendirme ile ilgili kesin kurallar ve sınırlar belirlemek zordur (Dockter ve ark., 2006; Park ve ark., 2011).

Linden ve arkadaşları (1999), genel diş hekimlerinin yönlendirme süreci ile ilgili önemli farklılıkların olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple, İngiliz Periodontoloji Derneği standart bir yönlendirme protokolü oluşturmak amacıyla bir bildiri yayınlamıştır (Dowell ve Chapple, 2002). Benzer bir amaçla Amerikan Diş Hekimleri Birliği ve Amerikan Periodontoloji Akademisi de girişimlerde bulunmuş, hastaların periodontal tanılarının genel diş hekimleriyle olan ilk seanslarında yapılmasına ve hekimlerin teşhis ve tedavi için tam bir anamnez olarak muayenelerini yapmalarına karar verilmiştir (Charles ve Charles, 1994; Starr ve Collins, 1999).

Kuzey Amerika' da yapılan bir çalışmada, periodontologların genel diş hekimlerinin yönlendirmesi ile hastalara ulaştıkları belirtilmiştir (Park ve ark., 2011). Ülkemizdeki aksine, Kuzey Amerika' daki mevcut sağlık sigorta sistemi nedeniyle, hastaların 6 ayda bir diş hekimine kontrole gitmeleri zorunlu olup hastalar yönlendirme ile periodontologlara ulaşmaktadır.

Periodontal sağlığın genel sağlık ve sistemik hastalıklar ile yakın ilişkisi ve periodontal hastalıkların görülme sıklığındaki artışla birlikte hastaların farkındalıklarında ve hekimlerin tanı, tedavi ve idame uygulamalarında eksiklikler

olduğu görülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada, özel muayenehanelerde serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarının değerlendirilmesi, genel diş hekimlerinin hastalarını hangi durumlarda ve aşamalarda periodontoloğa yönlendirdikleri ve kliniklerde periodontal hastalıkların nasıl ele alındığı ile ilgili güncel durumun ortaya konması amaçlanmıştır.

1.1. Periodontoloji Tanımı ve Tarihçesi

Periodontoloji sözcüğü, Latince para=çevre, komşu, odus=diş ve logos=bilim sözcüklerinin birleşmesi ile meydana gelmektedir. Başka bir deyişle periodontoloji, dişin ağız boşluğunda tutunmasını sağlayan ve dişi çevreleyen yumuşak ve sert dokuların anatomi ve fizyolojisini inceleyen, bu dokularda oluşan hastalıkları araştıran ve bu hastalıkların tanısını, tedavisini ve sonrasında sağlık halinin devamlılığını sağlayan diş hekimliği bilim dalıdır. Sözü edilen komşu yapılar başta dişeti ardından sırasıyla sement, periodontal ligaman ve alveol kemiğinden oluşmaktadır. Bu dört yapının tamamına periodonsiyum denir. Modern teknolojinin bir sonucu olarak, periodontolojinin ilgi alanına implantlar da girmektedir.

Periodontal hastalığın tanısı ve yönetilmesi, periodontal tedaviden istenilen başarının elde edilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda periodontal sağlığın temin edilmesi, hem restoratif tedavinin istenilen şekilde sonuçlandırılabilmesi hem de hastanın genel sağlığının korunması açısından gereklidir. Diş hekimliğinde genel kabul gören bu anlayış, uygulamada da periodontal sağlığın gözetilmesi için kendisini ortaya koymaktadır.

Periodontoloji, diş destek dokularının sağlıklı yapılarının devam ettirilmesini ve özellikle de mikrobiyal dental plak gibi etiyolojik faktörlerin kontrol edilmesini kapsamaktadır (Armitage, 2010). Bununla birlikte periodontoloji, diş destek dokularının lezyonlarının tedavilerini ve tekrarlayan enfeksiyonlardan hastaların korunması amacıyla uzun dönem bakımını içermektedir (Claffey ve ark., 2004).

Periodontoloji tarihçesini insanlık tarihi ile birlikte incelemek mantıklıdır. Tarih öncesi dönemlerde insanların diş yapısı ile ilgilenen disiplinin adı paleostomatoloji ya da paleopatolojidir. Paleopatolojik araştırmalara göre tarihin ilk çağlarından bu yana, eski Mısır ve Amerika kıtasında gingival ve periodontal hastalıkların insanları etkilediği ve bu durumun kemik kaybı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Tıpla ilgili rastlanan çok eski tarihi belgelerde periodontal hastalığın bilindiği ve tedavi gereksinimlerinden bahsedildiği gözlenmektedir. Bu kayıtlarda diştaşlarının periodontal hastalık yapabileceğinden söz edilmiştir. Paleopatolojik çalışmalarda M.Ö. 2000 yıllarında bile periodontal hastalığa rastlanmaktadır. Bilinen en eski paleolitik kalıntılarda, dental çürük ve mine hipoplazisi ile birlikte kronik periodontal hastalık ve malformasyon izlerine rastlanmaktadır (Carranza ve ark., 2012).

Yapılan çeşitli kazılar sonucunda altın kürdanlar bulunmuş ve M.Ö. 3000' li yıllarda Sümerliler' in ağız hijyeni konusunda duyarlı oldukları sonucuna varılmıştır. Babilliler ve Asurlular' ın da Sümerliler gibi periodontal hastalıktan muzdarip oldukları anlaşılmıştır. Bu döneme ait kil tabletlerde dişleri kuvvetlendirmek için çeşitli bitki karışımlarıyla dişetlerine masaj yapılması önerilmektedir. Hint tıbbının önemli isimlerinden olan Sushruta, Sushruta Samhita adlı eserinde, dişetinde pürülan akıntı ve dişlerde aşırı mobilite ile kendini gösteren şiddetli periodontitis tablolarından bahsetmiştir (Khan ve ark., 2013).

Ortaçağa Arap Müslüman hekimler damga vurmuş olup, dönemin öne çıkan isimleri İbn-i Sina ve Zehravi' dir. Zehravi' nin diş hekimliği ve periodontolojiye çok önemli katkıları olmuş, diştaşı temizliğini detaylarıyla anlatmış ve diştaşlarının uzaklaştırılması için bir dizi enstrüman ve teknik geliştirmiştir. İbn-i Sina da Kanun adlı eserinde periodontal hastalıklar için medikal tedaviler önermiş, nadiren cerrahiye başvurmuştur (Khan ve ark., 2013).

Zehravi' nin çalışmalarını 15. yüzyıla taşıyan Şerefeddin Sabuncuoğlu (1385-1468) hipertrofik dişeti ve lingual frenilumun cerrahi olarak çıkartılmasını çizimlerle destekleyerek yazmış ve gingival dokunun koterizasyonunu tarif etmiştir. Sabuncuoğlu eğer dişlerde mobilite, dişetlerinde enflamasyon ve enfeksiyon

mevcutsa, medikal tedaviye başlanması gerektiğini, sonuç alınmadığında ise cerrahi tedaviye başvurulması gerektiğini bildirmiştir. Paracelsus (1493-1541) ise böbreklerde olduğu gibi, aşırı diştaşı birikiminin de dişlerde ağrıya neden olabileceğini ileri sürmüştür (Carranza ve ark., 2012).

İtalyan Rönesansı' nın anatomisti ve hekimi, Roma' dan Bartolomeo Eustachio (1520-1574), diş hekimliği hakkında 1563 yılında Libellus de Dentibus adında bir kitap yazmıştır. Bu kitap diş hekimliği alanında yazılan ilk özgün kitap olup, ilk defa dental pulpa ve periodontal membran tarif edilmiştir. Periodontitisin tedavisinde diştaşlarının temizliğinin yanı sıra, çok modern bir yaklaşımla gingival granülasyon dokularının küretajını önermiş ve böylece gingivanın tekrar yapışmasının kolaylaşacağını öne sürmüştür (Shklar ve ark., 2000).

Rönesans Dönemi' nin önde gelen cerrahlarından Fransız Ambroise Pare' nin (1509-1590) diş cerrahisine katkıları azımsanamayacak ölçüdedir. Hiperplastik dişeti dokularının gingivektomiyle eksizyonunu detaylı şekilde anlatmıştır. Ayrıca diştaşlarının etiyolojik önemini vurgulamış ve diş üzerindeki sert birikimlerin uzaklaştırılması için kazıyıcı alet kullanmıştır. 1530 yılında Almanca yayınlanan Artzney Buchlein ya da Zene Artzney isimli kitap dental pratikle ilgili olup, kitabın üç bölümü periodontal problemlere ayrılmıştır. Bu bölümlerde periodontal hastalıkların sistemik ve lokal etiyolojilerinden bahsedilmiştir (Carranza ve ark., 2012).

İtalyan hekim, matematikçi ve filozof Girolamo Cardano (1501-1576), 1562 yılında Opuscula Medica Senilia adlı bir eser yazmıştır. De dentibus, bu eserin ilk cildi olup üç bölüme ayrılır. Birinci bölümde insan dişinin anatomi ve embriyolojisi tanımlandıktan sonra diş çekimi hakkında bilgiler verilir. İkinci bölümde periodontal hastalıklardan ve tedavi yollarından bahsedilir. Girolamo Cordano, periodontal hastalığın farklı türleri olduğunu bildiren ilk kişi olmuştur (Eramo ve ark., 2014).

Modernizasyon ise 18. Yüzyılda Avrupa' da olmuştur. 1678' de İngiltere' de doğan Pierre Fauchard, 1728 yılında yayınlanan kitabı Le Chirurgien Dentiste' de, diş hekimliğinin bir çok dalından bahsetmektedir (Lynch ve ark., 2006).

John Hunter (1728-93), 18. yüzyılın en seçkin anatomist, cerrah ve patologlarından biri olup, *The Natural History of the Human Teeth* adlı bir eser yazarak eserinde dişin destek yapılarından bahsetmiştir. Onun çağdaşı Thomas Berdmore (1740-1785) da, İngiltere' nin önemli diş hekimlerindendir ve periodontal problemlerle ilgili çok sayıda bölüm içeren bir kitap yazmıştır (Carranza ve ark., 2012).

19. yüzyılda Leonard Koecker, 1826' da yayınlanan kitabında dişetindeki iltihabi değişikliklerden, mobilite nedenlerinden, diştaşlarının elimine edilmesinden ve ağız bakım uygulamalarından bahsetmiştir (Koecker, 1826). Aynı dönemde yaşamış bir diğer araştırmacı diş hekimi Levi Spear Parmly ise, oral hijyenin babası ve diş ipinin mucidi olarak bilinmektedir (Carranza ve ark., 2012)

19. yüzyıl ortalarında Amerika' da periodontal hastalıklar ve tedavileri konusunda otör kabul edilen isim John W. Riggs' dir (1811-1885). Öyle ki, o dönemde periodontitis, Riggs hastalığı olarak bilinmektedir. Riggs, diş hekimleri arasında ilk defa yalnızca periodontolojiyle ilgilenen diş hekimi olduğu için, tarihteki ilk periodontolog olarak kabul edilmektedir. 1876' daki bir makalesinde periodontal tedavide konservatif yaklaşımı benimsemiş, oral profilaksi ve koruma kavramlarını geliştirmiş ve ağız temizliğini savunarak cerrahiye de karşı çıkmıştır. O dönemki cerrahi tedavi ise gingival eksizyondur (Carranza ve ark., 2012).

19. yüzyıl ikinci yarısından sonra modern tıpla birlikte, diş hekimliği disiplini de derinden etkileyen ve modern anlamda diş hekimliğinin gelişmesine neden olan üç önemli olay olmuştur. Bunların birincisi Horace Wells' in anesteziyi keşfi, ikincisi Pasteur' ün mikrop teorisi ve üçüncüsü de 1895 yılında Wilhelm Conrad Roentgen tarafından X-Ray ışınlarının keşfidir. Yine aynı dönemlerde Virchow' un histopatolojik çalışmaları sonucunda, periodontal hastalık patogenezi histopatolojik çalışmalar kapsamında anlaşılmaya başlanmıştır.

Periodontal hastalık nedeni olarak bakterileri tanımlayan ilk kişi Alman diş hekimi Adolph Witzel (1847-1906) (Black, 1914) olurken, bakteriyel plak, Amerikalı diş hekimi J. Leon Williams tarafından (Williams, 1919) tanımlanmıştır.

20. yüzyılda Viyana Okulu'nda, modern periodontolojik uygulamaların dayandığı temel histopatolojik kavramlar geliştirilmiştir. Bunun öncülerinin başında Bernhard Gottlieb (1885-1950) gelmektedir (Carranza ve ark., 2012). Gottlieb, insan otopsi örneklerinde periodontal hastalıklara ait çok geniş bir mikroskopik çalışma yaparak, gingival epitelin dişe tutunması, inflamatuvar ve dejeneratif periodontal hastalık histopatolojisi ve sement biyolojisini açıklamıştır.

Devam eden dönemde ise cerrahi tedavi teknikleri geliştirilmeye başlanmıştır. Bu alanda çalışma yapanların başında, Berlin grubundan olan ve periodontal cerrahinin öncülerinden Robert Neumann (1882-1958) ve Oskar Weski gelmektedir (Carranza ve ark., 2012). Weski, periodontal hastalığa ait histopatolojik ve radyografik bulguları korele etmiş ve periodonsiyumun sement, gingiva, periodontal ligament ve kemikten oluştuğunu tanımlayarak bu yapının adına paradentium demiştir. Etimolojik nedenlerle bu tanım daha sonra paradontium olarak değişmiş olup, bu tanım halen Avrupa'da kullanılmaktadır.

Bunlarla birlikte, 1914' te Grace Rodgers Spalding ve Gillette Hayden tarafından kurulan Amerikan Oral Profilaksi ve Peirodontoloji Akademisi'nden de bahsetmek faydalı olacaktır. Bu akademinin adı 1919' da Amerikan Periodontoloji Akademisi olmuştur. Bu akademinin periyodik yayın organı olarak American Journal of Periodontology de yayın hayatına başlamıştır.

1.2. Periodontal Hastalığın Tanımı ve Kapsamı

Periodontal hastalık, anaerob ve gram negatif mikroorganizmaların sebep olduğu, periodontal dokuların kompleks enfeksiyonu olarak değerlendirilmektedir. Bu enfeksiyon popülasyonda sık gözlenmektedir (Gerbo ve ark, 1993). Enfeksiyonun

ilerleyişi boyunca görülen periodontal cepte 10^9 ya da 10^{10} oranında periodontal patojen ile bakteriyel proliferasyon bulgulanmaktadır (Haugejorden ve ark., 2003).

Periodontal cebin epitelyal hattındaki ülserasyon bölgesi, bakteri kaynaklı LPS ve antijen yapıların bağışıklık sistemindeki farklılıklara sebep olan lokal ve sistemik konak cevabına, cep boyunca bir geçit oluşturmaktadır (Ravald ve Johansson, 2012). Periodonsiyum, enflamasyon, dejenerasyon ve neoplazik değişimler gösterirken, periodontal enfeksiyonda gözlenen çeşitli patojenik türler dokuya invaze olabilmektedir (Shoolbread ve Wohlgemuth, 1989).

Enflamasyon, periodontal patolojilerin en yaygın gözlenen formu olarak değerlendirilmekte olup, sadece dişetini etkilediğinde gingivitis, enflamasyon derine yayıldığında ise periodontitis olarak adlandırılmaktadır. Bu enflamatuvar tablo, akut ya da kronik olabilmektedir (Fardal ve Linden, 2010).

Dişeti hastalıkları, etkilerini sadece lokalize gingivitis veya periodonsiyumda meydana gelen hastalıklar olarak gösterebilmektedir. İlerleyen aşamalarda periodontal lifler ve da alveol kemiği kaybedilebilmektedir. Bu durum da dişlerde mobilite ve/veya yer değiştirme gibi, dişlerin kullanımını ve ağızda kalma sürelerini kısıtlayan durumlara neden olmaktadır (Forner ve ark, 2006).

Araştırmalar sonucunda, periodontal hastalık varlığında, sağlam periodontal yapıların bazı değişimlere uğradığı gözlenmektedir. Sağlıklı periodonsiyumda, diş-dişeti birleşiminde plak varlığı olmadığında, dişeti aralığı, birleşim epiteli ve dişeti bağ dokusu az miktarda lökosit içermektedir ve birleşim epiteli rete-peg yapısına sahip değildir (Seymour ve Hogg, 2008).

Dişeti oluşunda plak birikiminin başlamasından 2-4 gün sonra başlangıç lezyonu gelişmeye başlamaktadır. Birleşim epiteliyle komşu damar duvarlarında vaskülizasyon başlayarak, dişeti oluşunda eksüdatif yapılar izlenmektedir. Bununla birlikte birleşim epitelinde ve gingival olukta lökosit göçü artarak, perivasküler alanda

kollajen kayıpları gözlenmektedir (Tomson, 2002). Başlangıçtan 4-7 gün sonra, erken lezyon gelişerek tüm bulgular şiddetlenmekte ve birleşim epitelinin alt yapılarında lenfositlerde yoğunlaşma izlenmektedir (Wittaker ve ark., 1996).

Bu aşamalardan sonra, enflamatuvar hücre infiltrasyonunun yapısında bir takım değişimler meydana gelerek, daha sonrasında yerleşmiş lezyon oluşmaktadır. Derin bağ dokularda B lenfositler ve plazma hücreleri izlense de, kemik kaybı gözlenmemekte ve aktif enflamatuvar bulgulara raslanmaktadır. Bağ dokusundaki fibrillerde kayıp devam ederken, yıkım sonrasında kalan boşluk enflamatuvar infiltrasyon ile doldurulmaktadır. Birleşim epiteli apikale proliferer olurken, apikal göç ve laterale gelişimle birlikte, cep oluşumunun erken dönem bulgularına raslanmaktadır. Birleşim epitelinin inceldiği ve bazı bölgelerde devamlılığını kaybettiği gözlenmektedir (Steele ve ark., 2004).

Yerleşmiş lezyona ait bütün bu bulgular, ilerlemiş lezyonda da gözlenmektedir. Lezyon alveol kemiğine ve periodontal ligamente uzanmakta ve alveol kemikte belirgin seviyede rezorbsiyon görülmektedir. Cep epiteliyle komşu bölgelerde kollajen kayıpları devam ederek, uzak bölgelerde fibrozis oluşumu gözlenmektedir (Roulet ve Roulet Mehrens, 1982). Periodontal cep oluşurken, birleşim epiteli apikale doğru göçmüştür. Lezyon olan cep epitelinin bağ doku derinliklerinde bir takım uzantılar gözlenmekte ve hastalığın alevlenme ve sönme dönemlerine göre tabloda farklılıklar olmaktadır (Seymour ve ark., 2007). Gingival oluk ve periodontal cep, gingival oluk sıvısı akışı ile devamlı olarak yıkanmaktadır. Bu sıvı akışı, bu bölgede kolonize olmaya çalışan bakterileri uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Bu nedenle de patojenlerin tutunma özelliği, kıymetli bir virulan faktör olarak değerlendirilmektedir (Nord ve Heimdahl, 1990).

Bakteriler plak, doku, kökler ve diş yüzeylerine tutunmaktadır. Bakterilerin ilk safhalarda kolonize olması, diş yüzeyinin tükürük ile kaplanmasına ya da yüzeyine pelikülün tutunmasına büyük oranda benzemektedir. Tükürükle örtülen diş yüzeylerine prolinden zengin fimbriyalarıyla *Actinomyces viscosus*un tutunması, bu duruma örnek

gösterilmektedir. Bakterilerin tutunması, kolonizasyon kadar invazyon için de önemlidir (Matthews, 2010).

Periodontal hastalıkların patogenezi, sağlıklı dişetinde periodontal cep oluşumu, periodontal ataşman ve alveo kemiğinde kayıp gibi durumların oluşmasına kadar devam eden seri olaylar olarak değerlendirilmektedir. Bakteriler, gingivitiste ve periodontitiste birincil etiyolojik ajandır, enflamasyon oluşturan plak mikroorganizmaları dişeti kenarında çoğaldıkları için, bu bakterilere sağlıklı bireylerin oral mikroflorasında nadir olarak rastlanmaktadır (Li ve ark., 2000).

Periodontal hastalıklarla ilişkilendirilen mikroorganizmaların çoğu, gram negatif anaerob bakterilerdir ve virulan özellik taşımaktadırlar. Konağın verdiği cevap, bakterilerin periodontal alanlarda tutunmasında ve enflamasyonun yayılmasında büyük bir önem taşımaktadır. Periodontal bakterilerden kaynaklanan ciddi problemler pek sık gözlenmediğinden, aslında bu bakterilere karşı konağın bağışıklık sisteminin iyi çalıştığı söylenebilir. Bununla birlikte, bu bakterilerin neden olduğu periodontitis, diş destek dokularının ve kemiğinin bölgesel olarak yıkılmasını ifade etmektedir (Fardal ve ark., 2004).

Periodontal hastalık sırasında dokularda meydana gelen değişimler ve bakteriyle konak arasında gözlenen etkileşim, aşağıda verildiği şekilde patogenezin dört aşaması ile açıklanabilmektedir.

1.2.1. Kolonizasyon

Başlangıç olarak diş minesinde ya da sementte pelikül birikmektedir. Daha sonra, pelikülle kaplanan yüzeyde spesifik ve nonspesifik bağlanan *Streptococcus mutans* ve *Actinomyces* türlerinin kolonizasyonu olarak, diğer türlerin plağa eklenmesi meydana gelmektedir. Bu bakteriler diş yüzeylerine tutunarak çoğalırken, plak hacmi büyümektedir. Bakterilerin çoğalmasının yanı sıra, hareketli bakterilerle birlikte plak apikale doğru gelişmektedir (Daly ve ark., 2000).

Spiroketler ve tüm hareketli bakteriler ise, dişeti oluğu sıvısının ve kemotaktik faktörlerin yardımıyla, gingival oluğa ya da periodontal cebe doğru yönlendirilmektedir. Subgingival bölgede kolonizasyon kuran mikroorganizmalar, diş ya da epitel yüzeyinde tutunan ya da hareketli olan mikroorganizmalardır. Zira bu mikroorganizmaların dişeti oluğu sıvısındaki akışa karşı koymaları mümkün olamaz (Fardal ve Linden, 2005).

1.2.2. İnvazyon

İnvazyon aşamasında, mikroorganizmaların hem kendisi hem de yan ürünleri cep epiteliyle birlikte, dişetin bağ dokusunun derin tabakalarına ve alveol kemiği yüzeylerine dek ulaşabilmektedir. Bakterilerin penetrasyonu büyük oranda periodontal hastalık formuyla sınırlanmaktadır. Bununla birlikte agresif periodontitis varlığında, derin bağ dokularında *Actinobacillus actinomycetemcomitans* neredeyse tüm vakalarda izlenmektedir (Fardal, 2006).

Bu durumun bir benzeri, spiroketlerin NUG' da dokuya invaze olması sırasında meydana gelmektedir. Kronik periodontitis varlığında, *Porphyromonas gingivalis* cep epiteli hücrelerinin arasında ve epitelin alt tabakasındaki bağ dokuda gözlense de, bakterilerin daha derin dokulara ilerlemesi olmamaktadır (Cato ve ark., 1985).

Alveol kemiğin komşu bölgelerinde ve gingivanın bağ dokusundaki periodontal yapılarında kök, rod, filament ve spiroketleri barındıran gram (-) ve gram (+) bakteriler gözlenmektedir. Bakteriler, gingival oluk ya da cep epitelindeki ülseratif bölgeler sebebiyle dokuya girebilmekte ve gingivanın hücreler arası boşluklarına yerleşebilmektedir (Foulds ve ark., 1990).

1.2.3. Doku yıkımı

Bakteriler ya da yan ürünleri dokuya invazyon sağladığında, dokuda yıkım gözlenebilmektedir. Doku yıkımı iki mekanizma sebebiyle olmaktadır (Goodson, 1994).

Bunlardan ilki direkt etki mekanizmasıdır. Bakterilerin hem kendileri hem de enzimleri dokuda yıkıma neden olabilmekte, kollajen parçalanarak bağ dokusu atışmanında yıkıma sebep olabilmektedirler. Endotoksinler ve lipoteikoik asit gibi bakteri ürünleri, kemikteki rezorpsiyondan sorumludur.

İkincisi ise indirekt etki mekanizmasıdır. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* ve *Porphyromonas gingivalis* gibi çeşitli periodontopatojenler, direkt olarak ileri derecede dokularda yıkıma neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, konakta doku yıkım mekanizmalarının başlamasına da neden olarak, bu yıkımı arttırmaktadırlar. İndirekt olarak ya da konak sebebiyle oluşan doku yıkımı, konak hücrelerindeki indüklenmesi, stimüle ya da aktive edilmesi ile ortaya çıkmaktadır.

1.2.4. İyileşme ve fibrozis

İyileşme ve fibrozis safhalarında, enflamasyon çözülerek periodontal dokular iyileşmeye başlamaktadır. Histopatoloji ve klinik çalışmalar göstermektedir ki, periodontal hastalık dönemsel karaktere sahiptir ve alevlenme ve sönme dönemleri bulunmaktadır. Sönme dönemlerinde, enflamasyon azalarak, dişetin kollajen dokularında restorasyon ve çoğunlukla gingivada fibröz değişimler meydana gelir. Alveol kemiğin konturlarındaki yeniden yapılanma ve radyografta belirgin olarak mevcut olan kemik içi ceplerinde, sklerotik değişimler sönme döneminde iyileşmenin gerçekleştiğini göstermektedir (Hersh ve Moore, 2008).

1.3. Periodontal Hastalıkların Sınıflandırılması

Periodontal hastalıkların sınıflandırılması, hastalığın teşhis ve tedavisinin belirlenmesi nedeniyle önem taşımaktadır. Bu sebeple ayırıcı kriterler, genetik faktörler, hastalığın etyolojisi ve histopatolojisi açısından da son sınıflamada ideal hale getirilmiştir (Holmlund ve ark. 2010).

1. Erişkin periodontitis tanımı, kronik periodontitis olarak değiştirilmiştir.
2. Ayrı kategorilerde incelenmekte olan, hızlı ilerleme gösteren ve inatçı karakterdeki periodontitis tanımı elenmiştir.
3. Çoğu vakadaki hastalığın başlangıç yaş döneminin belirlenmesindeki zorluk sebebiyle, erken başlayan periodontitis tanımlaması agresif periodontitis olarak düzeltilmiştir.
4. Sistemik hastalık nedeniyle meydana gelen ve prepubertal periodontitisi de kapsayan, sistemik hastalıklarla ilişkili periodontitis adıyla yeni bir kategori yapılmıştır.
5. Periodontal apseleri, perio-endo lezyonlarını ve kazanılmış ya da gelişimsel deformiteleri kapsayan yeni bir grup düzenlenmiştir.

Buna göre düzenlenen sınıflama ise aşağıda verildiği şekildedir (Armitage, 1999):

1. Dişeti hastalıkları

A. Dental plağa bağlı dişeti hastalıkları

a. Dental plakla ilişkili gingivitis

- i. Lokal kolaylaştırıcı faktörlerin katılmadığı
- ii. Lokal kolaylaştırıcı faktörlerin katıldığı

b. Sistemik faktörlerle ilişkili gingivitiser

i. Endokrin sistem ile ilişkili

Puberte

Menstrual siklus

Hamilelik (Gingivitis/Pyojenik Granüloma)

Diabetes mellitus

- ii. Kan hastalıkları ile ilişkili
- c. İlaç kullanımı ile ilişkili
 - i. İlaça bağlı dişeti büyümeleri
 - ii. İlaça bağlı gingivitis (Oral kontraseptifler)
- d. Beslenme yetersizliği ile ilişkili
 - i. Askorbik asit eksikliği
 - ii. Diğer

B. Dental plağa bağlı olmayan dişeti hastalıkları

- a. Spesifik bakteri kökenli
 - i. Neisseria gonorrhea
 - ii. Treponema pallidum
 - iii. Streptococcus gingivalis
- b. Virüs kökenli
 - i. Primer herpetik gingivostomatitis
 - ii. Rekürrent oral aftöz stomatitis
 - iii. Varicella zoster
- c. Mantar kökenli
 - i. Candida albicans
 - ii. Linear gingival eritem
 - iii. Histoplasmozis
- d. Genetik kökenli
 - i. Herediter gingival fibromatozis
- e. Sistemik hastalıkların lezyonları
 - i. Mukokütanöz hastalıklar
 - Liken planus
 - Pemfigoid
 - Pemfigus vulgaris
 - Eritema multiforme
 - Lupus eritematozus
 - İlaçlara bağlı eritem
 - ii. Alerjik reaksiyonlar

Dental restoratif materyaller

Reaksiyona neden olan çeşitli maddeler

f. Travmatik lezyonlar

i. Kimyasal yaralanmalar

ii. Fiziksel yaralanmalar

iii. Termal yaralanmalar

g. Yabancı cisim reaksiyonları

2. Periodontal hastalıklar

A. Kronik periodontitis

a. Lokalize

b. Generalize

B. Agresif periodontitis

a. Lokalize

b. Generalize

C. Sistemik hastalıklarla ilişkili

a. Kan hastalıkları ile ilişkili

b. Genetik bozukluklar ile ilişkili

D. Nekrotizan periodontal hastalıklar

a. Nekrotizan ülseratif gingivitis

b. Nekrotizan ülseratif periodontitis

E. Periodontal apseler

F. Endodontik lezyonlar ile ilişkili

G. Gelişimsel ya da kazanılmış deformiteler ve durumlar

a. Periodontal hastalığa zemin hazırlayan dişsel etkenler

i. Dişlere ait anatomik faktörler

Serkival mine uzantıları ve mine incileri

Furkasyon anatomisi ve yeri

Komşu köklerin yakınlığı

Dişlerin pozisyonu

Açık kontaklar

ii. İatrojenik faktörler

- iii. Travmalar
- iv. Endodontik faktörler
- v. Mukogingival deformiteler
- vi. Okluzal travma

1.3.1. Kronik periodontitis

Kronik periodontitis, puberte sonrası gingivitis olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte kemik ve ataşman kayıpları gibi belirtiler hızlıca gözlenmemektedir. Hastalık genel olarak herhangi bir safhada ataşman kaybı ile akut alevlenme gösterirken, periodontitisin daha ağır ilerleme gösteren formu olarak değerlendirilmektedir. Periodontal hastalıkların yaygınlığının değerlendirildiği araştırmalarda, bu hastalığın toplumda en fazla raslanan periodontal problem olduğu gözlenmektedir. Hastalığın daha ağır tipleri ise popülasyonda çok daha sınırlı bir kitlede görülmektedir (Roberts, 2002).

Hastalığa ait klinik bulgular, dişetindeki enflamatuvar değişimler (rengi ve yapısı), dişeti cep bölgesindeki sondlamada meydana gelen kanama (BOP), periodontal cep oluşması, klinik ataşman ve alveol kemiği kayıpları olarak ifade edilmektedir. Dişetinde çekilme ya da hiperplaziler, furkasyon problemleri, artmış mobilitate, deplasman ve sonunda diş kaybı diğer bulgulardandır. Bunların dışında kronik periodontitiste, halitozis ve tat bozuklukları da semptomlara eşlik etmektedir (Williams ve ark., 2000).

Hastalığın ilerleme hızı, lokal ve sistemik risk faktörlerinden etkilenmektedir. Lokal risk faktörlerini, plağın birikimini veya tutulumunu arttıran durumlar, oklüzal travma, sigara kullanımı gibi faktörler oluşturmaktadır. Klinik ataşman kaybı, yetişkin bireylerde yaklaşık olarak 1-2 mm civarında gözlenmekte, bir veya daha çok bölgede 3 mm ve üstü klinik ataşman kaybı yaşla artarken, bu durum genetik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. (Atilla, 2009).

1.3.2. Agresif periodontitis

Agresif periodontitis, sıklıkla 30 yaş altı sağlıklı popülasyonda ortaya çıkan periodonsiyumun enflamatuvar hastalığıdır. Bu hastalık kronik periodontitisten, hastalığın daha erken dönemde ortaya çıkması, yıkım hızı, içerdiği bakteriyel floranın çeşidi, bireyin konak cevabındaki farklılıklar ve genetik altyapı gibi faktörlerle ayrılmaktadır. Hastalık Afro-Amerikan popülasyonda daha sıklıkla gözlenmektedir. Agresif periodontitis, daha önce erken başlayan periodontitisler olarak tanımlanan grupta yer alan prepubertal, juvenil ve hızlı ilerleyen periodontitisleri içermektedir (Stawinska ve ark., 2009).

Agresif periodontitis 1. molar dişler ve anterior dişlerde hızlı yıkımla meydana gelen alveoler kemik kayıplarıyla ortaya çıkmaktadır. Hastalık biri 1. molar diş olmakla birlikte en az 2 daimi dişin tutulumuyla gözlenmekte ve 1. molar diş ve anterior dişler haricinde en çok 2 diş daha etkileyebilmektedir. 1999' da yapılmış çalışmaya göre, tutulum % 30' dan az ise hastalık lokalize, % 30' dan fazla ise generalize olarak değerlendirilmektedir. Hastalık boyunca anterior ve 1. molar dişler çevresindeki alveoler kemik kayıpları simetriktr (Rescela ve ark., 2010).

Literatürde hastalığın prevelansı ile ilişkili çok sayıda araştırma yer almaktadır. Bu araştırmalardan, örneklem grubunun yaş, cinsiyet ve gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişiklikler görülmüştür. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda hastalık prevelansı gelişimini tamamlamış ırklarda % 1' den düşükken, gelişmekte olan ırklarda % 5 civarındadır. Ayrıca lokalize agresif periodontitis, kadınlarda erkeklere göre daha sıklıkla gözlenmekte olup, bu sonuç araştırma grubunun yaş dönemlerinden etkilenebilmektedir (Research, 2004).

1.4. Periodontal Hastalıkların Teşhisi

1.4.1. Klinik Ölçümler

İndeksler, bireyde ve toplumda hastalığın ve etkeninin miktarını ya da şiddetini belirlemek için kullanılan ölçüm metodlarıdır. İndeksler, hastaların gingival durumlarını değerlendirmek, dişetinde meydana gelen değişiklikleri takip etmek, farklı popülasyonlardaki görülme sıklığını karşılaştırmak, tedavi edici yöntemlerin etkilerini test etmek için kullanılır.

1.4.1.1. Plak indeksi (PI)

Plak indeksi (PI), ağız hijyeninin belirlenebilmesi için alınır. Bu yöntemde, periodontal sond, dişin uzun aksına yaklaşık 30° lik bir açıyla tutulmakta ve diş-dişeti birleşiminde diş yüzeyinde gezdirilmektedir. Diş yüzeyinde var olan plağın ortaya çıkmasını kolaylaştıran solüsyon kullanımı, yararlı olabilmektedir (Silness ve Loe, 1964).

Bu indekste, sondlamayla dişlerin tamamı veya seçilmiş dişlerin tüm yüzeyleri ve dişeti kenarında bulunan dental plağın miktarı değerlendirilmektedir. Alınan değerler toplanıp ortalaması alınarak, kişinin ağız hijyen düzeyi belirlenmiş olur.

Silness ve Loe (1964) tarafından geliştirilen plak indeksi (PI) ile ilgili belirlemeler şu şekildedir:

0: Plak bulunmamaktadır.

1: Dişeti kenarında ince bir plak film tabakası izlenmektedir. Bu oluşum ancak sond yardımı ile belirlenmektedir.

2: Dişeti kenarında orta derecede bir plak film tabakası izlenmektedir. Aproksimal alanda plak bulunmamaktadır. Göz ile belirlenebilir seviyededir.

3: Dişeti kenarında oldukça fazla bir plak film tabakası izlenmektedir. İnterdental alanlar plak ile doludur.

1.4.1.2. Gingival indeks (GI)

Gingivas indeks (GI) sistemi, Silness ve L  e tarafından 1963 yılında geliştirilmiş ve 1967 yılında da farklı araştırmacılar tarafından daha kapsamlı bir anlayışla ortaya konulmuştur. GI sisteminde kanama enflamasyonun ilk bulgusudur. Dişlerin tüm yüzeylerindeki dişeti, var olan enflamasyon, şişlik, kızarıklık ve dişeti kanamasına göre değerler verilerek belirlenir. Ardından alınan değerler toplanıp 4' e bölünür ve "GI" hesaplanır. Değerlerin toplamı diş sayısına b  l  nd  ğ  ndeysel bireyin gingival indeks skoru elde edilmektedir (Silness ve L  e, 1963).

Gingival indeks (GI) sistemi ile ilgili belirlemeler şu şekildedir:

- 1: Sağlıklı dişeti, inflamasyon bulunmamaktadır.
- 2: Dişetinde hafif inflamasyon, renk değişikliği ve hafif   dem bulunmakta, sondlamada kanama bulunmamaktadır.
- 3: Dişetinde orta derecede inflamasyon,   dem ve kızarıklık bulunmakta ve sondlamada kanama mevcuttur.
- 4: Dişetinde ileri derecede inflamasyon,   dem ve kızarıklık bulunmakta ve spontan kanama mevcuttur.

1.4.1.3. Toplumda periodontal tedavi gereksinimi indeksi-CPITN

WHO 1977 yılında toplulukların tedavi gereksinimini belirlemek amacıyla bir indeks geliştirmiş olup, 1982 yılında Ainamo (1982) bu indeksi hasta takibi için kullanmıştır. Bu indeksin diğer indekslerden farkı, uygulama kolaylığı ve hastalığın diagnozuna ilaveten tedavi ihtiya  nı da belirlemesidir. Bu indekste dişin ataşman kaybı ve dişeti   kilmesinin değerlendirilmemesi ise dezavantajlarıdır.

Değerlendirilen durumlar, dişeti iltihabı, dişeti kanaması, diştaşı ve cep derinliğidir (Ainamo ve ark., 1982).

Bu indeks tüm ağız altı bölge olarak inceler. Her çenede iki arka ve bir ön bölge değerlendirilir. Her bölgede en az iki dişin bulunması beklenir, bölgede tek diş mevcutsa o bölge komşu bölgeye eklenir.

Bi indekste cep derinliği ölçümü, ucu 0,5 mm çapında top şeklinde olan WHO sondu ile alınır. Uçtan sonra 3,5, 5,5, 8,5 ve 11,5 mm' lik işaretler vardır. Muayene sırasında altıya bölünmüş bölgelerden her birinin en yüksek skoru alınır ve hastanın tedavisi planlanır.

CPITN ile ilgili belirlemeler şu şekildedir:

CPI değerleri

0: Sağlıklı periodonsiyum.

1: Sondlama işleminden sonra kanama var, diştaşı/iyatrojenik irritasyon yok.

2: Supra ve/veya subgingival diştaşı varlığı, iyatrojenik irritasyon varlığı.

3: 3,5-5,5 mm arasında sığ cep varlığı.

4: 5,5 mm' den derin cep varlığı.

TN değerleri

0: Tedavi ihtiyacı yok (Koruyucu tedavi).

I: Ağız bakımı eğitimi.

II: Ağız bakımı eğitimi+profesyonel diştaşı temizliği.

III: I+II+cerrahi periodontal tedavi (Kompleks tedavi)

1.4.1.4. Cep derinliği

Cep derinliği ölçümüyle, hangi bölgelerin tedavi edilmesi gerektiğiyle ilgili veri sağlanmaktadır ve konvansiyonel olarak periodontal sond aracılığıyla, her dişin altı

noktası (vestibul ve lingual yüzeylerin mesial, mid ve distal noktaları) ölçülmektedir. Bu süreçte izlenen yöntemde, sond dişin uzun aksına paralel tutularak kök yüzeyinden temas kaybedilmeksizin direnç hissedilen noktaya kadar ilerletilerek, cep dışına çıkarılmadan okunmakta ve değer kaydedilmektedir (Demling ve ark., 2009).

Cep derinliği ölçümü, hastalığın varlığını yalnız başına temsil etmese de, sondlamanın derinliği arttığında hastalık olma ihtimali de artar. Sondlama derinliği, uygulanan kuvvet, sondun şekli, sond ucunun çapı, dişeti kenarının pozisyonu, diştaşı varlığı ve uyumsuz restorasyonlar, periodontal sondun giriş açısı, kron morfolojisi, dokunun inflamatuvar durumu, hastanın rahatı ve toleransı, sondun kalibrasyonundan etkilenmektedir (Meşeli ve ark., 2015).

1.4.1.5. Sondlamada kanama (BOP)

Sondlamada kanama, gingival enflamasyon varlığının net bir belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Hastalık varlığında enflame cep epiteli ince ve mikröülseratif yapıda olduğu için sondlamayla kanamaktadır. Bununla birlikte çapı geniş olan bir sond kullanımı ya da kuvvetin olması gerektiğinden fazla uygulanması ile yapılan sondlama neticesinde de kanama olabilmektedir (Herrera ve ark., 2012).

İdame randevularında sondlamada kanama görülmüş bölgelerde eklentiler yeniden değerlendirilmelidir. Eklenti varlığında ortadan kaldırılmalı ve durum yeniden kontrol edilmelidir. Sondlamada kanama, cep derinliğinin ölçümünü takiben ilk 20 saniye içerisinde cepten gelen kanamanın varlığı ya da yokluğu olarak kaydedilmelidir. Kanama varsa o bölgenin skoru (+), kanama yoksa (-) olarak kaydedilir.

Kanama olan bölgeler yüzde olarak ifade edilir. Tedavi öncesi BOP (+) bölge yüzdesi ile tedavi sonrası BOP (+) bölge yüzdesi karşılaştırılarak tedavinin başarısı değerlendirilir. BOP (+) sahalar periodontitisin aktif olduğunun klinik belirtisidir.

Sondlamada kanama olmaması ise, periodontal dokuların kesinlikle sağlıklı olduğu şeklinde değerlendirilmemelidir (Matulienė ve ark., 2008).

1.4.1.6. Mobilite

Fizyolojik mobilite dişlerin yapısına ve gün içindeki zamanlamaya göre belirli bir miktar gözlenir. Mobilitenin değerlendirilmesi, subjektif belirlemelere göre yapılabildiği gibi, dijital olarak periotest cihazı ile de gerçekleştirilebilmektedir (Ertuğrul ve ark., 2014). Bu değerlendirmede mobilite, iki el aletinin sapı ile ya da bir parmak ve aletin sapı arasında sıkıştırılmış diş, bukkolingual yönde hareket ettirilerek ölçülür. Dişlerin normal şartlarda belli miktarda mobilitesi bulunsa da, özellikle kısa köklü alt keser dişler ve konik formlu kökü olan dişlerin mobilitesi daha fazla gözlenebilmektedir.

Mobilite değerlendirmesi Miller mobilite indeksi temel alınarak şu şekilde yapılır (Kızıldağ ve ark., 2015):

- 0: Hareket yok (< 0,2 mm).
- 1: Hareketliliğin ilk belirgin işareti
- 2: Kronun normal pozisyonundan 1 mm kadar yer değiştirdiği diş hareketliliği
- 3: Kolayca izlenen ve dişin her yönde 1 mm' den daha fazla yer değiştirdiği ya da dişte rotasyon veya soket içerisinde gömülme izlenen diş hareketliliği.

Mobilite, periyodonsiyumdaki enflamasyon, oklüzal travma, ataşman kaybı, kök rezorpsiyonu ve istenmeyen kök morfolojisi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Tozum ve ark., 2006).

1.4.1.7. Klinik ataşman kaybı

Ataşman seviyesi, mine-sement sınırı ile cep tabanı ilişkisini ifade etmektedir. Klinik ataşman kaybının hesaplaması, sondlama derinliği ile dişetindeki çekilme miktarının toplanmasıyla yapılmaktadır.

Dişeti kenarı mine-sement sınırının koronalindeyse sorun meydana gelmektedir. Bu tür durumlarda referans noktalarından sadece biri ya da dişeti kenarı tam olarak görülebilmektedir. Dişeti kenarı ile mine-sement sınırı arasındaki mesafenin belirlenebilmesi için, periodontal sondun ucu ile mine-sement sınırı hissedilmeli ve dişeti kenarının mine-sement sınırının ne kadar koronalinde olduğu hesaplanmalıdır. Eğer dişeti kenarı, mine-sement sınırı ile aynı seviyede ise belirlenecek değer “0” olmalıdır.

1.4.2. Radyografik Değerlendirme

Periodontal dokularda en sık görülen hastalıklar gingivitis ve periodontitistir. Bu hastalıklar enfeksiyon sonucu oluşsa da, gingivitis marjinal gingivada sınırlı olup, periodontitiste alveol kemiğinde kayıplar görülmektedir. Periodontal hastalık teşhisinde radyograflardan yararlanmak tek başına yeterli olmayıp, radyografik değerlendirme alınan anamnezi ve klinik muayeneyi destekler nitelikte görev yapar.

Periodontal muayene sırasında kullanılan radyograflar, mevcut kemiğin miktarını, alveol kretin durumunu, kalsifiye dokulardaki değişiklikleri, kemik kaybının bölgesini ve yönünü, furkasyon bölgelerindeki kemik kaybını, dişlerin boyutunu, kök sayısını, pozisyonlarını, kök uzunluğunu ve morfolojisini, kron-kök oranlarını gösterir. Dişin tüm bölgelerindeki periodontal aralığın durumu tek bir plan halinde görülür. Periodontal hastalığa sebep olmuş veya hastalığın şiddetini arttırmış supra ve subgingival diştaşlarını, uyumu bozuk restorasyon varlığı gibi lokal etiyolojik durumları, anatomik olarak değerlendirilmesi gereken önemli alanları, periodontal problemle komşu olan maksiller sinüs konumunu, kaybedilmiş, supernumere veya

gömük kalan dişleri, patoloji varlığını, çürük ve periapikal lezyon varlığını, kök rezorpsiyonlarını değerlendirmeye yardımcı olur. Prognozun saptanmasında, uygulanan tedavinin etkinliğini ve iyileşme sürecini izlemede etkilidir. Hastada gözle yapılan klinik muayene sonuçlarını destekleyerek, yeniden muayene gerektiren alanlarını saptanmasını sağlar. Periodontal hastalık teşhisinde radyograflarla sağlanan avantajlar, yalnızca uygun teknik seçildiğinde, teknik düzgün biçimde uygulandığında ve alınan görüntünün kalitesi yeterli olduğunda geçerlidir.

Periodontal problemlerin teşhisinde radyografların yetersiz kaldığı bazı durumlar olabilmektedir. Bunlardan ilki, sağlam kemik dokuya süperpoze olmuş kemik defekti teşhis edilemeyerek, dişin vestibul ve lingual kemik durumunu incelemek imkansız hale gelmektedir. Kemikte var olan deformasyonların durumu radyografik değerlendirme ile mümkün değildir. Periodontal hastalığın başlangıcındaki minör kemik değişiklikleri, sert ve yumuşak dokunun birbiriyle olan ilişkileri, yumuşak dokuda gözlenen değişimler, cep varlığı ve derinliği, dişte lüksasyon olup olmadığı da radyografda anlaşılamaz. Kısacası, radyografik değerlendirmeyle tedavisi yapılmış ve yapılmamış olan vakaları tespit etme imkanı yoktur.

Periodontal problemlerin teşhisinde en sık kullanılan radyografik değerlendirme yöntemleri, paralel ve bite-wing teknikle alınan radyograflardır. Bite-wing radyografda dişlerin sadece kron kısımları ve alveoler kret tepesi görüntülenebildiğinden, yalnızca supragingival diştışı ile kretin üst bölümündeki deformiteler gözlenebilir. Teşhis ve tedavi sürecinin takibi için kullanılacak en geçerli değerlendirme ise paralel teknikle alınan radyograflardır. Bu teknik, 30-40 cm' lik uzun kon kullanılarak alınmakta, böylece dişlerin boyutu ve alveol kemiğin yüksekliği, reel görüntüsüne çok yakın olacak şekilde gözlenebilmektedir. Son dönemlerde, cone-beam CT gibi gelişmiş sistemler, periodontal problemlerin neden olduğu kemik deformitelerinin görüntülenmesinde kullanılmaktadır. Yöntem genel olarak hastalığın sebep olduğu düşük miktarlardaki kemik kaybını teşhis edebilse de, klinik olarak uygulaması pratik değildir. Bunun yanı sıra, diğer sık kullanılan bir yöntem olan panoramik radyografiler

de, periodontal hastalığın teşhisinde uygun bir yöntem olarak karşımıza çıkmamaktadır.

1.5. Periodontal Hastalıkların Teşhis ve Tedavisinde Kullanılan Aletler

Periodontal tedaviyle amaçlanan durum, patojen bakterilerin bulunduğu biofilm tabakasıyla birlikte, mevcut diştaşları ve problemlili sement dokusunun elimine edilmesidir. Bu durum, kök kazınması ve düzleştirmesi ile yapılarak, işlem sırasında konvansiyonel el aletlerinin yanı sıra, elektrikle çalışan çok sayıda ultrasonik alet de kullanılmaktadır.

Periodontal muayene sırasında en sık kullanılan alet periodontal sond olup, bu alet cep konumunu ve derinliğini belirler. Periodontolojide kullanılan diğer sondlar ise WHO sondu, Williams sondu, UNC sondu ve Nabers sondudur.

Kretuvar, temel anlamda supragingival diştaşlarının eliminasyonunda kullanılmakta, tasarımı nedeniyle, subgingival alanda işlevi 1-2 mm seviyesinde sınırlanmaktadır. Aletin tasarımına bakıldığında, kesici kenar boyunla 90°'lik açı oluşturup, aletin uç bölümü kontakt alanlarda konforlu bir kullanım sağlaması açısından sivri ve üçgen kesitlidir ve tüm yüzeyleri kesici özelliğindedir.

Küret, çoğunlukla subgingival diştaşlarının uzaklaştırılmasında ve kök yüzeylerinin düzleştirilmesinde kullanılır. Aletin kesidi yarım daire şeklindedir ve Universal ve Gracey olmak üzere iki tip küret çeşidi bulunmaktadır. Universal küretler, tüm bölgelerde kullanılabilen, bıçağın tek bir düzlemde kıvrıldığı ve her iki tarafında paralel keser yüzeyleri olan bir tasarıma sahiptir. Gracey küretler ise daha spesifik alanlarda kullanılan, kullanıldığı yüzeylere daha iyi adapte olabilen ve yalnızca dış kenarında olan tek bir kesici kenara sahiptir.

Ultrasonik aygıtlar, 1960' larda konvansiyonel aygıtlarla diştaşı temizliğine alternatif bir kullanım olarak ortaya çıkmıştır. Teknolojiyle birlikte, aygıtların uç

tasarımları değiştirilerek daha küçük çaplı, boyun bölgeleri uzun ve daha etkili bir kullanım yaratılmıştır. Bu aygıtların kullanıldığı alanlar, NUG gibi aktif ağırlı varlığında başlangıç tedaviler, idame seanslarında kalan ceplerin tedavisi ve plak eliminasyonu, uyumsuz restorasyonlar ve ortodonti sonrası yapışkanların temizliği şeklindedir.

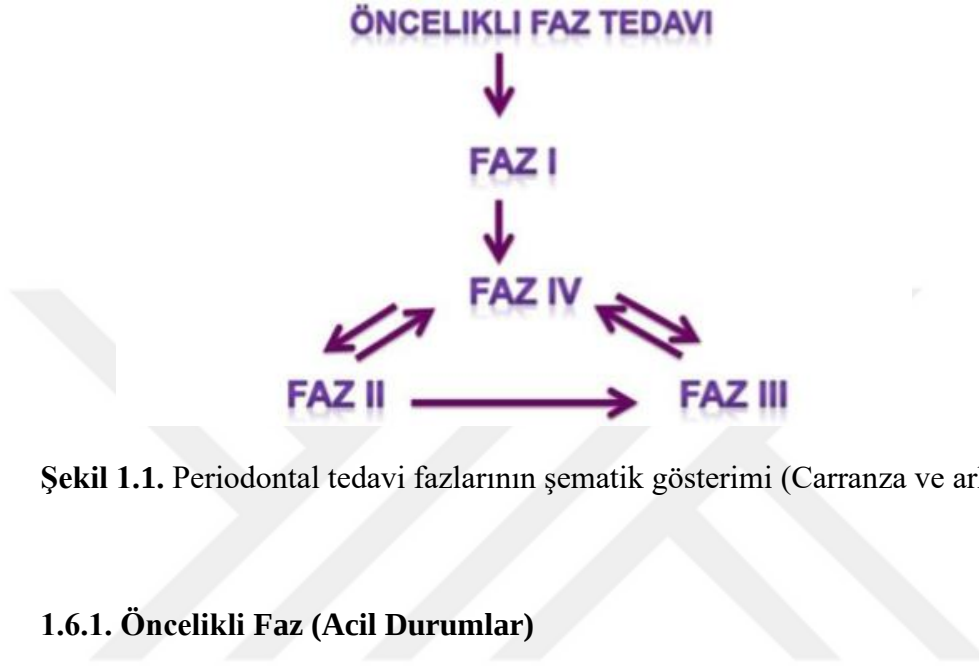
Gingivektomi bıçakları, periodontal cerrahide kullanılan aletlerdendir. Bukkal ve lingual yüzeylerde kullanılan tipi Kirkland, proksimal yüzeylerde kullanılan tipi ise Orban' dır.

1.6. Periodontal Hastalıkların Tedavileri

Sağlıklı ve iyi fonksiyon gören bir dentisyonun sağlanması için uygulanacak tedavileri koordine edebilen tam bir planlama yapılmalıdır. Periodontal tedavi için yapılacak ana plan, hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek üzere çeşitli alanlardaki terapötik işlemlerin tümünü kapsamalıdır. Asıl amaç, gingival inflamasyonun eliminasyonu, nedenlerinin ortadan kaldırılması ve elde edilen sağlıklı durumun sürdürülebilir hale getirilmesidir. Bunun için sadece kök üzerindeki irritanların yok edilmesi yeterli değildir. Aynı zamanda, patolojik cebin eradikasyonu ve derinliğinin azaltılması, dişeti konturlarının oluşturulması, sağlıklı periodonsiyumu koruyabilmek için mukogingival ilişkilerin normal hale getirilmesi, çürüklerin tedavisi ve mevcut restorasyonların da düzeltilmesi gerekir.

Periodontal tedavinin hedefleri, tüm etiyolojik faktörlerin azaltılması veya ortadan kaldırılması, tüm ceplerin azaltılması veya eliminasyonu ve minimal cep derinliğinin sağlanması, fizyolojik dişeti ve kemik yapısının elde edilmesi, restoratif işlemler ve okluzal düzenlemelerle fonksiyonel okluzyonun oluşturulması, hastanın yapacağı uygun plak kontrolü ve düzenli hekim kontrolleri ile periodontal sağlığın sürdürülmesi şeklindedir.

Periodontal tedavinin amaçları ise, hastalığı ortadan kaldırmak, periodontal doku desteğini muhafaza etmek veya tekrar kazanmak ve kalan dişlerin stabilitesini korumak veya tekrar sağlamaktır. Bu amaçlarla periodontal tedavi safhalar halinde hastaya uygulanır.



Şekil 1.1. Periodontal tedavi fazlarının şematik gösterimi (Carranza ve ark., 2012).

1.6.1. Öncelikli Faz (Acil Durumlar)

En önemli dönemdir. Hastanın acil durum tedavisinde diş hekiminin veya uzmanların yönlendirmesi hekim hasta ilişkisini kuvvetli hale getirecektir.

Acil tedavilerin yapıldığı bu fazda, dental radyografiler alınarak teşhis konulduktan sonra, ağrının giderilmesi, akut enfeksiyonun tedavisi, travmatik lezyon tedavisi, defektli restorasyonların düzeltilmesi işlemleri yapılır (Carranza ve ark., 2012).

Genellikle acil durumlar, pulpa ve periapikal bölge sorunları ile travmalardan dolayı oluşabilir. Bazı hallerde kürdanın kırılması, patlamış mısır kabuğunun dişeti içinde kalması gibi etkenlerle gingival apseler ortaya çıkabilir. Belirtilen tedaviler gerçekleştirildikten sonra hastaya bilgi verilerek ümitsiz dişlerin çekimi gerçekleştirilir. Ümitsiz dişlerin çekimi son derece önemli olup, dişlerin çekimi yapılmadığında komşu

dişlerin tedavisi daha karmaşık hale gelmekte, bu dişler akut problemlere neden olarak acil tedavi gerektirecek durumlar yaratmaktadırlar (Carranza ve ark., 2012).

Öncelikli fazda pulpa ekstirpasyonu yapılması, apse drenajı ve çekim yarası iyileşmesi en az 1 haftalık vakit alacaktır. Hastanın ilk müracaat tarihinden 4 hafta sonra ağız faz 1 cerrahi olmayan faza hazırlanmış olur (Carranza ve ark., 2012).

1.6.2. Başlangıç Fazı (Faz I- Cerrahi Olmayan Faz)

Başlangıç periodontal tedavi yani cerrahi olmayan periodontal tedavinin içeriği, diş yüzey temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi, oral hijyen eğitimi, okluzal düzenleme işlemlerini kapsamaktadır (Carranza ve ark., 2012).

Öncelikle periodontal açıdan oral hijyen eğitimi ve plak kontrolü ile tedaviye başlanmalıdır. Hasta günde en az 2 defa diş fırçası, diş ipi, ara yüz fırçası veya köprü altı diş ipi kullanmayı eksiksiz olarak başarabilmelidir. Plak kontrolü yapmayan hastaya periodontal tedavi kontrendikedir (Carranza ve ark., 2012).

Diştaşı temizliği ve kök düzeltmesi işlemi mümkün olduğu kadar gingivayı zedelemekten yapılır. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. Diştaşı temizliği bittikten sonra hastanın dolgularının yapılması, hatalı dolgular var ise düzeltilmesi, protez irritasyonlarının ortadan kaldırılması sağlanır. Dişin prognozuna göre çürükler temizlenip geçici dolgu yapılabileceği gibi, prognozu iyi olan dişlere daimi dolgu yapılabilecektir. İşlemler esnasında hastaya gerektiğinde lokal veya genel antimikrobiyal tedavi uygulanır (Carranza ve ark., 2012).

Faz I cerrahi olmayan tedavi, plak kontrolü ve hasta eğitimini kapsar. Bu aşamada sırasıyla, oral hijyen eğitimi, supragingival diştaşları ve plağın uzaklaştırılması, plağın retansiyonuna neden olan faktörlerin eliminasyonu, subgingival diştaşı ve plağın uzaklaştırılması, kök yüzeyi düzleştirilmesi, ümitsiz dişlerin çekilmesi, okluzal terapi işlemleri yapılır (Carranza ve ark., 2012).

Daha sonra faz 1 tedaviye cevap gözden geçirilerek cep derinliği, plak, diştaşları ve çürükler kontrol edilir. İlk fazdan 6-8 hafta sonra cerrahi faza geçilir. 6-8 haftalık bu zaman dilimi, cerrahiye olan ihtiyacı azaltabileceği gibi, dişeti daha fibrotik hale gelerek cerrahi için daha uygun hale de gelebilir. 1,5 aylık süre hastanın plak kontrolünde elde ettiği başarıyı, çürüklerin tedavilerinin sonuçlarını ortaya koyacaktır. Dişetinin iyileşmesi, cep derinliğindeki azalma ve tedavilerin başarısı değerlendirilerek, ağız hijyeni ve iyileşmeye göre ileri cerrahi tedaviye karar verilir (Carranza ve ark., 2012).

1.6.3. Cerrahi Fazı (Faz II)

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

Periodontal cerrahi tedaviler hastanın sosyal hayatını, iş hayatını ve sağlığını mümkün olduğu kadar az etkileyerek uygun görülen aralıklarla yapılır. İmplantların uygulanmaları ve endodontik işlemlerin sonuçlandırılması bu fazda yapılır.

Bu fazda yapılan temel işlemler, periodontal ve mukogingival cerrahi, kron boyu uzatma işlemleri, gingivektomi, gingivoplasti, kemik cerrahisi, furkasyon problemlerinin cerrahi tedavisi, kök amputasyonu, kret yükseltme işlemleri, dişeti greftleri, kaydırma flep operasyonları, rejeneratif terapi, kemik greftleri, kök yüzeyine yönelik girişimler, yönlendirilmiş doku rejenerasyonu tekniği, endodontik tedavi, prognozu kötü ve tedaviye cevap vermeyen periodontal ve endodontik kombine lezyonlu, kökte fraktürü olan dişlerin diş çekimi, implant cerrahisi şeklindedir (Carranza ve ark., 2012).

Periodonsiyumun sağlığı için işlevsel bir dentisyona ihtiyaç vardır. Bunun için endodontik, ortodontik, protetik, restoratif tedavi, splintleme yapılır. Bruksizm, diş gıcırdatma alışkanlıkları tedavi edilir.

Genel olarak uygulanan periodontal cerrahiler ise şu şekildedir:

1.6.3.1. Periodontal cep cerrahisi

Periodontal cep eliminasyonu amacıyla yapılan gingivektomi işlemi, patolojik cebin yumuşak doku duvarının kesip çıkarılması olarak tanımlanmıştır (Kettle ve Lawson, 1946). İşlem sırasında öncelikle cebin en apikal seviyesindeki yumuşak dokunun diş yüzeyinde kanama odakları oluşturularak dişetin kesip çıkarılacağı hat belirlenmektedir. İlk insizyon kalan yumuşak doku sırtına keskin ve ince bir form verecek şekilde yapılıp, eğimli insizyon cebin tabanına yönlendirilmelidir. İnsizyon kanama odakları takip edilerek bukkal, interproksimal ve lingual bölgelerde birleştirildikten sonra, kesilen doku uzaklaştırılır (Goldman, 1946).

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

Periodontal ceplerin tedavisinde kullanılan modifiye flep operasyonunda ise, cep insizyonları dişeti oluğu içinde sulkuler insiyon ile yapılır. Dişeti, enfekte diş yüzeylerini açığa çıkarmak için hem bukkal hem de lingual yüzeylerde kaldırılır.

Flebin iç yüzeyinden granülasyon dokusu ve cep epiteli uzaklaştırılır. Kök yüzeyi temizliği ve kemik düzenlemelerinin ardından, flep dudakları interproksimal bölgelerde suturela sabitlenerek kapatılır. Bu yöntem orjinal widman flebin aksine dişeti dokusunun marjinal kenarlarda geniş bir şekilde çıkarılmasını ve dişeti kenarının apikalde konumlandırılmasını içermemektedir (Wennström ve Lindhe, 2015).

Ramfjord ve Nissle (1974) tarafından yapılan bir çalışma ile modifiye widman flep tanımlanmıştır. İlk insizyon dişin uzun aksına paralel olmalı ve bukkal dişeti kenarından 1 mm uzakta konumlandırılmalıdır. Dantela formu verilerek ve insizyon interproksimal bölgelere uzatılarak, benzer insizyon palatinal bölgede de tekrarlanıp tam kalınlık flep kaldırılır. Cep epiteli ve granülasyon dokusunun uzaklaştırılmasını kolaylaştırmak için, ikinci bir insizyon dişeti oluğu içerisinde yapılır. Kemik düzenlenmesi, kök yüzeyi temizliği işlemleri ve degranülasyonun ardından flep interproksimal bölgelerde suturela sabitlenerek kapatılır.

1.6.3.2. Kemik cerrahisi

Dişetinin konturu, altındaki kemiğin konturu ile direkt ilişkide olduğu için yumuşak doku ceplerinin kaldırılması, kemiğin yeniden şekillendirilmesi ve kemik kraterlerinin eliminasyonu birlikte planlanmalıdır (Wennström ve Lindhe, 2015).

Destek kemik uzaklaştırılmadan alveol kemiğin yeniden şekillendirilmesi işlemi olan osteoplasti, kalın kemik çıkıntılarının inceltilmesi, kemiğin derin kavisli konturunun sağlanması, interproksimal kraterlerin seviyelenmesi, çevresel kemik defektlerinin duvarlarının ortadan kaldırılması ya da azaltılması gibi işlemler için yapılmaktadır (Wennström ve Lindhe, 2015).

Ostektomide ise dişin tutunmasını sağlayan destek kemik, periodontal hastalık ile meydana gelen deformiteler nedeniyle uzaklaştırılmaktadır. Bu teknik, cebin ortadan kaldırılmasında da kullanılan yöntemlerdendir. Flep kaldırıldıktan sonra bukkal/lingual krater duvarları, kemik defekt tabanı seviyesine kadar indirilmektedir.

Ostektominin amacı, fizyolojik kemik anatomisini daha apikal bir seviyede yeniden oluşturmaktır (Wennström ve Lindhe, 2015).

1.6.3.3. Rejeneratif cerrahi

Konuyla ilgili ilk girişimler, ağız içi veya ağız dışı kaynaklardan alınan kemik greftleri, allojenik greftler, non-dekalsifiye/kalsifiye kemik greftleri, yavaş emilebilir trikalsiyum fosfat veya rezorbe olmayan hidroksiapatit materyallerinin kullanımı gibi kemik greftleme işlemlerini içerir. Epitelin apikal göçünü engellemek ve iyileşen yaradan bağ dokusunu uzak tutmak için membranların kullanımı da, yönlendirilmiş doku rejenerasyonu kavramının temelini oluşturmuştur. Bu işlem açığa çıkan kök yüzeyini ve bitişik kemik içi defekti bariyer membran ile örtüp, kemik düzenlemesi yapmadan flebi primer olarak kapatmak olarak tanımlanabilir (Gottlow ve ark., 1986)

1.6.3.4. Mukogingival tedavi

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

1957' de ise mukogingival cerrahi terimi ortaya atılmıştır. Dişetini korumak, anormal frenilum veya kas ataşmanlarını uzaklaştırmak ve vestibul derinliğini arttırmak amacıyla tasarlanmış işlemler mukogingival cerrahi işlemlerini oluşturmaktadır (Wennström ve Lindhe, 2015).

Miller (1988), mukogingival cerrahinin kret formu ve yumuşak doku estetiğinin düzeltilmesini içerdiğini vurgulayarak, periodontal plastik cerrahi terimini önermiştir. Buna göre periodontal plastik cerrahi, anatomik, gelişimsel, travmatik veya hastalığa bağlı dişeti, alveolar mukoza veya kemik defektlerini tedavi etmek için uygulanan cerrahi işlemler olarak tanımlanabilir.

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

1.6.3.5. İmplant cerrahisi

İmplant cerrahisi, eksik dişlerin protetik restorasyonunu desteklemek amaçlı kullanılmaktadır. Dental implant tedavisinin temel görevi, tek veya çoklu diş eksikliği durumlarında, hastanın estetik, fonksiyonel ve psikolojik ihtiyaçlarını, uzun dönemde sağlıklı ve güvenilir bir şekilde sağlamaktır. (Carranza ve ark., 2012).

1.6.4. Restoratif Faz (Faz III)

Bu fazda final restorasyonlar, sabit ve hareketli protezler yapılmakta, periodontal muayene ile restorasyonlara verilen cevap gözden geçirilmektedir. Final restorasyonlar yapıldıktan sonra, geçici dolgular daimi olarak tamamlanır ve faz 2 tedavide kanalı doldurulan dişlerin daimi dolguları yapılır. Hastanın hareketli veya sabit protez ihtiyacı var ise protezler yapılır. Protetik ve restoratif tedavilere verilen cevap gözden geçirilir ve periodontal muayene tekrar yapılır.

1.6.5. İdame Fazı (Faz IV)

İdame fazı kapsamında, başlangıç periodontal tedavisi ve gereken durumlarda cerrahi periodontal tedavisi tamamlanan hasta uygun aralıklarla kontrole çağrılmaktadır. Bu tekrar değerlendirmelerde, hastalığın durdurulup durdurulmadığı, plak kontrolü değerlendirmesi, cep muayenesi, dişeti ve ağız yumuşak dokularının muayenesi yapılarak hastanın durumu anlaşılmaya çalışılmaktadır (Stabholz ve ark., 2010).

İdame tedavisi, periodontal hastalığı tedavi edilmiş bireylere, periodontal sağlıklarının korunması ya da hastalığın önlenmesi için, periodontal hastalığın ortadan kaldırılması kadar önemli bir program uygulanmasını içermektedir (Checchi ve ark., 2002). İdame tedavisi programındaki kontrol sıklığı, tedavinin başlangıcında konulan periodontal tanı, hastanın sistemik durumu ve hekim ile işbirliği derecesine göre belirlenmektedir (Vanobbergen ve ark., 2004).

Bu süreçte düzenli kontrol seanslarına yer verilmesi, hastanın plak kontrolünü yapmasını sağlamak ve 3-4 ayda bir de profesyonel temizlik yaparak periodontal sağlığın sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır (Preshaw ve Heasman, 2005). Periodontal tedavinin her fazının sonunda değişiklikler ve gelişmeler değerlendirilmeli ve bu değerlendirme yapılmadan bir sonraki faza geçilmemelidir. Hastanın aktif periodontal tedavi sonrasında ve idame fazı sürecinde ne kadar sık kontrole gelmesi sağlanırsa, dişin kaybedilme riski de o kadar azaltılmış olacaktır (Eickholz ve ark., 2008).

İdame fazında, plak ve diştaşı temizliği post operatif dönemde, ilk sene 3 ayda bir yapılmalıdır. Gingivanın durumu, cepler, okluzyon, diş mobilitesi ve patolojik değişiklikler kontrol edilmelidir. Dentin-sement hassasiyeti varsa desensitizasyon metodları uygulanmalıdır (Carranza ve ark., 2012).

Bir seneden sonra hasta, hastanın durumuna ve plak, diştaşı biriktirme miktarına göre en az 2-3 ayda bir değerlendirilmelidir. Tedavinin sonucuna göre aralıklar 6 aya kadar uzatılabilse de, 6 aydan daha fazla kontrol aralığı verilmemelidir (Carranza ve ark., 2012).

İdame fazında radyografik kontrol önemlidir. Radyografik kontrol bireye göre değerlendirilmeli, vakanın başlangıç şiddetine ve idame kontrolü sırasındaki bulgulara göre belirlenmelidir. Bulgular önceki radyograflarla karşılaştırılmalı, kemik yüksekliği, osseöz defeklerin görüntüsü, okluzal travma bulguları, periapikal patolojik değişiklikler ve çürükler açısından mauyene yapılmalıdır (Carranza ve ark., 2012).

Bu faz, oral hijyenin tekrar değerlendirilmesi, oral hijyen eğitiminin tekrarlanması, hastalık tekrarının değerlendirilmesi ve ilave periodontal/restoratif tedavinin planlanması aşamalarını içerir (Carranza ve ark., 2012).

Subgingival mekanik temizlik sonrasında periodontal ceplerdeki flora değişikliğe uğrar. Tek bir seans diştaşı temizliği ve kök düzeltmesi yapılan kronik periodontitisli hastalarda subgingival florada bir hafta boyunca hareketli çomakların oranında azalma, 21 gün boyunca kokların oranında belirgin bir artma ve bir hafta süreyle spiroketlerin oranında azalma olduğu gösterilmiştir. Subgingival flora 9-11 hafta sonra tedavi öncesindeki oranlarına geri döner, ama hastadan hastaya bu süre çok belirgin farklılıklar gösterir. Bu sonuçlar, mekanik temizliğin mikrobiyal flora üzerinde uzun süreli bir etkiye sahip olduğunu ve farklı mikroorganizma gruplarının, değişik zaman süreçlerinde başlangıç düzeylerine döndüklerini göstermektedir. Mekanik tedavi ve randevular bakım sürecinde hastanın motivasyonuna katkıda bulunur (Carranza ve ark., 2012)

Araştırmalar, hastaların iki randevu arasındaki sürede oral hijyen ile ilgili gösterdikleri çabayı azalttığını göstermiştir. Hastaların evde yaptıkları bakım işlemlerinin kontrol seanslarında değerlendirmeye tabi tutulacağını bilmeleri, onların daha iyi bir ağız hijyeni sağlamada daha fazla çaba göstermelerini sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada, subgingival floranın mikroskopik olarak izlenmesi sonucunda belirlenen aralıklar ile üçer aylık idame kontrolleri yapılmasının etkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak düzenli bakım kontrollerinin yararlı olduğuna ilişkin bilimsel kanıtlar mevcuttur. Subgingival temizlik, cepteki mikroflorayı değiştirir ve bu değişim oldukça uzun bir süre için geçerliliğini sürdürür (Carranza ve ark., 2012).

Periodontal tedavi fazları özet olarak Şekil 2' de görüldüğü gibidir (Carranza ve ark., 2012).

PERİODONTAL TEDAVİNİN FAZLARI
Başlangıç Fazı
Acil tedavi
• Dental veya periapikal • Periodontal • Diğer
Umutsuz dişlerin çekimi ve gerekliyse geçici restorasyonlar (daha müsait bir zamana ertelenebilir)
Cerrahi Olmayan Faz (Faz 1 Tedavi)
• Diyet kontrolü (aşırı çürükleri olan hastalarda) • Diştaşlarının temizliği ve polisaj • Restoratif ve protetik irritanların düzeltilmesi • Çürüklerin temizlenip duruma göre geçici ve kalıcı dolgularının yapılması • Antimikrobiyal tedavi (lokal veya sistemik) • Oklüzal uyumlama ve tedavi • Minör ortodontik uygulamalar • Geçici splintleme ve protezler
Cerrahi olmayan tedavinin kontrolü ve yeniden değerlendirme
• Cep derinlikleri ve gingival inflamasyon • Plak, diştaşı ve çürükler
Cerrahi Faz (Faz 2 Tedavi)
Periodontal tedavi ve implant yerleştirilmesi
Endodontik tedavi
Restoratif Faz (Faz 3 Tedavi)
Final restorasyonlar
Sabit ve hareketli protezler
Restoratif işlemlere karşı alınan yanıtın değerlendirilmesi
Periodontal muayene
Bakım Fazı (Faz 4 Tedavi)
Periyodik kontroller:
• Plak ve diştaşı • Dişetinin durumu (cepler, inflamasyon) • Oklüzyon, mobilite • Diğer patolojik değişiklikler

Şekil 1.2. Periodontal tedavi fazlarının özeti (Carranza ve ark., 2012).

1.7. Oral Hijyen Eğitimi ve Periodontal Tedavideki Yeri

Periodontal hastalıkların ana nedeni, diş-dişeti birleşim noktasında bulunan mikrobiyal biofilmdir. Dünya çapında diş kaybına sebep olan hastalıkların başında periodontal hastalıklar yer almaktadır. Periodontal tedavinin etkinliği, bunun oral hijyen protokolleriyle desteklenmesi ve hastaların idame tedavileri ile ilişkisindeki önemi diş kaybını azaltmada göz önünde bulundurulmalıdır.

Konu ile ilgili araştırmalar doğrultusunda da, dişeti iyileşmesinin sağlanması ve sũrdũrũlebilmesi açısından, ağız hijyeninin ȳnemi vurgulanmıştır. Araştırmalarda, yapılacak etkin plak kontrolũ için, hastaya verilen motivasyon ve beceri kazandırma çok ȳnemlidir. Oral hijyen motivasyonunun, hastalar tarafından sũrdũrũlebilir olması gerekmektedir ve bu sorumluluğun hastalara kazandırılması, hekimlerin kontrolũndedir (Brook, 2003; Holtzhausen, 1981; Preshaw ve Heasman, 2005).

Oral hijyen eğitimi, bireyin ağız bakımına yȳnelik davranışlarının uyarılması, kanalizasyon edilmesi ve sũrdũrũlmesi açısından bireye motivasyon sağlamaktadır ve bu yȳnũyle de bireyin ağız bakımı ile ilgili davranışlarını etkileyen kritik bir faktȳr olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple periodontolojide, oral hijyen eğitimi kapsamında ve bireyde motivasyon sağlanması yȳnelik olarak grup eğitimleri, televizyon ve radyo programları ve bireylerin fırçalama yȳntemlerini ayna karşısında yapmaları gibi farklı metodlar kullanılabilmektedir (Cegala ve Marinelli, 2000).

Oral hijyen eğitiminde hasta motivasyonunu zorlaştıran faktȳrler mevcuttur. Bunlar; ağrılı geçen periodontal rahatsızlıklar, zor temizlenen alanların varlığı, tat duyusunda azalma olması, bireyin sosyal çevresi sebebiyle oluşan ağız bakımına yȳnelik baskı ve ağız hijyeninin sağlanması için gerekli olan sũrenin fazlalığı olarak belirtilmiştir (Mynors-Wallis ve Davis, 2004).

Tedavi sũrecinde hastanın oral hijyen motivasyonu sağlansa bile, rahatsızlığın yenilemesini engellemek için, idame tedavisinin ve geri çağırma zamanlarının planlanması ve gerekli gȳrũlmesi durumunda oral hijyen eğitimi uygulamalarının yenilenmesi gerekmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar, sık aralıklarla oral hijyen eğitimi uygulamaları yenilenen bireylerde, ağızdaki mikrobiyal biofilm oranının ve gingival enflamasyonun azaldığını ve gingival cep derinliğinde gerileme gȳrũldũđũnũ belirtmiştir (Eickholz ve ark., 2008; Ros n ve ark., 1999; Vanobbergen ve ark., 2004).

Ros n ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan uzun dȳnem araştırmalarda, oral hijyen eğitimi uygulamaları yenilenen ve kontrol seanslarına gelen hastaların, kontrol

seans zamanları uzayan hastalara göre daha az PI ve BOP skorlarına sahip oldukları gözlenmiştir.

Kötü ağız hijyeni başta periodontal hastalıklar, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok sistemik hastalıkla ilişkilidir. Hastalığın durumuna göre planlanan ağız sağlığının kazanılması, davranış değişikliğinin şekillenmesi, uygun araçlar kullanılarak oral hijyen eğitiminin verilmesi gerekmektedir (Oliveria ve ark., 2010). Periodontolog tarafından yapılan görsel, işitsel programlar, grup eğitimi, hastaların kendi kendilerinin kontrolü gibi değişik yöntemler, hastanın oral hijyeni ve idame tedavisinin devamı için önemli yaklaşımlardır (Vanobbergen ve ark., 2004).

Oral hijyen eğitimi, diş, dişeti, ağız ve dil mukozası temizliği ve ağız sağlığının sürdürülmesi demektir. Bunun sürdürülebilmesi için ağızdaki rahatsız edici tat ve kokuya neden olan faktörlerin giderilmesi ve bireyin doğru ağız hijyeni uygulamalarını öğrenmesi ve uygulaması gerekmektedir. Bu eğitimin başarılı olabilmesi mukozal yüzeyler, yumuşak dokular, protez, diş teli, gingiva, dental plak ve sistemik hastalıklar ile ilgili kapsamlı ağız muayenesinin doğru yapılmasına bağlıdır (İncazlı ve ark., 2016). Bu amaçla, Ağız Mukozası Tanılama Skalası, Beck Oral Tanılama Skalası, Mukozal Plak Skoru (Hsu ve ark., 2010) gibi yöntemlerle her türlü hastanın oral hijyen programı çıkarılabilmektedir.

Oral hijyen için yapılan klasik temizlik ve bakım işlemlerinde öncelikli olarak arka dişlerden başlayarak, orta hatta doğru ön dişler, dişeti ve dişlerin ulaşılabilen bütün bölgeleri, yanak, damak ve dil mukozası temizlenir. Yumuşak kıllı diş fırçası ile fazla bastırmadan, horizontal veya dairesel hareketlerle temizleme işlemi gerçekleştirilir. Hastanın günde iki kez florlu macunlar kullanarak dişlerini fırçalaması, ağız bakım solüsyonları veya ağız bakımı jeli kullanarak plağın azaltılması sağlanır (Feider ve ark., 2010).

İyi bir ağız sağlığının elde edilebilmesi için hasta diyetinin düzenlenmesi, mekanik olarak mikrobiyal biofilmin temizlenmesi (fırçalama, arayüz temizlik araçları) ve kimyasal yöntemlerle de patojen mikroorganizmaların ağız mukozasına

etkisinin azaltılması gerekmektedir. Ayrıca, minenin direncini arttırmak amacıyla da flor, CHX ve ksilitol içeren ürün uygulamaları yapılabilir (Noble ve ark., 2009).

Periodontal ağız sağlığı için hastalara planlanan programın takibi ve devamlılığının sağlanması çok önemlidir. Hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra kendi başlarına yapmaları gereken ağız hijyeni bakımlarında ciddi düzeyde eksiklikler oluşabilmektedir. Bu azalmanın olmaması ya da minimal düzeyde kalması için, hastaların evde yaptıkları oral hijyen bakım sonuçlarının kontrol seanslarında değerlendirileceğini bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle oral hijyen eğitime gösterilen özen, hastaların daha iyi bir ağız hijyeni sağlamak için daha fazla çaba sarfetmelerini sağlayacaktır. Subgingival flora üzerine yapılan çalışmalarda, idame kontrolleri üçer aylık aralıklarla yapılan hastaların floralarında önemli düzelmelerin olacağı bildirilmektedir (Carranza ve ark., 2012).

Hastalara çene modelleri üzerinde günlük plak kontrolü yöntemlerinin eğitimi, diş fırçası ve ara yüz temizlik araçları kullanılarak gösterilebilmektedir. Bunun yanı sıra, modelde gösterilen fırçalama teknikleri, bireyin kendisi tarafından da uygulanmalıdır. Özer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, aktif periodontal tedaviden sonraki kısa dönemde hastaların tamamının dişlerini fırçaladıkları, ancak bir kısmının alışkanlıklarına devam etmediği saptanmıştır. Bu grupta ara yüz temizlik gereçlerini kullanan hastaların % 72, diş fırçalayan hastaların % 24, ara yüz temizliğini uygun biçimde yapmayan hastaların ise % 43 civarında olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple, kontrol seanslarında fırçalama yöntemlerinin ve özellikle arayüz temizlik alışkanlıklarının tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hastaların idame tedavisi süresince yapacağı plak uzaklaştırma işlemi genellikle farklı tiplerde tasarlanmış geleneksel, pilli ve elektrikli diş fırçaları ya da ultrasonik diş fırçaları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, süreç içerisinde ağız duşlarının kullanılmasının, plak uzaklaştırılmasında ilave bir katkının yanı sıra, dişeti kanaması ve enflamasyon alanlarının azalmasını sağladığı da bildirilmektedir (Hickman ve ark., 2002).

Periodontitis gibi gingivitisin tedavisi için de iyi bir ağız hijyenine ihtiyaç olduğu epidemiyolojik çalışmalardan anlaşılmaktadır. Ağız hijyeni ve dişeti sağlığı mükemmel düzeyde olan bir bireyin 2-3 hafta boyunca programa uymamasının, aşırı plak birikimine ve hafif derecede gingivitise neden olduğu görülmektedir. Etkili oral hijyen ve diştaşı temizliği ile akut gingivitisin bir hafta içerisinde iyileşebileceği bildirilmektedir. Kronik gingivitisi hastalarda da plak ve debris birikimi etkili oral hijyen ve diştaşı temizliğiyle yaklaşık 4 kat azalabilmektedir. Bu sonuçlar, gingivitisin geriye dönebilen bir hastalık olduğunu, günlük ve düzenli plak kontrolü programıyla düzelebildiğini göstermektedir.

Periodontal ağız hijyeni ve sık aralıklarla yapılan debridman, ataşman ve diş kayıplarını da önemli derecede azaltan bir sağlık uygulamasıdır. Yapılan çalışmalara göre orta ve ileri derecede periodontal hastalıkların idame tedavisi sonucunda ataşman kaybının çok az olduğu, alveol kemiği kaybının ise fazla olmadığı ifade edilmektedir. Diğer yandan tedavi edilmeyen ve ağız bakım uygulamalarını yapmayan hastaların ise cep derinlikleri ve radyografik kemik kayıplarının artmış olduğu belirlenmiştir. Hastalarda oral hijyene dikkate edilip, 3-6 ayda bir subgingival temizlik yapıldığı müddetçe diş kayıplarının azalabileceği, çok uzun yıllar mükemmel oral hijyen ve diş çekimi ile birlikte, periodontal yıkımın ilerlemesinin de azalacağı anlaşılmaktadır (Carranza ve ark., 2012).

1.8. Periodontal Hastalıkların Rekürrens Sebepleri

Hastalığın tekrar etmesine, yetersiz motivasyon ve hastanın yetersiz takibi gibi klinisyene bağlı faktörler etki edebileceği gibi; hastaya bağlı faktörler de etki edebilir. Özellikle yetersiz plak kontrolü, bakım önerilerine uyulmaması ve düzensiz diş hekimi kontrolleri başlıca sebeplerdir. Rekürrense neden olan diğer faktörler ise;

1. Plak akümülyasyonuna sebep olan potansiyel faktörlerin elimine edilememesi, düzensiz yüzeylerin veya diştaşının bırakılmış olması, ulaşılabilen alanların kalması gibi yetersiz ve başarısız tedaviler

2. Periodontal tedavi sonrasında hatalı restorasyonların yapılmış olması
3. Uygun planlanmamış kontrol periyotları veya hastanın randevularını aksatması
4. Konak cevabını etkileyecek sistemik bir hastalığın gelişmesi şeklindedir.

Temizlik sırasında cep içinde bir miktar subgingival plak kalırsa kolaylıkla yeniden kolonize olur. Subgingival plak supragingival plak ile kıyaslandığında daha yavaş bir süreçte tekrar gelişir. Bu süreçte subgingival plak, dişeti kenarında hemen fark edilebilecek şekilde bir iltihabi cevap oluşturmaz. Klinik tanı, supragingival plak kontrolünü olması gerektiği gibi yapan hastalarda daha da güçleşebilir, çünkü bu durumda plağın cebin iç yüzeyindeki yumuşak dokuda oluşturduğu iltihabi reaksiyonun gingivitis olarak gözlenmesi beklenmez. Bu şekilde, subgingival plak eliminasyonundaki yetersizlik klinikte fark edilmeden, dişeti iltihabı belirtisi oluşturmaksızın, sürekli devam eden ataşman kayıplarına yol açar (Carranza ve ark., 2012).

Kronik ve agresif periodontitisli vakalarda dişeti dokularında perio-patojen bakteriler bulunur. Diştaşı temizliği, kök düzeltmesi ve hatta flep cerrahisi ile bile bazı alanlarda dişetindeki bakterilerin tamamı uzaklaştırılamayabilir. Bu bakteriler cepte yeniden kolonize olup hastalığın nüksetmesine yol açabilirler. Özellikle patolojik ceplerin tam olarak elimine edilemediği olgularda hastalığın tekrarı söz konusudur.

Periodontal hastalığın nüksetmesi açısından bir diğer olası açıklama ise, tedavi sonrasında dentogingival ünitenin iyileşmesi sırasında, çoğu kez yeni bir bağ dokusu ataşmanı yerine uzun birleşim epitelinin oluşmasıdır. Bu şekildeki bir dentogingival ünite inflamasyona karşı daha dayanıksız olabilir. Bu durumda optimal düzeyde bir idame tedavisi sağlanamazsa, rekürrense yatkınlık söz konusudur.

Rekürrensin saptanması ise şu değerlendirmeler ile yapılmaktadır:

1. Sondlamada kanama ve gingival değişimlerle birlikte görülen rekürrent enflamasyon.

2. Yeniden cep oluşumunu gösteren cep derinliğindeki artış.
3. Radyografilerde saptanan yeni kemik kaybı.
4. Klinik muayenede diş mobilitesinde artış saptanması.

Rekürrens teşhisinde değerlendirilen bulgulara neden olan durumlar ise şu şekildedir:

Artmış mobilite bulgusu yaratan durumların sebepleri; zayıf oral hijyen, subgingival diştaşı, yetersiz restorasyonlar, hatalı protetik uygulamalar, konağın plak cevabını etkileyecek sistemik durumlardır.

Gingival çekilme bulgusu yaratan durumların sebepleri; fırça abrazyonu, yetersiz keratinize dişeti varlığı, yüksek frenilum, ortodontik tedavilerdir.

Cep derinliği ve radyografik kemik seviyesinde değişiklikler olmaksızın artmış mobilite bulgusu yaratan durumlar; lateral çatışmalar kaynaklı okluzal travma, bruksizm, yüksek restorasyonlar, hatalı protezler, yanlış kök kron oranlı protetik planlamalardır.

Radyografik değişiklikler olmaksızın artmış cep derinliği bulgusu yaratan durumlar; zayıf oral hijyen, dental ziyaretlerin aksatılması, subgingival diştaşı, uyumsuz parsiyel protezler, dişsiz alana mesialize olan dişler, yanlış yeni ataşman cerrahisi uygulaması, dişlerdeki kırıklar, oluk ve yivler, yeni periodontal hastalık varlığıdır.

Radyografik kemik kaybı ve artmış cep derinliği bulgusu yaratan durumlar; dental ziyaretlerin aksatılması, subgingival diştaşı, hatalı protezler, uygun olmayan restorasyonlar, yetersiz veya hatalı cerrahi, konağın plak cevabını etkileyecek sistemik durum, dişlerdeki kırıklar, oluk ve yivler, yeni periodontal hastalık varlığıdır.

1.9. Periodontal Hastalıkların Ağız ve Genel Sağlığa Etkileri

İnsan, sosyal bir varlıktır. Ağız sağlığının, insanın sosyal yönü için hem maddi hem psikolojik açıdan son derece önemli bir yeri vardır. İnsanın konuşması, gülmesi, yemek yiyebilmesi, çalışabilmesi ve sosyal yaşantısında üzerine düşen rolleri başarıyla gerçekleştirerek bedenlen ve ruhen bir iyilik hali içinde oluşu adına ağız sağlığının ne denli önemli olduğu açıktır. Ağız ve diş sağlığı, genel sağlık durumundan bağımsız düşünülemeyeceği gibi, bireyin genel vücut sağlığının korunmasında ve yaşam kalitesi adına önemli bir role sahiptir.

Sağlık profesyonellerinin ağız sağlığını yeterince ciddiye alması ve yaşam kalitesi için çok önemli bir bileşen olarak kabul etmeleri, son 30 yıldaki bazı gelişmelerle olmuştur. Bunların ilki, bu süre içinde yapılan bilimsel çalışmaların bilim dünyasına sunduğu verilerdir. Başka bir deyişle, hem ağız içindeki yapılarla ilgili yeni veriler, hem de genel vücut sağlığını ilgilendiren kimi önemli sorunların ağız içindeki yansımaları ve ortaya çıkan neden-sonuç ilişkileri, bilim insanlarını ağız sağlığını daha fazla dikkate almaya yöneltmiştir. Bunun yanında, yıllar içerisinde ağızda yer alan mevcut sağlık problemleri de eskisinden daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Modern yaşamda bireylerin fiziki özelliklerinin ön plana çıkması, artan bireysellik ve beden algıları, hasta-hekim ilişkisinde hasta tercihlerini ön plana çıkaran özerklik ilkesi, psikolojik sorunların genel vücut sağlığı üzerindeki önemli etkileri ve psikolojik sorunlarda ağız sağlığının rolü gibi etkenler, ağız sağlığının genel sağlık açısından önemini iyice belirginleştirmiştir.

Ağız ve diş sağlığının ana kriterleri, popülasyonun sağlık seviyesini göstermektedir, bunun yanı sıra tedavi süreçlerinin planlanması ve ağız sağlığını geliştirme programlarının etkinliğinin ölçülmesinde de kullanılmaktadır. Gruplara göre karşılaştırılabilir bilgileri de içeren ağız-diş sağlığı ölçütleri, rutin sağlık kayıtlarından kolayca elde edilebilir niteliktedir.

Bununla birlikte ülkemizde ağız-diş sağlığıyla ilgili olarak, diğer tüm sağlık alanları gibi, kayıt tutma konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu nedenle de konu ile

ilgili daha net belirlemelerde bulunulabilmesi açısından, ülke düzeyinde ya da bölgesel ölçütlere ulaşılabilmesi adına temel ağız-diş araştırmalarına daha fazla ağırlık verilmesi ve toplumu etkileyen başlıca ağız-diş sağlığı hastalıklarının ve durumlarının prevalansının, toplumun alt gruplarındaki hastalık düzeylerinin, şiddetinin ve tedavi gereksinimlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Periodontal hastalıkların özelde ağız sağlığına, genelde ise vücut sağlığına ve yaşam kalitesine etkileri sebebiyle, öncelikli olarak sağlık ve yaşam kalitesi kavramlarını hatırlamak gerekmektedir. DSÖ' nün yaptığı tanımlamaya göre sağlık, hastalık ve sakatlık olmaması ve tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak iyi olma durumu olup; yaşam kalitesi ise amaçları, istekleri, kriterleri, ilgileriyle ilişkili olarak bireylerin içinde bulundukları sosyokültürel ve ahlaki değerlerinin tamamını içeren olayları algılama biçimi olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi bir çok farklı açıdan değerlendirilebilmekte, zamanla değişebildiği gibi, kişilerin istekleri ve yaşantısıyla ilişkili olduğu için objektif olarak ölçülmesi zordur.

Popülasyonun ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tavsiye edilen yaşlar/yaş grupları bulunmaktadır. Bu yaşlar/yaş grupları DSÖ tarafından 5 yaş, 12 yaş, 15 yaş, 35-44 yaş arası ve 65-74 yaş arası şeklinde değerlendirilmektedir. 5 yaş, süt dişlerinde çürük düzeyinin belirlenmesinde önemli kabul edilmektedir ve bu dönemde çürük düzeyinde söz konusu olan değişimler daha çarpıcıdır (Gökalp ve ark., 2010).

12 yaş, 3. azı dişleri dışında dentisyonun tamamlandığı yaştır. 15 yaşta daimi dişler 3-9 yıldır ağız ortamına maruz kalmışlardır. Bu sebeple de 15 yaş, aynı zamanda ergenlik çağında periodontal hastalık göstergelerinin değerlendirilmesi açısından önemli bir yaş olarak görülmektedir (Acharya, 2008). 35-44 yaş grubu, erişkinlerin ağız ve diş sağlığı durumunun incelenebilmesi açısından standart izleme grubu olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde, diş çürüklerinin tam etkisi, şiddetli periodontal hastalık düzeyi ve ağız sağlığına ilişkin hizmetlerin genel etkileri izlenebilmektedir (Locker, 2004).

65-74 yaş grubu ise, yaş dağılımındaki değişiklikler ve uzayan yaşam süreleri ile birlikte önem kazanmaya başlamış bir yaşam dönemi olarak görülmektedir. Bu yaş grubu için toplanan veriler de, hem daha yaşlı bireyler için doğru tedavilerin planlanabilmesi, hem de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin popülasyonda etkilerinin izlenebilmesi açısından gereklilik taşımaktadır (Saito ve ark., 2011).

Toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyinin belirlenmesine yönelik olarak DSÖ tarafından belirlenmiş temel ölçütler aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir (Naito ve ark., 2006):

1. Çürük deneyimi prevalansı
2. Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
3. Ortalama diş sayısı
4. Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
5. DMFT indeksi (Çürük, kayıp ve dolgulu diş indeksi)
6. Dişsizlik yüzdesi
7. Dental florozis
8. Toplum periodontal indeksi (Community Periodontal Index-CPI).

DSÖ' nün 1948' de sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan da iyi olma hali olarak tanımlamasının ardından, Sağlıkla Bağlantılı Yaşam Kalitesi (SBYK) kavramı sağlık hizmeti uygulaması ve sağlık araştırmalarında önem kazanmıştır. Özellikle son 40 yıldır SBYK kavramı sağlıkla sıkı sıkıya ilişkilendirilmekte ve bunun sonucunda sağlıklı olma hali yalnızca hastaliksız ve uzun yaşam olarak değil, aynı zamanda kişilerin beklentilerine uygun iyi bir yaşam olarak da algılanmaktadır.

Ağız Sağlığı Bağlantılı Yaşam Kalitesi (ASBYK) kavramı ise 1980' lerden sonra dile getirilmeye başlanmıştır. ASBYK kavramının SBYK kavramına göre daha sonra ortaya çıkma nedenlerinden en önemlisi, ağız sağlığının geçmişte genel vücut sağlığından ayrı olarak ele alınması ve hekimlerin bu konuda dışlayıcı bir tutum sergilemesidir. Kanserler dışındaki ağız sağlığı problemleri, yaşamı tehdit eden

boyutta olmadığı için, yalnızca kozmetik kaygılar olarak kabul edilmiş ve genel vücut sağlığı kapsamının dışına itilmiştir. Ağız sağlığı ile ilgili problemler, uzun yıllar boyunca insanlarda iş gücü kaybına yol açmayacak kadar önemsiz olarak görülmüştür (Bennadi ve ark., 2013).

Cohen ve Jago (1976) ağız sağlığının hasta odaklı olarak ölçülmesi gerekliliğini öne sürmüşlerdir. Bireylerin ağız ve diş sağlık düzeylerini belirlerken, kültürel faktörler yaşam tarzı, gibi sosyal indikatörler olan subjektif kriterlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği, ancak bu şekilde daha etkin sağlık politikalarının geliştirilebileceği bildirilmiştir.

Bütün bunların yanında dikkat edilmesi gereken konu, periodontal sağlık ve iyilik halinin de ağız sağlığının olmazsa olmaz bir bileşeni olduğu gerçeğidir. Çünkü periodonsiyum, bütün dişlerin ağız içinde düzgün bir şekilde tutunmasına aracılık edip, dişlerin kozmetik ve işlevsel olarak tam fonksiyon halinde çalışmasını sağlarken, enfeksiyonlara karşı da önemli bir bariyer oluşturarak, önce ağız sağlığı sonra da genel vücut sağlığı için kritik bir görev üstlenmektedir. Ancak bu önemiyle çelişecek şekilde periodonsiyum, hem diş hekimleri hem de hastalar tarafından sıklıkla ihmal edilen bir doku olmayı sürdürmektedir.

Periodontal hastalıkların enfeksiyon ve enflamasyon kaynağı olmasından dolayı periodontitis varlığının, kardiyovasküler hastalıklar (Beck ve ark., 1996), demans (Pazos ve ark., 2016), diyabet (Xu ve ark., 2016) erken doğum ve düşük ağırlıklı bebek doğumları (Teshome ve ark., 2016) ve hatta Parkinson hastalığı (Kau ve ark., 2016) açısından bir risk faktörü olabileceğini gösteren literatürde birçok çalışma bulunmaktadır.

Periodontal hastalıklar sırasında oluşan ağrı, dişeti kanaması, ağrı ya da diş kaybı nedeniyle oluşan çiğneme güçlüğü, kaybedilmiş ya da zarar görmüş diş ve dişetine bağlı oluşabilen kozmetik sorunlar ve sosyal iletişim problemleri kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda bireylerin okul, iş ve ev yaşamlarında ciddi zaman ve verimlilik kaybı oluşabilmektedir.

Periodontal hastalığın sistemik hastalıklarla olan ilişkisi, yaşam kalitesi ve verimliliğini azaltan etkilerinden dolayı, öncelikle tanısı, sonra da tedavi ve idamesi çok önemli bir yer tutmaktadır. Ancak burada çok önemli bir sorun karşımıza çıkmaktadır. Periodontal sağlık ve periodontal hastalık, hem hastalar hem de diş hekimlerince hak ettiği ölçüde ilgi görmemektedir. Chestnutt ve Kinane (1997) yaptıkları çalışmada, genel diş hekimleri açısından periodontal hastalık tanı ve tedavisini etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Çalışmada periodontal hastalık tanı ve tedavisini kapsayan hastalık yönetim sürecinin, daha etkileyici ve gözle görülür belirgin fark oluşturan dental işlemler tarafından gölgede bırakıldığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda şiddetli periodontitise sahip hamilelerde erken doğum riskinin arttığı ve bu bebeklerin perinatal dönemde hayatta kalma oranlarının düştüğü belirtilmiştir. Benzer şekilde, hayatta kalan bebeklerde sinir sistemi, solunum sistemi, metabolik sistem, kardiyovasküler ve psikolojik problemlerin görüldüğü gözlenmektedir (Bobetsis, 2006). Yeterli olmayan ağız hijyeni varlığında, oluşan plak içinde yer alan mikroorganizmalar ve virülans faktörleri, dolaşıma girer ve enflamatuvar reaksiyon başlatır. Periodontitis sebebiyle oluşan bu durum, fetus için olumsuz sonuçlar doğurur. Ratlarda yapılan bir çalışmada bu bulguları destekler nitelikte sonuçlar ortaya konmuş olup, periodontal problemlerin düşük doğum ağırlığına sebep olduğu belirtilmiştir (Pitiphat ve ark., 2008).

Periodontal rahatsızlıkların gebelikte meydana getirdiği negatif durumlarla ilgili yapılan araştırmalarında çoğunda, hastalıkla gebelikte gözlenen komplikasyonlar bağlantılı olarak bulunmuştur (Deppe ve ark., 2010; Marin, 2005; Rakota ve ark., 2010). Hastalıkla direkt olarak bir bağlantı olduğuna dair sonuçlar kesin olamasa da, annede var olan oral patojen mikrofloranın oluşturduğu IGM cevabı ve bunun fetüse geçmesi ile, erken doğum riskinin arttığı gösterilmiştir (Bobetsis, 2006).

Diyabet, gingivitis ve periodontitis için bir risk faktörüdür. Periodontal hastalıkların tedavisinin glisemik kontrolle ilişkisinin incelendiği çalışmalarda fikir birliği bulunmamakta, bazılarında iyileşme gözlenirken, bazılarında herhangi bir değişim saptanmamaktadır (Mealay, 2006). Periodontal hastalığın diyabetle çift yönlü

ilişkisi olduğundan, aynı anda tedavi edilmeleri gerekir (Nagasawa ve ark., 2010). Kronik periodontal enflamasyon, sistemik enflamatuvar cevabı tetikleyerek, insülin direncinde artışla birlikte glisemik kontrolde zorluk yaşanmasına neden olur (Demmer ve Desvarieux, 2006).

Enflame olmuş periodonsiyumun enflamatuvar sitokinleri, LPS ve bakterileri sistemik dolaşıma salmaya başlamakta ve sonrasında salınan bu maddeler arterosklerozun ilerlemesine neden olarak kan koagülasyonunu, trombositleri ve prostoglandin sentezini etkilemekte ve nihayetinde felç başlangıcına katkıda bulunmaktadır. Daha önce yapılmış bir çalışmada, serebral enfarktüsli hastalar kontrol bireyleriyle karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, serebral enfarktüsli bireylerin ağız hijyeninin daha kötü olduğu gözlenmiştir (Syrjanen ve ark., 1989).

1.10. Ağız-Diş Sağlığı Tedavilerinin Maliyetinin Değerlendirilmesi

Dental problemlerin mortalitesi olmasa da, popülasyondaki sıklığı hastalıkların tedavi maliyetini yükseltmektedir. Kanada' daki 1986 verileri, ağız ve diş sağlığı için yapılan harcamaların, kalp damar rahatsızlıkları ve psikolojik hastalıkların ardından 3. sırada geldiğini göstermektedir. Kanada' daki 1989 yılı maliyetlerinde ağız diş sağlığı için ayrılan bütçe 3,1 milyar dolar olup, bunun kamu fonundan karşılanan oranı yalnızca % 14' tür (Leake ve Porter, 1993). Amerika Birleşik Devletleri' nde de çürük ve sonrasındaki problemler için yapılan yıllık harcamanın, kardiyovasküler hastalıklar, romatizmal hastalıklar, akciğer kanseri gibi hastalıklar için harcamaların 2 katı olduğu belirtilmektedir (House ve ark., 2004).

Ağız-diş sağlığı için yapılan direkt harcamaların yanı sıra, hastalığın ekonomik anlamda getirdiği indirekt maliyetlerin de etkisi büyüktür. Örnek olarak, çocuğuyla birlikte diş hekimine giden aile fertlerinin, o günkü çalışmadığı sürenin getirdiği maddi kayıp ve ulaşım harcanan para, dikkat çekmeyen fakat önemli detaylardır.

Bailit ve Silversin (1981), dental problemlerin kişilere ve popölasyona olan maddi yükünün, bireyin hastalıktan korunması, hastalığın ortadan kaldırılması ve tedavi süreçlerinde ortaya çıkan maliyetin tümüyle değerlendirilmesiyle hesaplanacağını belirtmişlerdir. Buna göre hastalığın total maliyeti 3 faktörden meydana gelmektedir:

- 1.Özel kuruluşlar (muayenehaneler, poliklinikler, merkezler) ve kamu kurumlarında (diş hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezleri vs.) ağız-diş sağlığı için yapılan harcamalar
2. Diş hastalıkları sebebiyle oluşan iş gücü kaybının ekonomiye olan etkisi
3. Diş hastalıklarının psikososyal maliyetinin maddi ölçümü.

Belli bir zaman dilimi içinde, vücudun diğer organlarında meydana gelen problemlerin aksine, tek bir dişe bile yapılan dolgunun defalarca kere değiştirilebilir olması, hatta ilerleyen zamanlarında kanal tedavisi, protetik uygulama ve dişin çekimi gibi birçok tedaviye maruz kalabilme ihtimali, ekonomik anlamda dental tedavileri farklı kılmaktadır. Bu sebeple ağız diş sağlığı için alınan hizmet çeşitliliğinin artması, bireylerin ekonomik gücüyle ilişkili olup, tedavi maliyetleri kısıtlayıcı olabilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, hekimlerin periodontal tedavi maliyetiyle ilgili görüşlerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Cobb ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada hastanın ekonomik durumunun, genel diş hekimi veya periodontolog tarafından tedavi uygulama kararının ve hastanın uygulanacak olan periodontal tedavi planını kabul etmesinde önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Bunun yanında, dental klinisyenin ekonomik statüsünün de, tedavi planlamasını ve periodontoloğa yönlendirme kararını direkt olarak etkileyebileceği bildirilmiştir.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimler cerrahi periodontal tedavinin popölasyonun büyük bir kısmı için çok pahalı bir tedavi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Buna karşılık, Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin yalnızca % 16' sı, hastalara periodontal tedavi uygulama kararında ücret faktörünün önemli olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir.

Dental sağlık, bireyin genel sağlığının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu doğrultuda iyi bir ağız-diş sağlığına sahip olmak da, en temel insan hakları arasında değerlendirilmektedir. Bu nedenle de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin, ülke yöneticilerinin sağlık konusunda üzerine eğilmeleri ve önem vermeleri gereken toplumsal nitelikteki en önemli sağlık hizmetleri arasında ele alınması gerekmektedir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development-OECD) ülkeleri arasında, 2013 yılı itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasılası'ndan (GSYİH) sağlığa en az pay ayıran ülke % 5,4 ile Türkiye' dir ve Türkiye' nin 2013 yılındaki toplam sağlık harcaması 84.390.000.000 TL olarak belirlenmiştir. Belirtilen bu tutar içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrılan payın ise, yine 2013 yılı itibariyle 4.219.000.000 TL olduğu tahmin edilmektedir (Akar, 2014). Bu doğrultuda ülkemizde, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden hastaların gerektiği gibi faydalanamadıkları söylenebilir.

1.11. Türkiye'de ve Dünyada Periodontal Hastalık Oranları ve Dağılımları

Periodontal hastalık, plaktaki bakteri ve konak tarafından oluşturulan immün cevabın karşılıklı etkileşimi sonucu gelişmektedir. Epidemiyolojik araştırmalarda da gösterildiği üzere, periodontal hastalık prevelansının tanımlanması oldukça zordur ve periodontal hastalığın prevelansında şu anki en iyi tahmin popülasyonunun, % 90' ının enflamasyon ve 4 mm' den derin periodontal ceplerden etkilendiği olup, bu ifade yaşa göre artmaktadır (Baehni ve Bourgeois, 1998).

Çocuk ve adölesanlarda dünya genelinde gingivitis bulguları görülmektedir. Periodontitisin şiddetli bir formu olan ve puberte dönemindeki bireyleri etkileyerek

prematür diş kaybına neden olabilen agresif periodontitis ise genç nüfusun %2' sini etkilemektedir (Albander ve ark., 1997). Erişkinlerde diş kaybının en önemli nedenlerinden olan kronik periodontitisin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sıklığı, 35-44 yaş arası yetişkin popülasyonda dünya genelinde %60' lara kadar çıkmaktadır (WHO, 2013).

Aslında bu değerlere dikkatle yaklaşılmalıdır, çünkü periodontal hastalık basitten (gingival enflamasyon) kompleks (agresif periodontitis) durumlara kadar çok geniş bir aralıkta karmaşık bir tablo ile seyretmektedir (Axelsson, 2004). Benzer olarak gingival enflamasyonun prevalansının da belirlenmesi güç olup, yetişkin popülasyonda tahminen % 40 ile % 90 arasındadır (Brown ve ark., 1990; Brown ve Loe, 1993).

Periodontal hastalık ABD' deki en yaygın sağlık sorunlarından biri olarak bildirilmiştir. 2000 yılına ait bir çalışmada, ABD' de erişkin bireylerin %80' inin yaşamlarının herhangi bir zamanında periodontitis geçirdiği ve bu bireylerin de %20' sinin orta ve şiddetli periodontitisi olduğu rapor edilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar ABD' deki erişkin bireylerin %50' sinden fazlasının üç ya da dört diş bölgesinde gingivitis, %67' sinde subgingival diştaşı ve %40' ında en az 3 mm' lik ataşman kaybı olduğunu ortaya koymuştur (Trovato, 2003).

Lokal agresif periodontitis görülme sıklığı üzerine yapılan araştırmalarda, bu oranın Kuzey Amerika beyaz ırkında % 0,06, siyah ırkta % 2,6 (Løe ve ark., 1991) olduğu belirtilirken, gelişmiş toplumlarda ise bu oranın % 0,1 - % 0,05 (Baelum ve ark., 1996) aralığında olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu hastalarda sigara kullanımı ile birlikte sosyo-ekonomik durumun yetersiz olduğu ve kadınlara göre erkeklerde agresif periodontitis görülme sıklığının da daha fazla olduğu bildirilmiştir (Roshna ve ark., 2012).

Yapılan araştırmalarda gelişmekte olan ülkelerde periodontitisin görülme sıklığı yaşla birlikte artarken, gingivitisin erişkin ve çocuklarda çok yaygın olduğu görülmüştür. Erzurum yöresinde periodontal hastalıkların prevalansı üzerine yapılan

bir araştırmada, oral hijyenin azalmasına paralel olarak periodontal hastalık oranının da arttığı bilinmektedir. Yatılı öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, 62 farklı ilden gelen 228 yatılı öğrencide gingivitis oranı % 79-85, bireylerin diş hekimine gitme alışkanlığı % 16,66 ve iyi bir ağız bakımına sahip olma oranı % 10 bulunmuştur. Diğer yandan diş hekimlerinin günde 2 kez diş fırçalama alışkanlığı oranı % 65, diş hekimliği öğrencilerinin ise günde 2 ya da daha fazla diş fırçalama alışkanlığının % 75 olduğu bildirilmiştir (Eren, 1989).

Sivas merkezde farklı sosyo-ekonomik yapıya sahip 235 özel okul ve 603 devlet okulu öğrencisi arasında yapılan araştırmada, oral hijyen eğitim ihtiyacının devlet okulunda okuyan öğrencilerde oranı % 44,1, özel okul öğrencilerinde ise oranı % 71,5' tir. Diğer yandan periodontal tedavi ihtiyacının devlet okulu öğrencilerinde oranı % 48,3, özel okul öğrencilerinde ise oranı % 13,6' dır (Bostancı ve ark., 2008).

şahin ve arkadaşlarının (2009) 20-27 yaş grubu erkek bireylerde yaptığı çalışmada, bireylerin yaklaşık % 96' sında periodontal hastalık olduğu bildirilmektedir. Amasya ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran hastaların periodontal tedavi gereksiniminin incelendiği bir araştırmada, hastaların % 40,4' ünde gingivitis, % 39,2' sinde periodontitis görölürken, % 20,3' ünün sağlıklı olduğu belirlenmiştir.

Gökalp ve arkadaşlarının (2010) 7833 ocuk ve yetişkindeki çürük ve periodontal durumu değerlendirdikleri kesitsel çalışmalarında, 15 yaş grubu bireylerin % 56,2' sinin sağlıklı periodontal dokulara sahip olduğu, 35-44 yaş grubu bireylerin ise % 62,6' sının dişeti problemlerine ve % 1,2' sinin 6 mm ve daha fazla ataşman kaybına sahip olduğu belirtilmiştir.

Başka bir araştırmada da periodontoloji kliniğine gelen hastalardan periodontal açıdan sağlıklı olanların oranının % 0,3, gingivitise sahip olanların oranının % 51,9, kronik periodontitise sahip olanların oranının % 46,4 ve agresif periodontitise sahip olanların oranının ise % 1,4 olduğu belirlenmiştir (Akpınar ve ark., 2012). Ayrıca, erkekler ile kadınlar arasında önemli bir farklılık olmadığı da belirtilmiştir (Göktürk ve ark., 2014).

1.12. Periodontal Tedavi İçin Yönlendirme

Periodontal hastalıkların çeşitliliği, hastalığın şiddeti, hekimlerin klinik becerileri, hastanın tedaviyi istemesi gibi birçok değişken nedeniyle, periodontoloğa yönlendirme ile ilgili kesin kurallar ve sınırlar belirlemek zordur (Dockter ve ark., 2006).

Genel diş hekimlerinin periodontal hastalıklarla ilgili aldığı eğitim seviyesi, bilgi ve beceri düzeyi, yönlendirme sürecinde büyük bir role sahiptir. Periodontal tedavi oral sağlığın çok önemli bir komponentiyken, pratisyen diş hekimlerinin hastalarını tedavi ederken periodontal sağlığa yeterli önemi vermediklerine ilişkin raporlar yer almaktadır (Dockter ve ark., 2006).

Bouma ve arkadaşları (1985), Hollandalı diş hekimleri örnekleminde gerçekleştirdiği araştırma kapsamında az sayıda genel diş hekiminin periodontal sondla tam bir periodontal muayene yaptığını ve pratisyen hekimlerin periodontal tedaviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını hissettiklerini belirtmiştir. Yayınlanmış kanıtları gözden geçiren Gift (1988) de, çoğu genel diş hekiminin periodontal hastalığın etiyojisine, önlenmesine ve tedavisine ilgisinin az olduğunu ve genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye daha az zaman ayırdığını bildirmiştir.

Park ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, genel diş hekimlerinin periodontoloğa yönlendirme sürecindeki kararlarını etkileyen faktörlerin, uzmanın klinik becerileri, genel diş hekimleri ve uzman arasında daha önceki olumlu deneyimler, uzmanın iletişim yetenekleri, uzmanın hastalar ile uyumu, genel diş hekimleri ve uzmanın benzer çalışma felsefesini paylaşmaları olduğu belirtilmiştir.

Periodontal tedaviler diş hekimleri tarafından yapılması gereken tedavilerdendir. Koruyucu diş hekimliğinin yaygın olarak yapıldığı toplumlarda, bireylerin diş kaybı prevalansı düşerken, yaşlı birey oranının artması, sosyoekonomik yetersizlikler, özellikle sigara içiminin yüksek olması ise bu oranın yükselmesine neden olmaktadır.

Bu tip toplumlarda hastaların bir periodontoloğa yönlendirilmesi, kaçınılmaz bir öneme sahiptir. Diş hekimleri zor vakaları periodontoloğa yönlendirirken, çoğu zaman uzman müdahalesinin sınırları belirlenememektedir.

Türkiye' deki diş hekimliği fakültelerinin eğitim ve öğretim faaliyetlerini sürdürebilmeleri için hazırlanmış olan "asgari" gereklilikleri kapsayan "Diş Hekimliği Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DUÇEP)" nda (Mezuniyet Öncesi Diş Hekimliği Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2016), diş hekimliği fakültesinden mezun olan bir diş hekiminin, belirli düzeylerde yapması ve yönetmesi gereken temel diş hekimliği uygulamaları belirtilmiştir. DUÇEP' in mezun (program) yeterlilikleri çerçevesi başlığı altındaki tanı ve tedavi süreçlerine göre mezun diş hekimleri:

1. Çalışma sınırlarını doğru olarak saptar, gerektiğinde konsültasyon ister ve hastasını uzmana yönlendirir.
2. Tanı ve tedavi planlaması için hastanın detaylı ölçüsünü alır, klinik ve radyografik muayenesini yapar, gerektiğinde yardımcı tanı yöntemlerini kullanır, bulguları değerlendirir ve süreci yönetir.
3. Hastanın ağız ve diş sağlığı risk grubunu (diş çürükleri, periodontal hastalık vb) da dikkate alarak, hasta için alternatif tedavi planları hazırlar ve sunar.
4. Farklı yaş grupları ve özel gereksinimi olan hastalar dahil tüm gruplarda ağız ve diş sağlığını planlar.
5. Diş hekimliği alanında, erken tanı ve tedavi yöntemlerini kullanır ve hastalıkların ilerlemesini önler.

DUÇEP' e göre mezun diş hekimleri, ağız kokusu, ağız mukozasında kanama, alveolar kemik kaybı, diş mobilitesi, dişeti ağrısı, dişeti büyümeleri, dişeti gülümsemesi, dişeti hassasiyeti, dişeti hiperemisi, dişetinde şişlik, kemik içi defektlerin varlığında ayırıcı tanıları yapabilmelidir.

DUÇEP' in acil tedavi, ön tanı, tanı, tanı-tedavi, koruyucu uygulamalar ve rahabilitasyon tanımlamalarına göre mezun diş hekimleri:

1. Agresif periodontitis, kronik periodontitis ve dişetin estetik problemleri varlığında tanı koyabilmeli, tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı ve gerekli ön işlemleri yaparak uzmana yönlendirebilmelidir.

2. Ağız hijyen yetersizliği ve gingivitis varlığında tanı koyabilmeli ve tedavi edebilmeli, korunma önlemlerini uygulayabilmelidir.

3. Dişeti çekilmesi varlığında tanı koyabilmeli, tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı ve gerekli ön işlemleri yaparak uzmana yönlendirebilmeli, korunma önlemlerini uygulayabilmelidir.

4. Endo-perio lezyonları varlığında tanı koyabilmeli ve tedavi edebilmelidir.

5. Gingival apse varlığında tanı koyabilmeli ve tedavi edebilmeli, korunma önlemlerini uygulayabilmeli ve acil durumu tanımlayarak acil tedavisini yapabilmeli, gerektiğinde uzmana yönlendirebilmelidir.

6. Nekrotizan ülseratif gingivitis varlığında tanı koyabilmeli ve tedavi edebilmeli ve acil durumu tanımlayarak acil tedavisini yapabilmeli, gerektiğinde uzmana yönlendirebilmelidir.

7. Nekrotizan ülseratif periodontitis ve periodontal apse varlığında tanı koyabilmeli, tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı ve gerekli ön işlemleri yaparak uzmana yönlendirebilmeli ve acil durumu tanımlayarak acil tedavisini yapabilmeli, gerektiğinde uzmana yönlendirebilmelidir.

8. Periimplantitis varlığında tanı koyabilmeli, tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı ve gerekli ön işlemleri yaparak uzmana yönlendirebilmeli ve korunma önlemlerini uygulayabilmelidir.

9. Plağa bağlı olmayan dişeti hastalıkları ve sorunları varlığında ön tanı koyarak kesin tanı için uzmana yönlendirebilmelidir.

DUÇEP' in diş hekimliği uygulamaları listesine göre periodontal tedavi uygulamaları kapsamında mezun diş hekimleri:

1. Gülme hattının analizi ve düzenlenmesi, dental implant uygulamaları, dişeti çekilmelerinin cerrahi tedavisi, flep operasyonları, frenetomi ve frenektomi, furkasyon sorunlarının cerrahi tedavisi, gingivektomi ve gingivoplasti, implant çevresi hastalıklarının cerrahi tedavisi, implant çevresi yumuşak dokuların plastik cerrahisi, kök amputasyonları, hemiseksiyon/biküspiditasyon ve tünel operasyonu işlemleri öğrenme düzeyi 1 tanımlamasına girmektedir. Bu durumlarda hekimler uygulamanın nasıl yapıldığını bilmeli, sonuçlarını hasta yakınlarına açıklayabilmeli ve gerektiğinde hastayı ilgili uzmana yönlendirebilir düzeye gelmiş olmalıdır.

2. İmplant çevresi hastalıkların cerrahi olmayan tedavisi, mobil dişlerin splintlenmesi, periodontal doku yaralanmalarının tedavisi işlemleri öğrenme düzeyi 2 tanımlamasına girmektedir. Bu durumlarda hekimler acil bir durumda kılavuz/yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapabilmelidir.

3. Panoramik radyografilerin değerlendirilmesi ve kök yüzeyi temizliği işlemleri öğrenme düzeyi 3 tanımlamasına girmektedir. Bu durumlarda hekimler karmaşık olmayan, sık görülen durumlarda/olgularda uygulamayı ve değerlendirmeyi yapabilmeli, gerekli planları oluşturabilmeli ve uygulayabilmeli, süreç ve sonuçlarıyla ilgili hastayı ve yakınlarını bilgilendirebilmelidir.

4. Ağız içi muayene, periodontal indeks alabilme ve değerlendirebilme, hastayı uygun biçimde sevk edebilme, periapikal bite-wing ve okluzal radyografilerin değerlendirilmesi, bakteriyel plak kontrolü, diş yüzeyi temizliği, ağız bakımı düzeyinin değerlendirilmesi ve ağız bakım eğitiminin verilmesi işlemleri öğrenme düzeyi 4 tanımlamasına girmektedir. Bu durumlarda hekimler karmaşık durumlar/olgular da dahil uygulamayı yapabilmelidir.

Yapılan bir çalışmada periodontal tedavi ihtiyacı olan hastaların % 88' inin oral diagnoz kliniğinden sevk edildiği, % 12' sinin ise ağız kokusu, şişlik, dişeti kanaması, diştaşı gibi şikayetler sebebi ile direkt olarak periodontoloji kliniğine geldikleri belirlenmiştir. Bu çalışmadan da anlaşıldığı gibi, hastaların % 88' i periodontal hastalıklarının farkında değildir. Bu durumun sebebinin, kişilerin periodontal hastalık bilgisinin olmamasından ve periodontal hastalıkların ağrısız olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Özer ve ark., 2007).

Kuzey Amerika' da yapılan bir çalışmada, periodontologların genel diş hekimlerinin yönlendirmesi ile hastalara ulaştıkları belirtilmiştir (Park ve ark., 2011). Ülkemizdeki aksine, Kuzey Amerika' daki mevcut sağlık sigorta sistemi nedeniyle, hastaların 6 ayda bir diş hekimine kontrole gitmeleri zorunlu olup, hastaların periodontal sorunları yapılan bu rutin kontrollerde teşhis edilmekte ve hastalar yönlendirme ile periodontologlara ulaşmaktadır.

Gift' in (1998) yaptığı çalışmada, İskoçyalı diş hekimlerinin, gingivitis ve başlangıç periodontitisin teşhis ve tedavisinde kendilerine güvendikleri rapor edilmiştir. Bununla birlikte ne yazık ki, diş hekimlerinin çürükle ilgili periodontal hastalıktan çok daha fazla bilgiye sahip olduğu öne sürülmüştür.

Linden (1998) de Kuzey İrlandalı pratisyen diş hekimleri örnekleminde yaptığı çalışmada, periodontal tedavi yaklaşımının hekimler arasında oldukça farklılık gösterdiğini rapor etmiştir. Spencer ve Lewis (1989) de Avustralya' daki diş hekimleri örnekleminde yaptıkları çalışmada, değişkenliğin ayrı bilgi ve beceri seviyesine bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu belirlemeler doğrultusunda görülmektedir ki, farklı ülkelerde genel diş hekimlerinin periodontal bakım koşullarına ilişkin bazı farklılıklar söz konusudur.

Chestnutt ve Kinane (1997) İngiltere' de periodontal hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgili şikayetlerin devamlı arttığını rapor etmişler ve periodontal hastalığın kontrolünde hem hastaların hem de diş hekimlerinin yeterlilik düzeyinde artışa ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir.

Darby ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, genel diş hekimlerinin çoğunun gingivitis ve başlangıç seviyesindeki periodontitisi teşhis ve tedavi etmek konusunda kendilerine güvendikleri belirtilmiştir. Buna karşılık, hekimlerin yalnızca % 61,9' unun agresif periodontitisin teşhisini tam olarak koyabileceklerinden emin olduğu, agresif periodontitisin tedavisini yapabileceği konusunda emin olan hekimlerin oranının ise % 36 olduğu bildirilmiştir.

Linden ve arkadaşlarının (Linden, 1998; Linden ve ark., 1999) yaptıkları çalışmada, genel diş hekimlerinin yönlendirme süreci ile ilgili önemli farklılıkların olduğu belirtilmiştir. Bu sebeplerle, İngiliz Periodontoloji Derneği tarafından 2002 yılında standart bir yönlendirme protokolü oluşturmak amacıyla bir bildiri yayınlanmıştır (Dowell ve ark., 2002). Benzer bir amaçla Amerikan Diş Hekimleri Birliği ve Amerikan Periodontoloji Akademisi (Charles ve Charles, 1994) de girişimlerde bulunmuş, hastaların periodontal tanılarının genel diş hekimleriyle olan ilk seanslarında yapılmasına ve hekimlerin teşhis ve tedavi için tam bir anamnez olarak muayenelerini yapmalarına karar verilmiştir (Starr ve Collina, 1999).

1.13. Araştırmanın Amacı

Periodontal hastalıklar, dişleri destekleyen dokuları etkileyen kronik ve enfeksiyöz hastalıklardır (Offenbacher, 1996; Socransky ve Haffajee, 1997). Tüm dünyada yüksek prevalans gösteren bu hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak, basit periodontal tedavileri yapabilmek ve gerektiğinde hastayı yönlendirmek ve hastaların bu konudaki farkındalıklarını arttırmak genel diş hekimlerinin öncelikli görevidir (Lanning ve ark., 2007).

Diş hekimlerinin periodontal tedavi uygulamalarına olan yaklaşımlarının değerlendirilmesi önemlidir. Periodontal sağlığın genel sağlık ve sistemik hastalıklar ile yakın ilişkisi ve periodontal hastalıkların görülme sıklığındaki artışla birlikte hastaların farkındalıklarında ve hekimlerin tanı, tedavi ve idame uygulamalarında eksiklikler olduğu görülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada, özel muayenehanelerde serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarının değerlendirilmesi, genel diş hekimlerinin hastalarını hangi durumlarda ve aşamalarda periodontoloğa yönlendirdiklerinin ve kliniklerde periodontal hastalıkların nasıl ele alındığı ile ilgili güncel durumun ortaya konması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada aynı zamanda devamlı periodontal eğitime olan ihtiyaç da değerlendirilmiştir. Anket eşliğinde yapılan bu çalışma, aynı zamanda oral hijyen

protokolünü ve periodontal idame tedavisi için, diş hekimlerinin genel bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ankara bölgesinde merkez ve perifer ilçelerde serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal muayene ve tedaviye olan bakış açılarını değerlendiren herhangi bir araştırma daha önce yapılmamıştır. Bu araştırma bilgimiz dahilinde Türkiye’ de Ankara bölgesi içerisindeki ilk araştırmadır.

Çalışmanın sonucunda ise, diş hekimlerinde periodontal hastalık ile ilgili farkındalığın arttırılması ve dolayısıyla hastaların bilinçlendirilmesi hedeflenmektedir.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada Ankara Diş Hekimleri Odası' na kayıtlı olan hekimlerden, telefon ve adres bilgileri elde edilen 836 diş hekimi değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda uzman diş hekimleri ve polikliniklerde genel diş hekimi olarak çalışan hekimler araştırma kapsamından çıkartılmış, araştırmaya 479 serbest çalışan genel diş hekimi dahil edilmiştir. Ankara şehri dokuz merkez ilçe (Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Gölbaşı, Keçiören, Mamak, Pursaklar, Sincan ve Yenimahalle) ve on altı perifer ilçe (Akyurt, Ayaş, Bala, Beypazarı, Çamlıdere, Çubuk, Elmadağ, Evren, Güdül, Haymana, Kalecik, Kazan, Kızılcahamam, Nallıhan, Polatlı ve Şereflikoçhisar) olarak gruplandırılmıştır (Şekil 2.1). Perifer ilçelerden olan Haymana, Güdül, Evren, Bala ve Çamlıdere ilçelerinde, elde edilen telefon ve adres bilgilerine göre serbest çalışan genel diş hekimi tespit edilemediği için, bu ilçeler araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Buna göre araştırmaya katılan genel diş hekimleri, 9 merkez ilçe, 11 perifer ilçe olmak üzere gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Perifer ilçelerden araştırmaya katılan genel diş hekimi sayısına göre power analizi yapılmış, hata oranı % 5 ve güç % 88 olarak alınmış ve α değeri 0.05 kabul edilmiştir. Buna göre muayenehaneleri Ankara ili merkez (n=121) ve perifer (n=50) ilçelerinde yer alan toplam 171 serbest çalışan genel diş hekimi araştırma kapsamına alınmıştır.



Şekil 2.1. Ankara ilçelerinin dağılımı

Çalışmaya aşağıdaki kriterleri sağlayan dış hekimleri dahil edilmiştir.

- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak,
- Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan dış hekimliği fakültelerinin birinden mezun olmuş olmak,
- Herhangi bir dış hekimliği branşında uzmanlaşmamış olmak,
- Poliklinik ortamında çalışmıyor olmak,
- Serbest dış hekimi kliniğinde, uzman bir dış hekimiyle beraber çalışmıyor olmak,
- Anket sorularına eksiksiz cevap vermiş olmak.

Ankara içerisinde özel muayenehanede serbest çalışan genel dış hekimleri, tecrübe sınırı gözetmeksizin araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan dış hekimleri 3 ana başlık altında gruplandırılarak, gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. Bu gruplar şu şekildedir:

- Cinsiyet (Kadın/erkek)
- Yaş (35 yaş altı/36-45 yaş/46 yaş üstü)
- Çalışılan ilçe (Merkez ilçe/perifer ilçe)

Hastaların başlıca periodontal problemlerini, özel muayenehanede çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedavi sırasındaki ve sonrasındaki tutumlarını ve beklentilerini belirleyebilmek amacıyla araştırmacı tarafından bir anket geliştirilmiştir. Bu anket hazırlanırken daha önce yapılmış olan çalışmalardan yararlanılmış (Mali ve ark. 2008), anket soruları modifiye edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden serbest çalışan genel diş hekimlerine adres bilgilerinden ulaşılmış, yüzyüze görüşme yapılarak cevaplar kaydedilmiştir.

Ankette toplamda 17 soru yer almaktadır. Anketteki ilk 4 soru, cinsiyet, yaş, çalıştığı ilçe ve mezun olduğu üniversite olmak üzere demografik verileri ifade etmektedir. Kalan 13 soru ise aylık olarak bakılan hasta sayısı, kliniklerde kullanılan periodontal aletlerin oranı, periodontal muayene oranı, kullanılan indeks ve radyografi yöntemleri, Faz I peridontal tedavi için yönlendirme, oral hijyen eğitimi, periodontal cerrahi tedavi uygulama oranı, periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme, periodontal cerrahi tedaviden beklenti, idame tedavisi, periodontal hastalığın tekrarlama sebepleri ve periodontal tedavinin maliyetinin değerlendirilmesi konularını kapsamaktadır.

2.2. İstatistiksel Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler öncelikle Microsoft Excel' e aktarılmış, daha sonra lisanlı SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiştir.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher' s Exact Test kullanılmış olup, RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Genel Diş Hekimlerine İlişkin Demografik Verilerin Karşılaştırılması

Çizelge 3.1. Değişkenlere ilişkin frekans dağılım çizelgesi

		n	%
Cinsiyet	Erkek	105	61,4
	Kadın	66	38,6
Yaş	35 Yaş Altı	47	27,5
	36-45 Yaş	55	32,2
	46 Yaş Üstü	69	40,3
Hangi ilçede çalışmaktasınız?	Merkez İlçe	121	70,8
	Perifer İlçe	50	29,2
Hangi ilçe	Yenimahalle	18	10,5
	Keçiören	23	13,5
	Çankaya	21	12,3
	Altındağ	12	7,0
	Gölbaşı	4	2,3
	Mamak	12	7,0
	Pursaklar	5	2,9
	Etimesgut	13	7,6
	Sincan	13	7,6
	Kızılcahamam	2	1,2
	Çubuk	10	5,8
	Polatlı	17	9,9
	Kazan	5	2,9
	Elmadağ	5	2,9
	Ayaş	1	,6
	Akyurt	2	1,2
	Kalecik	1	,6
	Şereflikoçhisar	1	,6
	Nallıhan	2	1,2
	Beypazarı	4	2,3

Çizelge 3.1. Devam. Değişkenlere ilişkin frekans dağılım çizelgesi

Hangi üniversiteden mezun oldunuz?	Ankara	56	32,75
	Atatürk	7	4,09
	Cumhuriyet	2	1,17
	Dicle	2	1,17
	Ege	2	1,17
	Erciyes	2	1,17
	Gazi	53	30,99
	Hacettepe	25	14,62
	İstanbul	6	3,51
	Marmara	2	1,17
	9 Eylül	2	1,17
	Selçuk	10	5,85
	Süleyman Demirel	2	1,17
Total		171	100

Araştırmaya katılan serbest çalışan genel diş hekimlerinin cinsiyet, yaş, çalıştığı ilçe ve mezun olduğu üniversitelere ait demografik verilerin dağılımı Çizelge 3.1' de görülmektedir.

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin % 61,4' ünün erkek (n=105), % 38,6' sının kadın (n=66) olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin % 27,5' inin (n=47) 35 yaş altı grupta, % 32,2' sinin (n=55) 36-45 yaş grubunda, %40,3' ünün (n=69) ise 46 yaş üstü grupta yer aldığı gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin % 70,8' inin (n=121) merkez ilçelerde, % 29,2' sinin (n=50) perifer ilçelerde çalıştığı gözlenmektedir. Merkez ilçelerde çalışan diş hekimlerinin çoğunluğu Keçiören (% 13,5, n=23) ve Çankaya (% 12,3, n=21) ilçelerinde iken, bunu Yenimahalle (% 10,5, n=18), Etimesgut ve Sincan

(% 7,6, n=13) ilçeleri takip etmektedir. Perifer ilçelerde çalışan diş hekimlerinin çoğunluğu Polatlı (% 9,9, n=17) ilçesinde iken, bunu Çubuk (% 5,8, n=10), Kazan ve Elmadağ (% 2,9, n=5) ilçeleri izlemektedir.

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun Ankara sınırları içindeki diş hekimliği fakültelerinden mezun olduğu gözlenmektedir (% 78,11, n=134). Bu üniversiteler sırasıyla Ankara (% 32,75, n=56), Gazi (% 30,99, n=53) ve Hacettepe (% 14,62, n=25) üniversiteleridir. Bu üniversiteleri ise sırasıyla Selçuk (% 5,85, n=10), Atatürk (% 4,09, n=7) ve İstanbul (% 3,51, n=6) üniversiteleri takip etmektedir.

3.2. Genel Diş Hekimlerinin Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

3.2.1. Periodontal muayene

Çizelge 3. 2. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	20' den az	13	7,6
	20-50 arası	53	31,0
	50-100 arası	51	29,8
	100' den fazla	54	31,6
	Total	171	100,0

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.2' de belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin % 31,6' sının 100' den fazla, % 31' inin 20-50 arasında, % 29,8' inin 50-100 arasında şeklinde birbirlerine yakın cevaplar verdiği, hekimlerin sadece %7,6' sının 20' den az cevabını verdikleri görülmüştür.

Çizelge 3.3. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?	Periodontal sond	160	93,6
	Kretuvar	170	99,4
	Periodontal küret	152	88,9
	Gingivektomi bıçakları	49	28,7
	Ultrasonik kazıyıcı	130	76,0
	Yumuşak doku lazeri	5	2,9

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.3' te belirtilmiştir. Buna göre, hekimlerin büyük çoğunluğunda periodontal sond (% 93,6) ve kretuvar (% 99,4) olduğu, bunu sırasıyla periodontal küret (% 88,9) ve ultrasonik kazıyıcının (% 76) takip ettiği görülmektedir. Gingivektomi bıçağı (% 28,7) ve yumuşak doku lazeri (% 2,9) kullanan hekim sayısı ise oldukça azdır.

Çizelge 3.4. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Her hastanıza ilk muayenesinde periodontal muayene yapıyor musunuz?	Evet	128	74,85
	Hayır	43	25,15
	Toplam	171	100
Evet, periodontal kayıt ya da indeks alıyor musunuz?	Evet	20	15,63
	Hayır	108	84,38
	Toplam	128	100
Evet, hangi indeksleri alıyorsunuz?	Plak indeksi	7	35,00
	Gingival indeks	6	30,00
	CPITN	0	0
	Cep derinliği	19	95,00
	Mobilite	10	50,00
	BOP	3	15,00
	Klinik ataşman kaybı	4	20,00
Evet, periodontal muayene için hangi tip radyografları kullanıyorsunuz?	Periapikal	83	64,84
	Panoramik	114	89,06
	Tomografi	19	1,56

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.4' te belirtilmiştir. Hekimlerin % 74,85' inin bu soruya evet cevabını verdiği görülmekte olup, evet cevabı veren hekimlerin ise sadece % 15,63' ünün periodontal kayıt veya indeks aldığı gözlenmektedir. Kayıt veya indeks alan hekimlerin % 95' inin cep derinliği, % 50' sinin mobilite ve % 35' inin plak indeksi aldığı görülmüştür. Periodontal muayene yaptığını belirten hekimler muayene sırasında en sık panoramik radyografları (% 89,06) kullanmakta olup, tomografik değerlendirme (% 1,56) yapan hekim oranı çok düşüktür.

3.2.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirme

Çizelge 3.5. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?	Evet	59	34,5
	Hayır	112	65,5
	Toplam	171	100,0
Evet, hangi periodontal hastalıklarda periodontoloğa yönlendiriyorsunuz?	Gingivitis	3	5,08
	Kronik periodontitis	23	38,98
	Periodontal apse	32	54,24
	Agresif periodontitis	48	81,36
	ANUG	51	86,44

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.5' te belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin % 34,5' inin evet, % 65,5' inin hayır cevabını verdikleri görülmektedir. Hastalarını Faz I tedavi için yönlendiren hekimlerin "Hangi periodontal hastalıklarda periodontoloğa yönlendiriyorsunuz?" sorusuna en sık ANUG (% 86,44) ve agresif periodontitis (% 81,36) cevabını verdikleri, en az gingivitis (% 5,08) varlığında yönlendirme yaptıkları gözlenmiştir.

3.2.3. Oral Hijyen

Çizelge 3.6. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?	Evet	167	97,7
	Hayır	4	2,3
	Toplam	171	100,0
Evet, oral hijyen eğitimi ne şekilde veriyorsunuz?	Model üzerinde göstererek	156	93,4
	Poster ve diğer görseller göstererek	85	50,9
	Klinikte hastaya uygun şekilde fırçalatarak	78	46,7
	Fırçalama ile ilgili broşürler vererek	105	62,9

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.6' da belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin çoğunluğunun (% 97,7) evet cevabını verdiği ve oral hijyen eğitimi çoğunlukla (% 93,4) model üzerinde göstererek anlattığı görülmektedir.

Çizelge 3.7. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?	Reklamlar	81	47,4
	Reprezentlar	126	73,7
	Güncel yayınlar ve makaleler	95	55,6
	Kongre ve bilimsel aktiviteler	67	39,2

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.7' de

belirtilmiştir. Hekimlerin çoğunun (% 73,7) kendini temsilciler aracılığıyla güncellediği, bunu güncel yayın ve makaleler (% 55,6) ve reklamların (% 47,4) takip ettiği görülmüştür.

3.2.4. Periodontal Cerrahi

Çizelge 3. 8. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?	Evet	138	80,7
	Hayır	33	19,3
	Toplam	171	100,0
Evet, hastalarınızı hangi belirti ve bulgularla periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?	Dişeti kanaması	10	7,2
	Periodontal cep varlığı	63	45,7
	Mobil dişler	71	51,4
	Gingival büyüme	75	54,3
	Periodontal apse varlığı	75	54,3
	Dişeti çekilmesi	64	46,4
	Diğer mukogingival problemler	84	60,9
Evet, periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara en sık yapılan uygulama nedir?	Flep cerrahisi	106	76,8
	Gingivektomi/gingivoplasti	43	31,2
	Kemik greftleme/YDR	64	46,4
	Kron boyu uzatma	14	10,1
	Frenektomi/vestibuloplasti	22	15,9
	Kök kapatma işlemleri	58	42,0
	İmplantlar	30	21,7

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.8' de belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin % 80,7' si evet cevabını vermiştir. Evet cevabını veren hekimlerden "Hastalarınızı hangi belirti ve bulgularla

periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?" sorusuna hekimlerin % 60,9' u mukogingival problemler cevabını verirken, bunu eşit oranlarda periodontal apse varlığı, gingival büyüme, mobil dişler, periodontal cep varlığı, dişeti çekilmesi takip etmektedir. Hekimlerin sadece %7,2' si dişeti kanaması olduğunda sevk ettiklerini belirtmişlerdir. Sevk eden hekimlerin "Periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara en sık yapılan uygulama nedir?" sorusuna en çok flep cerrahisi (% 76,8) yanıtını verdikleri görülürken, en az kron boyu uzatma (% 10,1) işlemi için yönlendirme yapıldığı belirtilmiştir.

Çizelge 3.9. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?		n	%
	Gingivektomi	149	87,1
	Flep cerrahisi	51	29,8
	Kron boyu uzatma	80	46,8
	Frenektomi/vestibuloplasti	41	24,0
	Kret ogmentasyonu	19	11,1

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.9' da belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin % 87,1' si gingivektomi cevabını verirken, bunu sırasıyla kron boyu uzatma, flep cerrahisi, frenektomi/vestibuloplasti ve kret ogmentasyonu işlemleri takip etmektedir.

3.2.5. Periodontal Tedavi Sonrası

Çizelge 3.10. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?		n	%
	Kanamamanın durması	164	95,9
	Cebin eliminasyonu	111	64,9
	Mobilitenin azalması	97	56,7
	Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	130	76,0
	Kök kapanması	48	28,1
	Tekrarlama	21	12,3

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.10' da belirtilmiştir. Hekimlerin % 95,9' u dişeti kanamasının durmasını beklerken, bunu sırasıyla dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması ve cebin eliminasyonu takip etmektedir. Hastalığın tekrarlamasını ise % 12,3 oranı ile en az sayıda hekim beklediğini belirtmiştir.

Çizelge 3. 11. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?	Evet	158	92,4
	Hayır	13	7,6
	Toplam	171	100,0
Evet, geri çağırma zamanınız nedir?	1 ay sonra	35	22,2
	3 ay sonra	54	34,2
	6 ay sonra	50	31,6
	Tekrarlama görülürse	19	12,0
	Toplam	158	100

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.11' de belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin çoğunluğu (% 92,4) evet cevabını verirken, hekimlerin hastalarını en sık 3 ay sonra geri çağırdığı, bunu sırasıyla 6 ay sonra ve 1 ay sonra cevaplarının takip ettiği görülmektedir.

Çizelge 3.12. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?	Hasta ile ilgili faktörler	171	100,0
	Periodontologlar ile ilgili faktörler	56	32,74
	Diş hekimleri ile ilgili faktörler	69	40,35

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.12' de belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin tamamının hasta ile ilgili faktörler (idamenin ve bilincin eksik olması) cevabını verdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.13. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

		n	%
Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?	Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	148	86,5
	Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	23	13,5
	Total	171	100,0

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 3.13' te belirtilmiştir. Bu soruya hekimlerin % 86,5' inin tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir, %13,5' inin tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır cevabını verdikleri görülmektedir.

3.3. Genel Diş Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

3.3.1. Periodontal muayene

Çizelge 3. 14. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet					
		Erkek		Kadın		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	20' den az	9	8,6	4	6,1	13	7,6
	20-50 arası	22	21,0	31	47,0	53	31,0
	50-100 arası	32	30,5	19	28,8	51	29,8
	100' den fazla	42	40,0	12	18,2	54	31,6
	Total	105	100,0	66	100,0	171	100,0

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.14' te belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 40' ının 100' den fazla cevabını verdikleri gözlenirken, kadın hekimlerin % 47' sinin 20-50 arasında cevabını verdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.15. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Periodontal sond	Evet	98	93,33	62	93,94	160	93,57	0,025	0,875
	Hayır	7	6,67	4	6,06	11	6,43		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Kretuvar	Evet	104	99,05	66	100	170	99,42	f	0,614
	Hayır	1	0,95	0	0	1	0,58		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Periodontal küret	Evet	94	89,52	58	87,88	152	88,89	0,111	0,739
	Hayır	11	10,48	8	12,12	19	11,11		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Gingivektomi bıçakları	Evet	30	28,57	19	28,79	49	28,65	0,001	0,976
	Hayır	75	71,43	47	71,21	122	71,35		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Ultrasonik kazıyıcı	Evet	81	77,14	49	74,24	130	76,02	0,062	0,804
	Hayır	24	22,86	17	25,76	41	23,98		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Yumuşak doku lazeri	Evet	3	2,86	2	3,03	5	2,92	f	0,641
	Hayır	102	97,14	64	96,97	166	97,08		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.15' te belirtilmiştir. Buna göre, cinsiyetle klinikte bulunan periodontal aletler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemekle birlikte ($p>0,05$), her iki cinsiyetteki hekimlerin kliniklerinde en sık kretuvar ve periodontal sond bulunmaktadır.

Çizelge 3.16. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenesinde periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi		
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p	
		n	%	n	%	n	%			
Her hastanıza ilk muayenesinde periodontal muayene yapıyor musunuz?	Evet	78	74,29	50	75,76	128	74,85	0,047	0,829	
	Hayır	27	25,71	16	24,24	43	25,15			
	Toplam	105	100	66	100	171	100			
Evet, periodontal kayıt ya da indeks alıyor musunuz?	Evet	12	15,38	8	16	20	15,63	0,009	0,925	
	Hayır	66	84,62	42	84	108	84,38			
	Toplam	78	100	50	100	128	100			
Evet, hangi indeksleri alıyorsunuz?	Plak indeksi	Evet	4	33,33	3	37,5	7	35	f	0,608
		Hayır	8	66,67	5	62,5	13	65		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	Gingival indeks	Evet	2	16,67	4	50	6	30	f	0,161
		Hayır	10	83,33	4	50	14	70		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	CPITN	Evet	0	0	0	0	0	0	-	-
		Hayır	12	100	8	100	20	100		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	Cep derinliği	Evet	11	91,67	8	100	19	95	f	0,65
		Hayır	1	8,33	0	0	1	5		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	Mobilité	Evet	7	58,33	3	37,5	10	50	f	0,325
		Hayır	5	41,67	5	62,5	10	50		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	BOP	Evet	1	8,33	2	25	3	15	f	0,537
		Hayır	11	91,67	6	75	17	85		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		
	Klinik ataşman kaybı	Evet	3	25	1	12,5	4	20	f	0,619
		Hayır	9	75	7	87,5	16	80		
		Toplam	12	100	8	100	20	100		

Çizelge 3.16. Devam. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

Evet, periodontal muayene için hangi tip radyografları kullanıyorsunuz?	Periapikal	Evet	38	48,7 2	26	52	64	50	0,131	0,717
		Hayır	40	51,2 8	24	48	64	50		
		Toplam	78	100	50	100	128	100		
	Panoramik	Evet	55	70,5 1	32	64	87	67,9 7	0,59	0,442
		Hayır	23	29,4 9	18	36	41	32,0 3		
		Toplam	78	100	50	100	128	100		
	Tomografi	Evet	1	1,28	1	2	2	1,56	f	0,631
		Hayır	77	98,7 2	49	98	126	98,4 4		
		Toplam	78	100	50	100	128	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.16' te belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 74,29' unun, kadın hekimlerin % 75,76' sının evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı gözlenmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren hekimlerin aldıkları indeksler açısından cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasa da ($p>0,05$), kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha yüksek oranda gingival indeks aldığı ve her iki cinsiyetteki hekimlerin en sık cep derinliği ölçtüğü görülmektedir. Evet cevabını veren hekimlerin kullandıkları radyograflar açısından da cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her iki cinsiyetteki hekimlerin ilk muayenede en sık panoramik radyograf kullandıkları gözlenmektedir.

3.3.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi

Çizelge 3.17. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi		
		Erkek		Kadın		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p	
Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Evet	35	33,33	24	36,36	59	34,5	0,164	0,685
		Hayır	70	66,67	42	63,64	112	65,5		
		Toplam	105	100	66	100	171	100		
Evet, hangi periodontal hastalıklarda periodontoloğa yönlendiriyorsunuz?	Gingivitis	Evet	2	5,71	1	4,17	3	5,08	f	0,641
		Hayır	33	94,29	23	95,83	56	94,92		
		Toplam	35	100	24	100	59	100		
	Kronik periodontitis	Evet	12	34,29	11	45,83	23	38,98	0,795	0,373
		Hayır	23	65,71	13	54,17	36	61,02		
		Toplam	35	100	24	100	59	100		
	Periodontal apse	Evet	19	54,29	13	54,17	32	54,24	0,0001	0,993
		Hayır	16	45,71	11	45,83	27	45,76		
		Toplam	35	100	24	100	59	100		
	Agresif periodontitis	Evet	29	82,86	19	79,17	48	81,36	0,0001	0,986
		Hayır	6	17,14	5	20,83	11	18,64		
		Toplam	35	100	24	100	59	100		
	ANUG	Evet	28	80	23	95,83	51	86,44	f	0,125
		Hayır	7	20	1	4,17	8	13,56		
		Toplam	35	100	24	100	59	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.17' de belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 33,33' ünün, kadın hekimlerin % 36,36 'sının evet cevabını verdikleri,

cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren hekimlerin yönlendirdikleri periodontal hastalık ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her iki cinsiyetteki hekimler en sık ANUG ve agresif periodontitis varlığında yönlendirme yapmaktadır.

3.3.3. Oral Hijyen

Çizelge 3.18. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi		
		Erkek		Kadın		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p	
Hastalarımıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?		Evet	103	98,1	64	96,97	167	97,66	f	0,64
		Hayır	2	1,9	2	3,03	4	2,34		
		Toplam	105	100	66	100	171	100		
Evet, oral hijyen eğitimi ne şekilde veriyorsunuz?	Model üzerinde göstererek	Evet	93	90,29	59	92,19	152	91,02	0,174	0,677
		Hayır	10	9,71	5	7,81	15	8,98		
		Toplam	103	100	64	100	167	100		
	Poster ve diğer görseller göstererek	Evet	47	45,63	34	53,13	81	48,5	0,613	0,434
		Hayır	56	54,37	30	46,88	86	51,5		
		Toplam	103	100	64	100	167	100		
	Klinikte hastaya uygun şekilde fırçalatarak	Evet	52	50,49	24	37,5	76	45,51	2,186	0,139
		Hayır	51	49,51	40	62,5	91	54,49		
		Toplam	103	100	64	100	167	100		
	Fırçalama ile ilgili broşürler vererek	Evet	60	58,25	41	64,06	101	60,48	0,341	0,559
		Hayır	43	41,75	23	35,94	66	39,52		
		Toplam	103	100	64	100	167	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.18 'de belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 98,1' inin, kadın hekimlerin % 96,67 'sinin evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren her iki cinsiyetteki hekimlerin hastalarına oral hijyen eğitimi model üzerinde göstererek anlattığı gözlenmektedir.

Çizelge 3.19. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Reklamlar	Evet	49	46,67	32	48,48	81	47,37	0,006	0,941
	Hayır	56	53,33	34	51,52	90	52,63		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Reprezantlar	Evet	75	71,43	51	77,27	126	73,68	0,444	0,505
	Hayır	30	28,57	15	22,73	45	26,32		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Güncel yayınlar ve makaleler	Evet	54	51,43	41	62,12	95	55,56	1,468	0,226
	Hayır	51	48,57	25	37,88	76	44,44		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Kongre ve bilimsel aktiviteler	Evet	42	40	25	37,88	67	39,18	0,013	0,908
	Hayır	63	60	41	62,12	104	60,82		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.19' da belirtilmiştir. Buna göre, cinsiyetle ağız sağlığı için yararlanılan kaynaklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.3.4. Periodontal Cerrahi

Çizelge 3.20. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

			Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
			Erkek		Kadın		Toplam			
			n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Evet	88	83,81	50	75,76	138	80,7	1,21	0,271
		Hayır	17	16,19	16	24,24	33	19,3		
		Toplam	105	100	66	100	171	100		
Evet, hastalarınızı hangi belirti ve bulgularla periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?	Dişeti kanaması	Evet	8	9,09	2	4	10	7,25	0,589	0,443
		Hayır	80	90,91	48	96	128	92,75		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Periodontal cep varlığı	Evet	40	45,45	23	46	63	45,65	0,004	0,951
		Hayır	48	54,55	27	54	75	54,35		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Mobil dişler	Evet	46	52,27	25	50	71	51,45	0,006	0,937
		Hayır	42	47,73	25	50	67	48,55		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Gingival büyüme	Evet	49	55,68	26	52	75	54,35	0,057	0,811
		Hayır	39	44,32	24	48	63	45,65		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Periodontal apse varlığı	Evet	49	55,68	26	52	75	54,35	0,174	0,677
		Hayır	39	44,32	24	48	63	45,65		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Dişeti çekilmesi	Evet	33	37,5	31	62	64	46,38	6,742	0,009
		Hayır	55	62,5	19	38	74	53,62		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Diğer mukogingival problemler	Evet	47	53,41	37	74	84	60,87	4,844	0,028
		Hayır	41	46,59	13	26	54	39,13		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
Evet, periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara en sık yapılan uygulama nedir?	Flep cerrahisi	Evet	66	75	40	80	106	76,81	0,211	0,646
		Hayır	22	25	10	20	32	23,19		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Gingivektomi/gingivoplasti	Evet	28	31,82	15	30	43	31,16	0,001	0,976
		Hayır	60	68,18	35	70	95	68,84		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Kemik greftleme/YDR	Evet	38	43,18	26	52	64	46,38	0,674	0,412
		Hayır	50	56,82	24	48	74	53,62		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Kron boyu uzatma	Evet	8	9,09	6	12	14	10,14	0,063	0,802
		Hayır	80	90,91	44	88	124	89,86		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Frenektomi/vestibuloplasti	Evet	12	13,64	10	20	22	15,94	0,964	0,326
		Hayır	76	86,36	40	80	116	84,06		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
	Kök kapatma işlemleri	Evet	34	38,64	24	48	58	42,03	1,147	0,284
		Hayır	54	61,36	26	52	80	57,97		
		Toplam	88	100	50	100	138	100		
İmplantlar	Evet	16	18,18	14	28	30	21,74	1,807	0,179	
	Hayır	72	81,82	36	72	108	78,26			
	Toplam	88	100	50	100	138	100			

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.20' de belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 83,81' inin, kadın hekimlerin % 75,76' sının evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren kadın hekimlerin erkek hekimlere göre dişeti çekilmesi ve diğer mukogingival problemler varlığında hastalarını daha sık yönlendirdiği ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir ($p<0,05$). Evet cevabını veren hekimlerin arasında yönlendirme sonrası yapılan cerrahi uygulama ile cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her iki cinsiyetteki hekimlerin yönlendirdiği hastalara en sık flep cerrahisi uygulanmaktadır.

Çizelge 3.21. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Gingivektomi	Evet	91	86,67	58	87,88	149	87,13	0,053	0,818
	Hayır	14	13,33	8	12,12	22	12,87		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Flep cerrahisi	Evet	28	26,67	23	34,85	51	29,82	0,935	0,334
	Hayır	77	73,33	43	65,15	120	70,18		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Kron boyu uzatma	Evet	44	41,9	36	54,55	80	46,78	2,118	0,146
	Hayır	61	58,1	30	45,45	91	53,22		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Frenektomi/vestibuloplasti	Evet	22	20,95	19	28,79	41	23,98	0,969	0,325
	Hayır	83	79,05	47	71,21	130	76,02		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Kret ogmentasyonu	Evet	11	10,48	8	12,12	19	11,11	0,007	0,934
	Hayır	94	89,52	58	87,88	152	88,89		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.21' de belirtilmiştir. Buna göre, cinsiyetle hekimlerin kliniklerinde uyguladıkları periodontal cerrahi tedavi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her iki cinsiyetteki hekimlerin kliniklerinde en sık gingivektomi, en az kret ogmentasyonu işlemlerini uyguladıkları görülmektedir.

3.3.5. Periodontal Tedavi Sonrası

Çizelge 3.22. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Kanamanın durması	Evet	101	96,19	63	95,45	164	95,91	f	0,551
	Hayır	4	3,81	3	4,55	7	4,09		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Cebin eliminasyonu	Evet	73	69,52	38	57,58	111	64,91	2,043	0,153
	Hayır	32	30,48	28	42,42	60	35,09		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Mobilitenin azalması	Evet	57	54,29	40	60,61	97	56,73	0,662	0,416
	Hayır	48	45,71	26	39,39	74	43,27		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	Evet	86	81,9	44	66,67	130	76,02	5,062	0,024
	Hayır	19	18,1	22	33,33	41	23,98		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Kök kapanması	Evet	33	31,43	15	22,73	48	28,07	1,547	0,214
	Hayır	72	68,57	51	77,27	123	71,93		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Tekrarlama	Evet	15	14,29	6	9,09	21	12,28	1,052	0,305
	Hayır	90	85,71	60	90,91	150	87,72		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.22' de belirtilmiştir. Buna göre erkek hekimlerin kadın hekimlere göre periodontal tedavi sonrasında dişlerin ağızda kalış süresinin uzamasını daha fazla bekledikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 3. 23. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?	Evet	95	90,48	63	95,45	158	92,4	1,43	0,232
	Hayır	10	9,52	3	4,55	13	7,6		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Evet, geri çağırma zamanınız nedir?	1 ay sonra	22	23,16	13	20,63	35	22,15	1,988	0,575
	3 ay sonra	35	36,84	19	30,16	54	34,18		
	6 ay sonra	29	30,53	21	33,33	50	31,65		
	Tekrarlama görülürse	9	9,47	10	15,87	19	12,03		
	Toplam	95	100	63	100	158	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.23' te belirtilmiştir. Bu soruya erkek hekimlerin % 90,48 'inin, kadın hekimlerin % 95,45' inin evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.24. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

		Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
		Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hasta ile ilgili faktörler	Evet	105	100	66	100	171	100	-	-
	Hayır	0	0	0	0	0	0		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Periodontolog ile ilgili faktörler	Evet	33	31,43	23	34,85	56	32,75	0,214	0,643
	Hayır	72	68,57	43	65,15	115	67,25		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		
Genel diş hekimleri ile ilgili faktörler	Evet	38	36,19	31	46,97	69	40,35	1,534	0,215
	Hayır	67	63,81	35	53,03	102	59,65		
	Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.24' te belirtilmiştir. Bu soruya her iki cinsiyetteki hekimlerin tamamının hasta ile ilgili faktörler (idamenin ve bilincin eksik olması) cevabını verdikleri gözlenmektedir.

Çizelge 3.25. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet açısından dağılımı.

	Cinsiyet						Ki-Kare Testi	
	Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare	p
	n	%	n	%	n	%		
Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde, maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	94	89,52	54	81,82	148	45,03	2,161	0,339
Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	11	10,48	12	18,18	23	86,55		
Toplam	105	100	66	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 3.25' te belirtilmiştir. Bu soruya her iki cinsiyetteki hekimlerin çoğunluğunun tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir cevabını verdikleri görülmektedir.

3.4. Genel Diş Hekimlerinin Yaş Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

3.4.1. Periodontal muayene

Çizelge 3.26. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş							
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	20' den az	1	2	5	9,1	7	10,1	13	7,6
	20-50 arası	11	23,5	15	27,3	27	39,2	53	31,0
	50-100 arası	14	29,8	17	30,9	20	29	51	29,8
	100' den fazla	21	44,7	18	32,7	15	21,7	54	31,6
	Total	47	100,0	55	100,0	26	100,0	171	100,0

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.26' da belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı ve 36-45 yaş grubu hekimlerin en fazla 100' den fazla (% 44,7, % 32,7) cevabını verdikleri gözlenirken, 46 yaş üstü hekimlerin ise en fazla 20-50 arası (% 39,2) cevabını verdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.27. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Periodontal sond	Evet	43	91,49	51	92,73	66	95,65	160	93,57	*	0,237
	Hayır	4	8,51	4	7,27	3	4,35	11	6,43		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Kretuvar	Evet	47	100	54	98,18	69	100	170	99,42	*	0,589
	Hayır	0	0	1	1,82	0	0	1	0,58		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Periodontal küret	Evet	42	89,36	49	89,09	61	88,41	152	88,89	0,029	0,985
	Hayır	5	10,64	6	10,91	8	11,59	19	11,11		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Gingivektomi bıçakları	Evet	12	25,53	12	21,82	25	36,23	49	28,65	3,419	0,181
	Hayır	35	74,47	43	78,18	44	63,77	122	71,35		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Ultrasonik kazıyıcı	Evet	34	72,34	38	69,09	58	84,06	130	76,02	4,244	0,12
	Hayır	13	27,66	17	30,91	11	15,94	41	23,98		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Yumuşak doku lazeri	Evet	1	2,13	2	3,64	2	2,9	5	2,92	*	0,533
	Hayır	46	97,87	53	96,36	67	97,1	166	97,08		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.27' de belirtilmiştir. Buna göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen ($p>0,05$), her üç yaş grubu hekimlerin kliniklerinde en fazla periodontal sond ve kretuvar bulunduğu görülmektedir.

Çizelge 3.28. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

			Yaş								Ki-Kare Testi	
			35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?		Evet	29	61,7	46	83,64	53	76,81	128	74,85	6,713	0,035
		Hayır	18	38,3	9	16,36	16	23,19	43	25,15		
		Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Evet, periodontal kayıt ya da indeks alıyor musunuz?		Evet	7	24,14	4	8,7	9	16,98	20	15,63	3,343	0,188
		Hayır	22	75,86	42	91,3	44	83,02	108	84,38		
		Toplam	29	100	46	100	53	100	128	100		
Evet, hangi indeksleri alıyorsunuz?	Plak indeksi	Evet	1	14,29	2	50	4	44,44	7	35	*	0,18
		Hayır	6	85,71	2	50	5	55,56	13	65		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	Gingival indeks	Evet	2	28,57	1	25	3	33,33	6	30	*	0,53
		Hayır	5	71,43	3	75	6	66,67	14	70		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	CPITN	Evet	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
		Hayır	7	100	4	100	9	100	20	100		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	Cep derinliği	Evet	7	100	4	100	8	88,89	19	95	*	0,448
		Hayır	0	0	0	0	1	11,11	1	5		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	Mobilité	Evet	3	42,86	3	75	4	44,44	10	50	*	0,593
		Hayır	4	57,14	1	25	5	55,56	10	50		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	BOP	Evet	2	28,57	0	0	1	11,11	3	15	*	0,301
		Hayır	5	71,43	4	100	8	88,89	17	85		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
	Klinik ataşman kaybı	Evet	0	0	0	0	4	44,44	4	20	*	0,029
		Hayır	7	100	4	100	5	55,56	16	80		
		Toplam	7	100	4	100	9	100	20	100		
Evet, periodontal muayene için hangi tip radyografları kullanıyorsunuz?	Periapikal	Evet	18	62,07	21	45,65	25	47,17	64	50	2,207	0,332
		Hayır	11	37,93	25	54,35	28	52,83	64	50		
		Toplam	29	100	46	100	53	100	128	100		
	Panoramik	Evet	23	79,31	24	52,17	40	75,47	87	67,97	8,355	0,015
		Hayır	6	20,69	22	47,83	13	24,53	41	32,03		
		Toplam	29	100	46	100	53	100	128	100		
	Tomografi	Evet	1	3,45	0	0	1	1,89	2	1,56	*	0,537
		Hayır	28	96,55	46	100	52	98,11	126	98,44		
		Toplam	29	100	46	100	53	100	128	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.28' de belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı hekimlerin % 61,7' sinin, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 83,64' ünün, 46 yaş üstü hekimlerin % 76,81' inin evet cevabını verdikleri gözlenirken, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Buna göre, 36-45 yaş aralığındaki hekimlerin 35 yaş altı ve

46 yaş üstü hekimlere göre, 46 yaş üstü hekimlerin 35 yaş altı hekimlere göre daha fazla periodontal muayene yaptığı gözlenmektedir.

Evet cevabını veren hekimlerin aldıkları indeksler açısından klinik ataşman kaybı değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), 35 yaş altı ve 36-45 yaş aralığındaki hekimlerin klinik ataşman kaybını ölçmediği, 46 yaş üstü hekimlerin ise klinik ataşman kaybı ölçümü yaptığı gözlenmektedir. Evet cevabını veren hekimlerin kullandıkları radyografik değerlendirme yöntemleri açısından panoramik film kullanımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), 36-45 yaş aralığındaki hekimlerin, 35 yaş altı ve 46 yaş üstü hekimlere göre daha az panoramik radyograf kullandığı görülmektedir.

3.4.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi

Çizelge 3.29. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

			Yaş								Ki-Kare Testi	
			35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam			
			n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Evet	15	31,91	22	40	22	31,88	59	34,5	1,072	0,585
		Hayır	32	68,09	33	60	47	68,12	112	65,5		
		Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Evet, hangi periodontal hastalıklarda periodontoloğa sevk ediyorsunuz?	Gingivitis	Evet	0	0	2	9,09	1	4,55	3	5,08	*	0,464
		Hayır	15	100	20	90,91	21	95,45	56	94,92		
		Toplam	15	100	22	100	22	100	59	100		
	Kronik periodontitis	Evet	4	26,67	7	31,82	12	54,55	23	38,98	3,671	0,045
		Hayır	11	73,33	15	68,18	10	45,45	36	61,02		
		Toplam	15	100	22	100	22	100	59	100		
	Periodontal apse	Evet	10	66,67	8	36,36	14	63,64	32	54,24	4,548	0,103
		Hayır	5	33,33	14	63,64	8	36,36	27	45,76		
		Toplam	15	100	22	100	22	100	59	100		
	Agresif periodontitis	Evet	13	86,67	18	81,82	17	77,27	48	81,36	*	0,311
		Hayır	2	13,33	4	18,18	5	22,73	11	18,64		
		Toplam	15	100	22	100	22	100	59	100		
	ANUG	Evet	11	73,33	22	100	18	81,82	51	86,44	*	0,406
		Hayır	4	26,67	0	0	4	18,18	8	13,56		
		Toplam	15	100	22	100	22	100	59	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.29' da belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı hekimlerin % 31,91' inin, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 40' ının, 46 yaş üstü hekimlerin % 31,88' inin evet cevabını verdikleri gözlenirken, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren hekimlerin yönlendirme yaptıkları hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), 46 yaş üstü hekimlerin diğer yaş gruplarındaki hekimlere göre kronik periodontitis varlığında daha çok yönlendirme yaptığı gözlenmektedir. Tüm yaş gruplarında ise, ANUG ve agresif periodontitis varlığında yönlendirme yapılmaktadır.

3.4.3. Oral Hijyen

Çizelge 3.30. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

			Yaş								Ki-Kare Testi	
			35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam			
			n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?		Evet	46	97,87	53	96,36	68	98,55	167	97,66	*	0,488
		Hayır	1	2,13	2	3,64	1	1,45	4	2,34		
		Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Evet, oral hijyen eğitimi ne şekilde veriyorsunuz?	Model üzerinde göstererek	Evet	43	93,48	45	84,91	64	94,12	152	91,02	3,323	0,19
		Hayır	3	6,52	8	15,09	4	5,88	15	8,98		
		Toplam	46	100	53	100	68	100	167	100		
	Poster ve diğer görseller göstererek	Evet	21	45,65	23	43,4	37	54,41	81	48,5	1,656	0,437
		Hayır	25	54,35	30	56,6	31	45,59	86	51,5		
		Toplam	46	100	53	100	68	100	167	100		
	Klinikte hastaya uygun şekilde fırçalatarak	Evet	20	43,48	23	43,4	33	48,53	76	45,51	0,422	0,81
		Hayır	26	56,52	30	56,6	35	51,47	91	54,49		
		Toplam	46	100	53	100	68	100	167	100		
	Fırçalama ile ilgili broşürler vererek	Evet	31	67,39	28	52,83	42	61,76	101	60,48	2,263	0,322
		Hayır	15	32,61	25	47,17	26	38,24	66	39,52		
		Toplam	46	100	53	100	68	100	167	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.30' da belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı hekimlerin % 97,87' sinin, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 96,36' sinin, 46 yaş üstü hekimlerin % 98,55' inin evet cevabını

verdikleri gözlenirken, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Tüm yaş gruplarında ise oral hijyen eğitiminin en fazla model üzerinde göstererek verildiği görülmektedir.

Çizelge 3.31. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Reklamlar	Evet	22	46,81	34	61,82	25	36,23	81	47,37	8,12	0,017
	Hayır	25	53,19	21	38,18	44	63,77	90	52,63		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Reprezentlar	Evet	36	76,6	43	78,18	47	68,12	126	73,68	1,867	0,393
	Hayır	11	23,4	12	21,82	22	31,88	45	26,32		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Güncel yayınlar ve makaleler	Evet	29	61,7	27	49,09	39	56,52	95	55,56	1,678	0,432
	Hayır	18	38,3	28	50,91	30	43,48	76	44,44		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Kongre ve bilimsel aktiviteler	Evet	17	36,17	17	30,91	33	47,83	67	39,18	3,929	0,14
	Hayır	30	63,83	38	69,09	36	52,17	104	60,82		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.31' de belirtilmiştir. Buna göre, yaşla ağız sağlığı için yararlanılan kaynaklardan reklamlar seçeneği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta olup ($p<0,05$), 36-45 yaş grubu hekimlerin 35 yaş altı ve 46 yaş üstü hekimlere göre reklamlardan daha fazla yararlanarak kendilerini güncellediği gözlenmektedir. Her üç yaş grubu hekimlerin kendilerini en fazla temsilantlar aracılığıyla güncellediği görülmektedir.

3.4.4. Periodontal Cerrahi

Çizelge 3.32. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

			Yaş								Ki-Kare Testi	
			35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Evet	36	76,6	46	83,64	56	81,16	138	80,7	0,822	0,663
		Hayır	11	23,4	9	16,36	13	18,84	33	19,3		
		Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Evet, hastalarınızı hangi belirti ve bulgularla periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?	Dişeti kanaması	Evet	1	2,78	2	4,35	7	12,5	10	7,25	3,944	0,139
		Hayır	35	97,22	44	95,65	49	87,5	128	92,75		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Periodontal cep varlığı	Evet	17	47,22	14	30,43	32	57,14	63	45,65	7,309	0,026
		Hayır	19	52,78	32	69,57	24	42,86	75	54,35		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Mobil dişler	Evet	23	63,89	22	47,83	26	46,43	71	51,45	3,072	0,215
		Hayır	13	36,11	24	52,17	30	53,57	67	48,55		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Gingival büyüme	Evet	17	47,22	24	52,17	34	60,71	75	54,35	1,739	0,419
		Hayır	19	52,78	22	47,83	22	39,29	63	45,65		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Periodontal apse varlığı	Evet	20	55,56	21	45,65	34	60,71	75	54,35	2,338	0,311
		Hayır	16	44,44	25	54,35	22	39,29	63	45,65		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Dişeti çekilmesi	Evet	22	61,11	20	43,48	22	39,29	64	46,38	0,43	0,109
		Hayır	14	38,89	26	56,52	34	60,71	74	53,62		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Diğer mukogingival problemler	Evet	26	72,22	28	60,87	30	53,57	84	60,87	3,269	0,195
		Hayır	10	27,78	18	39,13	26	46,43	54	39,13		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
Evet, periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara yapılan en sık uygulama nedir?	Flep cerrahisi	Evet	31	86,11	31	67,39	44	78,57	106	76,81	4,137	0,126
		Hayır	5	13,89	15	32,61	12	21,43	32	23,19		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Gingivektomi/gingivoplasti	Evet	13	36,11	12	26,09	18	32,14	43	31,16	0,989	0,61
		Hayır	23	63,89	34	73,91	38	67,86	95	68,84		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Kemik greftleme/YDR	Evet	13	36,11	26	56,52	25	44,64	64	46,38	3,518	0,172
		Hayır	23	63,89	20	43,48	31	55,36	74	53,62		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Kron boyu uzatma	Evet	6	16,67	5	10,87	3	5,36	14	10,14	3,443	0,058
		Hayır	30	83,33	41	89,13	53	94,64	124	89,86		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Frenektomi/ve stibuloplasti	Evet	10	27,78	7	15,22	5	8,93	22	15,94	5,837	0,054
		Hayır	26	72,22	39	84,78	51	91,07	116	84,06		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	Kök kapatma işlemleri	Evet	16	44,44	22	47,83	20	35,71	58	42,03	1,646	0,439
		Hayır	20	55,56	24	52,17	36	64,29	80	57,97		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		
	İmplantlar	Evet	9	25	9	19,57	12	21,43	30	21,74	0,356	0,837
		Hayır	27	75	37	80,43	44	78,57	108	78,26		
		Toplam	36	100	46	100	56	100	138	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.32' de belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı hekimlerin % 76,6' sının, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 83,64' ünün, 46 yaş üstü hekimlerin % 81,16' sının evet cevabını verdikleri gözlenirken, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren hekimlerden 35 yaş altı ve 36-45 yaş aralığı hekimlerin en fazla mukogingival problemler, 46 yaş üstü hekimlerin ise en fazla gingival büyüme ve periodontal apse varlığında yönlendirme yaptığı gözlenmektedir.

Evet cevabını veren hekimlerin yönlendirme yaptıkları bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), 46 yaş üstü hekimlerin 35 yaş altı ve 35-46 yaş grubu hekimlere göre periodontal cep varlığında hastalarını daha fazla periodontoloğa sevk ettiği gözlenmektedir. Evet cevabını veren hekimlerin arasında yönlendirme sonrası yapılan cerrahi uygulama ile yaş açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her üç yaş grubu hekimlerin yönlendirdiği hastalara en sık flep cerrahisi uygulanmaktadır.

Çizelge 3.33. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Gingivektomi	Evet	44	93,62	51	92,73	54	78,26	149	87,13	8,143	0,017
	Hayır	3	6,38	4	7,27	15	21,74	22	12,87		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Flep cerrahisi	Evet	13	27,66	22	40	16	23,19	51	29,82	4,78	0,118
	Hayır	34	72,34	33	60	53	76,81	120	70,18		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Kron boyu uzatma	Evet	18	38,3	23	41,82	39	56,52	80	46,78	4,532	0,104
	Hayır	29	61,7	32	58,18	30	43,48	91	53,22		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Frenektomi/vestibuloplasti	Evet	7	14,89	13	23,64	21	30,43	41	23,98	3,71	0,156
	Hayır	40	85,11	42	76,36	48	69,57	130	76,02		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Kret ogmentasyonu	Evet	1	2,13	8	14,55	10	14,49	19	11,11	5,296	0,071
	Hayır	46	97,87	47	85,45	59	85,51	152	88,89		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.33' te belirtilmiştir. Buna göre, yaşla hekimlerin kliniklerinde uyguladıkları periodontal cerrahi tedavilerden gingivektomi seçeneği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta olup ($p<0,05$), 46 yaş üstü hekimlerin 35 yaş altı ve 36-45 yaş grubu hekimlere göre kendi kliniklerinde gingivektomi işlemini daha az uyguladığı gözlenmektedir. Her üç yaş grubundaki hekimlerin kendi kliniklerinde en fazla gingivektomi, en az kret ogmentasyonu işlemlerini uyguladığı görülmektedir.

3.4.5. Periodontal Tedavi Sonrası

Çizelge 3.34. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Kanamanın durması	Evet	45	95,74	52	94,55	67	97,1	164	95,91	*	0,425
	Hayır	2	4,26	3	5,45	2	2,9	7	4,09		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Cebin eliminasyonu	Evet	29	61,7	37	67,27	45	65,22	111	64,91	0,35	0,839
	Hayır	18	38,3	18	32,73	24	34,78	60	35,09		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Mobilitenin azalması	Evet	25	53,19	30	54,55	42	60,87	97	56,73	0,831	0,66
	Hayır	22	46,81	25	45,45	27	39,13	74	43,27		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	Evet	38	80,85	40	72,73	52	75,36	130	76,02	0,967	0,617
	Hayır	9	19,15	15	27,27	17	24,64	41	23,98		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Kök kapanması	Evet	9	19,15	17	30,91	22	31,88	48	28,07	2,569	0,277
	Hayır	38	80,85	38	69,09	47	68,12	123	71,93		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Tekrarlama	Evet	4	8,51	6	10,91	11	15,94	21	12,28	1,575	0,455
	Hayır	43	91,49	49	89,09	58	84,06	150	87,72		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.34' te belirtilmiştir. Buna göre, yaşla periodontal tedavi sonrası beklenti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), her üç yaş

grubundaki hekimlerin periodontal tedavi sonrası en fazla beklentisinin dişeti kanamasının durması ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması şeklinde olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.35. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?	Evet	43	91,49	51	92,73	64	92,75	158	92,4	*	0,47
	Hayır	4	8,51	4	7,27	5	7,25	13	7,6		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Evet, geri çağırma zamanınız nedir?	1 ay sonra	9	20,93	10	19,61	16	25	35	22,15	7,664	0,264
	3 ay sonra	11	25,58	20	39,22	23	35,94	54	34,18		
	6 ay sonra	15	34,88	13	25,49	22	34,38	50	31,65		
	Tekrarlama görülürse	8	18,6	8	15,69	3	4,69	19	12,03		
	Toplam	43	100	51	100	64	100	158	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.35' te belirtilmiştir. Bu soruya 35 yaş altı hekimlerin % 91,49' unun, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 92,73' ünün, 46 yaş üstü hekimlerin % 92,75' inin evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.36. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

		Yaş								Ki-Kare Testi	
		35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Hasta ile ilgili faktörler	Evet	47	100	55	100	69	100	171	100	-	-
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Periodontologlar ile ilgili faktörler	Evet	15	31,91	15	27,27	26	37,68	56	32,75	1,533	0,465
	Hayır	32	68,09	40	72,73	43	62,32	115	67,25		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		
Genel diş hekimleri ile ilgili faktörler	Evet	20	42,55	19	34,55	30	43,48	69	40,35	1,157	0,561
	Hayır	27	57,45	36	65,45	39	56,52	102	59,65		
	Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.36' da belirtilmiştir. Bu soruya her üç yaş grubundaki hekimlerin tamamının hasta ile ilgili faktörler (idamenin ve bilincin eksik olması) cevabını verdikleri görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.37. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaş açısından dağılımı.

	Yaş								Ki-Kare Testi	
	35 yaş altı		36-45 yaş		46 yaş üstü		Toplam		Ki-Kare	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde, maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	41	87,23	44	80	71	91,3	148	86,55	4,366	0,359
Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	6	12,77	11	20	6	8,7	23	13,45		
Toplam	47	100	55	100	69	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Çizelge 3.37' de belirtilmiştir. Bu soruya her üç yaş grubundaki hekimlerin çoğunluğunun tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir cevabını verdikleri görülmektedir ($p>0,05$).

3.5. Genel Diş Hekimlerinin Çalışılan İlçe Dağılımına Göre Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

3.5.1. Periodontal muayene

Çizelge 3. 38. Genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe					
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	20' den az	10	8,3	3	6,0	13	7,6
	20-50 arası	39	32,2	14	28,0	53	31,0
	50-100 arası	37	30,6	14	28,0	51	29,8
	100' den fazla	35	28,9	19	38,0	54	31,6
	Total	121	100,0	50	100,0	171	100,0

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.38' de belirtilmiştir. Bu soruya merkez ilçelerde çalışan hekimlerin en fazla 20-50 arası (% 32,2), perifer ilçelerde çalışan hekimlerin ise en fazla 100' den fazla (% 38) cevabını verdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.39. Genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Periodontal sond	Evet	116	95,87	44	88	160	93,57	2,449	0,118
	Hayır	5	4,13	6	12	11	6,43		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Kretuvar	Evet	120	99,17	50	100	170	99,42	f	0,708
	Hayır	1	0,83	0	0	1	0,58		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Periodontal küret	Evet	107	88,43	45	90	152	88,89	0,09	0,764
	Hayır	14	11,57	5	10	19	11,11		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Gingivektomi bıçakları	Evet	38	31,4	11	22	49	28,65	1,105	0,293
	Hayır	83	68,6	39	78	122	71,35		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Ultrasonik kazıyıcı	Evet	89	73,55	41	82	130	76,02	0,96	0,327
	Hayır	32	26,45	9	18	41	23,98		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Yumuşak doku lazeri	Evet	4	3,31	1	2	5	2,92	f	0,543
	Hayır	117	96,69	49	98	166	97,08		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.39' da belirtilmiştir. Buna göre çalışılan ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin kliniklerinde en fazla kretuvar bulunduğu görülmektedir.

Çizelge 3.40. Genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?	Evet	93	76,86	35	70	128	74,85	0,558	0,455
	Hayır	28	23,14	15	30	43	25,15		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Evet, periodontal kayıt ya da indeks alıyor musunuz?	Evet	14	15,05	6	17,14	20	15,63	0,084	0,772
	Hayır	79	84,95	29	82,86	108	84,38		
	Toplam	93	100	35	100	128	100		
Evet, hangi indeksleri alıyorsunuz?	Plak indeksi	Evet	5	35,71	2	33,33	7	f	0,664
		Hayır	9	64,29	4	66,67	13		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	Gingival indeks	Evet	5	35,71	1	16,67	6	f	0,613
		Hayır	9	64,29	5	83,33	14		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	CPITN	Evet	0	0	0	0	0	-	-
		Hayır	14	100	6	100	20		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	Cep derinliği	Evet	13	92,86	6	100	19	f	0,7
		Hayır	1	7,14	0	0	1		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	Mobilite	Evet	8	57,14	2	33,33	10	f	0,628
		Hayır	6	42,86	4	66,67	10		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	BOP	Evet	2	14,29	1	16,67	3	f	0,681
		Hayır	12	85,71	5	83,33	17		
		Toplam	14	100	6	100	20		
	Klinik ataşman kaybı	Evet	2	14,29	2	33,33	4	f	0,549
		Hayır	12	85,71	4	66,67	16		
		Toplam	14	100	6	100	20		
Evet, periodontal muayene için hangi tip radyografları kullanıyorsunuz?	Periapikal	Evet	45	48,39	19	54,29	64	0,157	0,692
		Hayır	48	51,61	16	45,71	64		
		Toplam	93	100	35	100	128		
	Panoramik	Evet	64	68,82	23	65,71	87	0,015	0,902
		Hayır	29	31,18	12	34,29	41		
		Toplam	93	100	35	100	128		
	Tomografi	Evet	2	2,15	0	0	2	f	0,526
		Hayır	91	97,85	35	100	126		
		Toplam	93	100	35	100	128		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Her hastanıza ilk muayenede periodontal muayene yapıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.40' ta belirtilmiştir. Bu soruya merkez ilçelerde çalışan hekimlerin % 78,86' sının, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin % 70' inin evet cevabını verdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Evet cevabını veren hekimlerin aldıkları indeksler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin en fazla cep derinliği ölçümü yaptığı gözlenmektedir. Evet cevabını veren hekimlerin kullandıkları radyografik değerlendirme yöntemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin de en fazla panoramik radyograf kullandığı görülmektedir.

3.5.2. Başlangıç Periodontal Tedavi İçin Yönlendirmesi

Çizelge 3.41. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi		
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p	
Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Evet	42	34,71	17	34	59	34,5	0,008	0,929
		Hayır	79	65,29	33	66	112	65,5		
		Toplam	121	100	50	100	171	100		
Evet, hangi periodontal hastalıklarda periodontoloğa yönlendiriyorsunuz?	Gingivitis	Evet	2	4,76	1	5,88	3	5,08	f	0,647
		Hayır	40	95,24	16	94,12	56	94,92		
		Toplam	42	100	17	100	59	100		
	Kronik periodontitis	Evet	19	45,24	4	23,53	23	38,98	2,398	0,122
		Hayır	23	54,76	13	76,47	36	61,02		
		Toplam	42	100	17	100	59	100		
	Periodontal apse	Evet	23	54,76	9	52,94	32	54,24	0,016	0,899
		Hayır	19	45,24	8	47,06	27	45,76		
		Toplam	42	100	17	100	59	100		
	Agresif periodontitis	Evet	35	83,33	13	76,47	48	81,36	0,06	0,807
		Hayır	7	16,67	4	23,53	11	18,64		
		Toplam	42	100	17	100	59	100		
	ANUG	Evet	37	88,1	14	82,35	51	86,44	0,326	0,568
		Hayır	5	11,9	3	17,65	8	13,56		
		Toplam	42	100	17	100	59	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.41' de belirtilmiştir. Bu soruya merkez ilçelerde çalışan hekimlerin % 34,71' inin, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin % 34' ünün evet cevabını verdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Evet cevabını veren hekimlerin yönlendirme yaptıkları hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin en fazla agresif periodontitis ve ANUG varlığında yönlendirme yaptığı gözlenmektedir.

3.5.3. Oral Hijyen

Çizelge 3.42. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

			Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
			Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam			
			n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?		Evet	117	96,69	50	100	167	97,66	f	0,323
		Hayır	4	3,31	0	0	4	2,34		
		Toplam	121	100	50	100	171	100		
Evet, oral hijyen eğitimi ne şekilde veriyorsunuz?	Model üzerinde göstererek	Evet	106	90,6	46	92	152	91,02	0,084	0,772
		Hayır	11	9,4	4	8	15	8,98		
		Toplam	117	100	50	100	167	100		
	Poster ve diğer görseller göstererek	Evet	63	53,85	18	36	81	48,5	3,781	0,052
		Hayır	54	46,15	32	64	86	51,5		
		Toplam	117	100	50	100	167	100		
	Klinikte hastaya uygun şekilde fırçalatarak	Evet	58	49,57	18	36	76	45,51	2,084	0,149
		Hayır	59	50,43	32	64	91	54,49		
		Toplam	117	100	50	100	167	100		
	Fırçalama ile ilgili broşürler vererek	Evet	75	64,1	26	52	101	60,48	1,67	0,196
		Hayır	42	35,9	24	48	66	39,52		
		Toplam	117	100	50	100	167	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınıza oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.42' de belirtilmiştir. Bu soruya merkez ilçelerde çalışan hekimlerin % 96,69' unun, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin % 100' ünün evet cevabını verdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Hem merkez

hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin oral hijyen eğitimini en fazla model üzerinde göstererek verdiği gözlenmektedir.

Çizelge 3.43. Genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Reklamlar	Evet	60	49,59	21	42	81	47,37	0,541	0,462
	Hayır	61	50,41	29	58	90	52,63		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Reprezantlar	Evet	84	69,42	42	84	126	73,68	3,162	0,075
	Hayır	37	30,58	8	16	45	26,32		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Güncel yayınlar ve makaleler	Evet	73	60,33	22	44	95	55,56	3,189	0,074
	Hayır	48	39,67	28	56	76	44,44		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Kongre ve bilimsel aktiviteler	Evet	47	38,84	20	40	67	39,18	0,02	0,888
	Hayır	74	61,16	30	60	104	60,82		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.43' te belirtilmiştir. Buna göre, çalışılan ilçe ile ağız sağlığı için yararlanılan kaynaklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakta olup ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin kendilerini en fazla reprezantlar aracılığıyla güncellediği görülmektedir.

3.5.4. Periodontal Cerrahi

Çizelge 3.44. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

			Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi		
			Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam				
			n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p	
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?			Evet	105	86,7	33	66	138	80,7	0,076	0,027
			Hayır	16	13,3	17	34	33	19,3		
			Toplam	121	100	50	100	171	100		
Evet, hastalarınızı hangi belirti ve bulgularla periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?	Dişeti kanaması	Evet	4	4,12	6	14,63	10	7,25	3,302	0,069	
		Hayır	93	95,88	35	85,37	128	92,75			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Periodontal cep varlığı	Evet	41	42,27	22	53,66	63	45,65	1,083	0,298	
		Hayır	56	57,73	19	46,34	75	54,35			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Mobil dişler	Evet	48	49,48	23	56,1	71	51,45	0,275	0,6	
		Hayır	49	50,52	18	43,9	67	48,55			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Gingival büyüme	Evet	52	53,61	23	56,1	75	54,35	0,007	0,935	
		Hayır	45	46,39	18	43,9	63	45,65			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Periodontal apse varlığı	Evet	49	50,52	26	63,41	75	54,35	1,448	0,229	
		Hayır	48	49,48	15	36,59	63	45,65			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Dişeti çekilmesi	Evet	43	44,33	21	51,22	64	46,38	0,308	0,579	
		Hayır	54	55,67	20	48,78	74	53,62			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Diğer mukogingival problemler	Evet	61	62,89	23	56,1	84	60,87	0,309	0,578	
		Hayır	36	37,11	18	43,9	54	39,13			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
Evet, periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara en sık yapılan uygulama nedir?	Flep cerrahisi	Evet	75	77,32	31	75,61	106	76,81	0,047	0,828	
		Hayır	22	22,68	10	24,39	32	23,19			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Gingivektomi/gingivoplasti	Evet	25	25,77	18	43,9	43	31,16	3,611	0,057	
		Hayır	72	74,23	23	56,1	95	68,84			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Kemik greftleme/YDR	Evet	47	48,45	17	41,46	64	46,38	0,32	0,572	
		Hayır	50	51,55	24	58,54	74	53,62			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Kron boyu uzatma	Evet	4	4,12	10	24,39	14	10,14	10,857	0,001	
		Hayır	93	95,88	31	75,61	124	89,86			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Frenektomi/ve stibuloplasti	Evet	12	12,37	10	24,39	22	15,94	2,275	0,132	
		Hayır	85	87,63	31	75,61	116	84,06			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
	Kök kapatma işlemleri	Evet	43	44,33	15	36,59	58	42,03	0,427	0,513	
		Hayır	54	55,67	26	63,41	80	57,97			
		Toplam	97	100	41	100	138	100			
İmplantlar	Evet	21	21,65	9	21,95	30	21,74	0,002	0,969		
	Hayır	76	78,35	32	78,05	108	78,26				
	Toplam	97	100	41	100	138	100				

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.44' te belirtilmiştir. Bu soruya merkez

ilçelerde çalışan hekimlerin % 86,7' sinin, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin % 66' sinin evet cevabını verdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre, merkez ilçelerde çalışan hekimler perifer ilçelerde çalışan hekimlere göre daha fazla cerrahi yönlendirme yapmaktadır.

Evet cevabını veren hekimlerin yönlendirme yaptıkları bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), merkez ilçelerde çalışan hekimlerin en fazla mukogingival problemler, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin ise en fazla periodontal apse varlığında hastalarını periodontoloğa sevk ettiği gözlenmektedir. Evet cevabını veren hekimler arasında yönlendirme sonrası yapılan cerrahi uygulama ile çalışılan ilçe açısından anlamlı bir farklılık bulunmakla birlikte ($p<0,05$), perifer ilçelerde çalışan hekimlerin merkez ilçelerde çalışan hekimlere göre kron boyu uzatma işlemi için daha fazla yönlendirme yaptığı görülmektedir. Hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin yönlendirdiği hastalara en sık flep cerrahisi uygulanmaktadır.

Çizelge 3.45. Genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Gingivektomi	Evet	108	89,26	41	82	149	87,13	1,077	0,299
	Hayır	13	10,74	9	18	22	12,87		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Flep cerrahisi	Evet	38	31,4	13	26	51	29,82	0,269	0,604
	Hayır	83	68,6	37	74	120	70,18		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Kron boyu uzatma	Evet	56	46,28	24	48	80	46,78	0,001	0,971
	Hayır	65	53,72	26	52	91	53,22		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Frenektomi/vestibuloplasti	Evet	29	23,97	12	24	41	23,98	0,0001	0,996
	Hayır	92	76,03	38	76	130	76,02		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Kret ogmentasyonu	Evet	14	11,57	5	10	19	11,11	0,088	0,766
	Hayır	107	88,43	45	90	152	88,89		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan

ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.45' te belirtilmiştir. Buna göre, çalışılan ilçeyle hekimlerin kliniklerinde uyguladıkları periodontal cerrahi tedaviler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakta olup ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin kliniklerinde en fazla gingivektomi, en az kret ogmentasyonu işlemini uyguladıkları görülmektedir.

3.5.5. Periodontal Tedavi Sonrası

Çizelge 3.46. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Kanamanın durması	Evet	116	95,87	48	96	164	95,91	f	0,666
	Hayır	5	4,13	2	4	7	4,09		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Cebin eliminasyonu	Evet	76	62,81	35	70	111	64,91	0,518	0,472
	Hayır	45	37,19	15	30	60	35,09		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Mobilitenin azalması	Evet	70	57,85	27	54	97	56,73	0,086	0,77
	Hayır	51	42,15	23	46	74	43,27		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	Evet	93	76,86	37	74	130	76,02	0,041	0,84
	Hayır	28	23,14	13	26	41	23,98		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Kök kapanması	Evet	33	27,27	15	30	48	28,07	0,03	0,862
	Hayır	88	72,73	35	70	123	71,93		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Tekrarlama	Evet	15	12,4	6	12	21	12,28	0,005	0,943
	Hayır	106	87,6	44	88	150	87,72		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.46' da belirtilmiştir. Buna göre, çalışılan ilçeyle periodontal tedavi sonrası beklenti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin periodontal tedavi sonrası en fazla beklentisinin dişeti kanamasının durması ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması şeklinde olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.47. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?	Evet	111	91,74	47	94	158	92,4	0,036	0,848
	Hayır	10	8,26	3	6	13	7,6		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Evet, geri çağırma zamanınız nedir?	1 ay sonra	24	21,62	11	23,4	35	22,15	2,174	0,537
	3 ay sonra	38	34,23	16	34,04	54	34,18		
	6 ay sonra	38	34,23	12	25,53	50	31,65		
	Tekrarlama görülürse	11	9,91	8	17,02	19	12,03		
	Toplam	111	100	47	100	158	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.47' de belirtilmiştir. Bu soruya merkez ilçelerde çalışan hekimlerin % 91,74' ünün, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin % 94' ünün evet cevabını verdikleri ve cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.48. Genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

		Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
		Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hasta ile ilgili faktörler	Evet	121	100	50	100	171	100	-	-
	Hayır	0	0	0	0	0	0		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Periodontologlar ile ilgili faktörler	Evet	41	33,88	15	30	56	32,75	0,098	0,754
	Hayır	80	66,12	35	70	115	67,25		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		
Genel diş hekimleri ile ilgili faktörler	Evet	50	41,32	19	38	69	40,35	0,054	0,817
	Hayır	71	58,68	31	62	102	59,65		
	Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.48' de belirtilmiştir. Bu soruya hem merkez

hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin tamamının hasta ile ilgili faktörler (idamenin ve bilincin eksik olması) cevabını verdikleri görülmektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.49. Genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçe açısından dağılımı.

	Çalışılan ilçe						Ki-Kare Testi	
	Merkez ilçe		Perifer ilçe		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde, maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	102	84,3	46	92	148	86,55	2,928	0,231
Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	19	15,7	4	8	23	13,45		
Toplam	121	100	50	100	171	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevapların çalışılan ilçelere göre dağılımı Çizelge 3.49' da belirtilmiştir. Bu soruya hem merkez hem perifer ilçelerde çalışan hekimlerin çoğunluğunun tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir cevabını verdikleri görülmektedir ($p>0,05$).

3.6. Genel Diş Hekimlerinin Anket Sorularına Verdikleri Cevapların

Etkileşimlerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Çizelge 3.50. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki Kare Testi	
		Evet			
		n	%	Ki-kare	p
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?	Evet	58	98,3	12,436	0,001
	Hayır	1	1,7		
	Total	59	100,0		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.50' de belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin % 98,3' ünün periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme yaptığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.51. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki Kare Testi	
		Hayır		Ki-kare	p
		n	%		
Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?	Evet	80	71,4	10,271	0,032
	Hayır	32	28,6		
	Total	112	100,0		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.51' de belirtilmiştir. Buna göre, hayır cevabını veren hekimlerin % 71,4' ünün periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme yaptığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 3.52. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel beklentileriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki-Kare Testi	
		Evet (n=138)		Ki-Kare	p
		n	%		
Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel beklentileriniz nelerdir?	Kanamamanın durması	131	94,9	1,745	0,036
	Cebin eliminasyonu	90	66,6	0,029	0,864
	Mobilitenin azalması	74	53,6	2,803	0,094
	Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	102	73,9	1,747	0,036
	Kök kapanması	37	26,8	0,561	0,454
	Tekrarlama	17	12,3	0,001	0,975

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.52' de belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin periodontal tedavi sonrası en fazla dişeti kanamasının durması ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması sonuçlarını bekledikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3. 53. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki-Kare Testi	
		Evet (n=59)		Ki-Kare	p
		n	%		
Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel beklentileriniz nelerdir?	Kanamamanın durması	55	93,2	f	0,024
	Cebin eliminasyonu	45	76,2	5,103	0,246
	Mobilitenin azalması	40	67,7	4,498	0,118
	Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması	49	83	2,441	0,034
	Kök kapanması	17	28,8	0,025	0,875
	Tekrarlama	9	15,2	0,739	0,39

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet"

cevaplarının "Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.53' te belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin periodontal tedavi sonrası en fazla dişeti kanamasının durması ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması sonuçlarını bekledikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.54. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki-Kare Testi	
		Hayır (n=33)		Ki-Kare	p
		n	%		
Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?	Gingivektomi	30	90,9	0,52	0,023
	Flep cerrahisi	20	60,6	18,512	0,857
	Kron boyu uzatma	25	75,7	13,788	0,032
	Frenektomi/vestibuloplasti	15	45,4	10,349	0,350
	Kret ogmentasyonu	8	24,2	7,139	0,681

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Hayır" cevaplarının "Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.54' te belirtilmiştir. Buna göre, hayır cevabını veren hekimlerin kliniklerinde en fazla gingivektomi ve kron boyu uzatma işlemlerini uyguladıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.55. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı Faz I tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki-Kare Testi	
		Evet		Ki-Kare	p
		n	%		
Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?	Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde, maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	52	88,14	6,156	0,046
	Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	7	11,86		
	Toplam	59	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı Faz I tedavi (başlangıç periodontal tedavi) için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.55' te belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin çoğunluğunun Faz I periodontal tedavi maliyetini kabul edilebilir bulduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.56. Genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna göre dağılımı.

		Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?		Ki-Kare Testi	
		Evet		Ki-Kare	p
		n	%		
Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?	Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde, maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.	119	86,2	5,326	0,032
	Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.	19	13,8		
	Toplam	138	100		

Araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin "Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?" sorusuna verdikleri "Evet" cevaplarının "Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyasladığınızda düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.56' da belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin çoğunluğunun periodontal cerrahi tedavi maliyetini kabul edilebilir bulduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

düşünceleriniz nelerdir?" sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı Çizelge 3.56' da belirtilmiştir. Buna göre, evet cevabını veren hekimlerin çoğunluğunun periodontal cerrahi tedavi maliyetini kabul edilebilir bulduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).



4. TARTIŞMA

Genel diş hekimlerinin primer rolü, toplumda bireylerin periodontal hastalıklarının yaygınlaşmasını önlemek, hastalığın erken dönemde doğru şekilde teşhis ve tedavi edilmesini sağlamaktır. Toplumda yaygın olarak görülen periodontal hastalıktan korunma önlemlerinin alınması da, genel diş hekimlerinin mesleki faaliyetleri kapsamındadır.

Öte yandan diğer tıp dallarında olduğu gibi, günümüzde periodontoloji alanı da sürekli bir gelişim içerisinde. Tüm bunlar göz önüne alındığında, periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisinde, gelişen teknolojinin yeniliklerini takip ederek hekimlerin kendilerini güncellemeleri, doğru teşhis ve tedavi için uygun teknolojik ekipmana sahip olmaları, hastalığın idame tedavisinde hastalarını protokollere uygun sürede takip etmeleri, hastalarına oral hijyen ve bakım eğitimlerini yeterli olacak şekilde vermeleri önemlidir. Periodontal muayene ve tedavi için gerekli ve yeterli teknolojik donanım, mekan, ortam ve bilgiye sahip olmayan hekimlerin ise hastalarını periodontoloğa yönlendirmeleri ile, hastanın teşhis ve tedavi süreci doğru bir şekilde ilerleyebilecektir.

Bu araştırma, merkez ve perifer ilçelerde serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye yaklaşımlarının değerlendirilmesinin yanı sıra, periodontal hastalıkların kliniklerdeki teşhis ve tedavisinin güncel durumunu, oral hijyen protokolünü, periodontal idame tedavisi hakkında genel bilgiyi ve periodontal tedavi için yönlendirme durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Periodontal tedavi için yönlendirme sürecini ve bu süreci etkileyen faktörleri değerlendiren çok az sayıda çalışma yapılmış olup (Glicksman, 2001; Park ve ark., 2011; Zemanovich ve ark., 2006), ülkemizde ise Ankara bölgesindeki merkez ve perifer ilçelerde bulunan özel diş hekimi kliniklerindeki periodontal tedaviye bakış açıları hiç değerlendirilmemiştir. Bu sebeple, bu araştırma için Ankara Diş Hekimleri Odası' na kayıtlı olan hekimlerden, telefon ve adres bilgileri elde edilen 836 diş hekimi değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda uzman diş hekimleri ve polikliniklerde genel diş

hekimleri olarak çalışan hekimler araştırma kapsamından çıkartılmış, araştırmaya 479 serbest çalışan genel diş hekimi dahil edilmiştir. Perifer ilçelerden araştırmaya katılan genel diş hekimi sayısına göre yapılan power analizi sonucunda, muayenehaneleri Ankara ili merkez ve perifer ilçelerinde yer alan toplam 171 genel diş hekimi araştırma kapsamına alınmıştır.

Bu araştırma bir anket çalışması olup, daha önce yapılmış olan çalışmalardan yararlanılarak anket soruları Türkiye koşullarına göre düzenlenmiştir (Mali ve ark., 2008). Daha önceki çalışmalarda anket sorularına posta, telefon ve mail gibi iletişim araçları ile yapılan geri dönüşlerin, yüz yüze yapılan görüşmelere göre daha düşük oranda olduğu görülmektedir (Darby ve ark., 2005; Dockter ve ark., 2006; Kinchen ve ark., 2004; Lanning ve ark., 2007; Park ve ark., 2011; Zemanovich ve ark., 2006). Bu sebeple araştırmamıza katılmayı kabul eden serbest çalışan genel diş hekimlerine adres bilgilerinden ulaşılmış ve yüz yüze görüşme yapılarak cevaplar kaydedilmiştir.

Genel diş hekimlerinin periodontal muayeneye yaklaşımının değerlendirildiği bir çok çalışma mevcuttur (Darby ve ark., 2004; Ercan ve ark., 2015; Ghiabi ve Weerasinghe, 2011; Lee ve ark., 2008; Linden, 1998; Mali ve ark., 2008; Park ve ark., 2011; Zemanovich ve ark., 2006). Bu çalışmalarda çalışma grupları cinsiyet bakımından da değerlendirilmiş olup, tüm çalışmalarda erkek hekim sayılarının kadın hekim sayılarına göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Araştırmamıza katılan 171 serbest çalışan genel diş hekiminin % 38,6' sı kadın, % 61,4' ü erkektir (Çizelge 3.1). Buna göre araştırmamızda cinsiyet bakımından demografik dağılım diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Darby ve ark., 2004; Ercan ve ark., 2015; Ghiabi ve Weerasinghe, 2011; Lee ve ark., 2008; Linden, 1998; Mali ve ark., 2008; Park ve ark., 2011; Zemanovich ve ark., 2006).

Linden' in (1998) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirmesindeki farklılıkları değerlendirdiği çalışmasında, çalışma grupları 36 yaşından küçük hekimler ve 36 yaşından büyük hekimler olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Çalışmanın yaş dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan

hekimlerin % 48' inin 36 yaşından küçük, % 52' sinin 36 yaşından büyük olduğu görülmüştür.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışma grupları 40 yaşından küçük hekimler, 40-49 yaş grubu hekimler ve 50 yaşından büyük hekimler olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Çalışmanın yaş dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin % 18' inin 40 yaşından küçük, % 33,9' unun 40-49 yaş grubunda, % 48,1' inin 50 yaş üstünde olduğu görülmüştür.

Park ve arkadaşlarının (2011) periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışma grupları 35 yaşından küçük hekimler, 35-50 yaş grubu hekimler ve 51 yaşından büyük hekimler olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Çalışmanın yaş dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin % 7' sinin 35 yaşından küçük, % 28' inin 35-50 yaş grubunda, % 65' inin 51 yaş üstünde olduğu görülmüştür.

Araştırmamıza katılan 171 serbest çalışan genel diş hekiminin % 27,5' inin 35 yaş altı grupta, % 32,2' sinin 36-45 yaş grubunda, % 40,3' ünün 46 yaş üstü grupta yer almaktadır (Çizelge 3.1). Buna göre araştırmamızda yaş bakımından demografik dağılım diğer Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) ve Park ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarıyla uyumludur.

Genel diş hekimlerinin periodontal muayenesi ve periodontal tedavi için yönlendirmesinin değerlendirildiği çalışmalarda, hekimlerin çalıştığı bölgeler şehir merkezi, şehir merkezi dışında ve kırsal bölgede olacak şekilde genel olarak üç grup altında incelenmiştir. Buna göre daha önce yapılan çalışmalarda, Linden (1998) araştırmaya katılan hekimlerin % 66,8' inin merkeze yakın, % 33,2' sinin merkeze uzak bölgelerde çalıştığını, Zemanovich ve arkadaşları (2006) araştırmaya katılan hekimlerin % 22,7' sinin şehir merkezinde, % 58,2' sinin şehir merkezi dışında, % 19,1' inin kırsal bölgede çalıştığını, Lee ve arkadaşları (2008) araştırmaya katılan hekimlerin

% 10' unun büyük şehirlerde, % 34' ünün orta büyüklükteki şehirlerde, % 23' ünün küçük şehirlerde, % 21' inin şehir merkezi dışında, % 13' ünün kırsal bölgede çalıştığını, Ghiabi ve Weerasinghe (2011) araştırmaya katılan hekimlerin % 44,5' inin şehir merkezinde, % 21,3' ünün şehir merkezinin dışında, % 34,2' sinin kırsal bölgede çalıştığını, Park ve arkadaşları (2011) araştırmaya katılan hekimlerin % 35' inin şehir merkezinde, % 39' unun şehir merkezi dışında, % 26' sının kırsal bölgede çalıştığını belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin 171 serbest çalışan genel diş hekiminin % 70,8' i Ankara' nın merkez ilçelerinde, % 29,2' si perifer ilçelerinde çalışmaktadır (Çizelge 3.1). Araştırmamızda serbest çalışan genel diş hekimleri Ankara' nın merkez ve perifer ilçelerinde çalışan hekimler arasından seçilmiş olup, kırsal bölge değerlendirmeye alınmamıştır. Buna göre çalışılan ilçe bakımından demografik dağılım yalnızca Linden' in (1998) çalışmasıyla uyumlu görünmekte olup, diğer çalışmalarla görülen farklılıklar çalışma gruplarının seçim kriterlerine bağlanmaktadır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunu oluşturan %32,75' inin Ankara Üniversitesi mezunu olduğu görülmüş olup, bunu sırasıyla Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi takip etmektedir (Çizelge 3.1). Daha önce ülkemizde yapılan hiç bir anket çalışmasında araştırmaya katılan hekimler mezun oldukları üniversitelere göre değerlendirilmemiştir (Açıkgöz ve ark., 1996; Baş ve ark., 2005). Bu sebeple, araştırmamızdan elde edilen bu bulgu, diğer çalışmalarla karşılaştırılamamıştır.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin haftalık olarak baktıkları hasta sayısı değerlendirilmiş olup, hekimlerin % 14,2' sinin haftada 40' tan az, % 24,8' inin haftada 41-60 arasında, % 20,9' unun haftada 61-80 arasında, % 40,1' inin haftada 80' den fazla hasta baktığı belirtilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun ayda 20' den fazla hasta baktığı gözlenirse de, belirtilen diğer seçenekler için bakılan hasta sayılarının gruplar arasında

dengeli dağıldığı görülmektedir (Çizelge 3.2). Buna göre araştırmamızın bulguları Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) çalışmasıyla uyumlu değildir, bunun temel sebebinin Amerika' daki özel sağlık sigorta sistemi sebebiyle diş hekimlerinin fazla sayılarda hasta bakabilmesine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Ayers ve arkadaşları (2008) diş hekimlerinin çalışma prensiplerini ve mesleki tatminlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre haftalık olarak daha az oranda çalıştığını belirtmişlerdir. Yazarlara göre cinsiyetler arasındaki bu fark, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocukları ile ilgilenmek için çalışma sürelerini kısaltmasına bağlanmaktadır.

Pallavi ve Rajkumar (2011) kadın diş hekimlerinin profesyonel çalışma alanlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın hekimlerin çocukları olmasının ardından çalışma saatlerinde ve performanslarında düşüş yaşandığını, kadın hekimlerin ev ve aile ortamına daha fazla zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda aylık bakılan hasta sayılarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kadın hekimlerin en sık 20-50 arasında, erkek hekimlerin ise en sık 100' den fazla cevabını verdikleri görülmektedir (Çizelge 3.14). Araştırmamızın sonuçları cinsiyete bağlı çalışma performanslarının değerlendirildiği önceki çalışmalarla (Ayers ve ark., 2008; Pallavi ve Rajkumar, 2011) uyumlu olup, çalışmamızdaki cinsiyete bağlı bu farklılığın sebebinin diğer çalışmalarla benzer sebeplerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda aylık bakılan hasta sayılarının yaşa göre dağılımı incelendiğinde, 35 yaş altı grup ve 36-45 yaş grubu hekimlerin en sık 100' den fazla, 46 yaş üstü hekimlerin en sık 20-50 arasında cevabını verdikleri gözlenmektedir (Çizelge 3.26). Bu durumun sebebinin yaşla birlikte, hekimlerde hasta bakmakta sınırlamalara neden olan sağlık problemleri, muhtemel maddi tatminlerinin daha yüksek olması gibi sebeplere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda aylık bakılan hasta sayılarının çalışılan ilçeye göre dağılımı incelendiğinde, merkez ilçelerde çalışan hekimlerin en sık 20-50 arasında, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin en sık 100' den fazla cevabını verdikleri görülmektedir (Çizelge 3.38). Bu durumun sebebinin, perifer ilçelerde hasta başına düşen hekim sayısının merkez ilçelere oranla çok daha düşük olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Periodontal sond, periodontal muayenede periodonsiyumun mevcut durumunun belirlenmesi ve tedavi sürecinde meydana gelen değişimlerin değerlendirilmesi için kullanılan temel alettir (Al Shayeb ve ark., 2014). Periodontal tedavinin en önemli amaçlarından biri, supra ve subgingival biofilmin, diştaşlarının ve hastalıklı sement dokusunun uzaklaştırılmasıdır. Bu amaçla yapılan kök kazıması ve kök düzleştirme işlemlerinde kretuvar, küret gibi pek çok konvansiyonel aletin yanı sıra, ultrasonik aletler de kullanılmaktadır (Carranza ve ark., 2012).

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun kliniklerinde periodontal sond, kretuvar ve küret gibi temel periodontal aletlere sahip oldukları görülmektedir (Çizelge 3.3). Yapılan literatür taramasında, kliniklerdeki periodontal alet varlığını değerlendiren herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmüş olup, araştırmamız bu konunun incelendiği ilk çalışmadır. Bizim araştırmamızda ise araştırmaya katılan genel diş hekimlerinin kliniklerinde temel periodontal aletlerin var olmasının sebebinin, aletlere kolay ulaşılabilir olması, kullanımının kolay olması, maliyetinin daha düşük olması gibi sebeplere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Periodontitis tanısında gözle yapılan muayene, radyografik muayene ile tamamlanmaktadır (Schmidt ve Bretz, 2007). Kemik seviyelerinin radyolojik olarak değerlendirilmesi, sondlamayla cep derinliğinin ölçümü ve ataşman seviyesinin muayenesi de, periodontitisin tanısında hassas ve güvenilir bir parametre olarak kabul edilmektedir (Slots, 2012).

Periodontal tedavi oral sağlığın çok önemli bir komponenti olmasına karşın, yapılan çalışmalarda genel diş hekimlerinin hastalarını tedavi ederken periodontal

sağlığa yeterli önemi vermediklerine ilişkin raporlar yer almaktadır (Darby ve ark., 2004). Bouma ve arkadaşları (1985), Hollandalı diş hekimleri arasında yaptığı çalışmada, az sayıda genel diş hekiminin periodontal sondla tam bir periodontal muayene yaptığını ve hekimlerin periodontal tedaviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını düşündüklerini belirtmiştir. Bu çalışmayı destekleyerek Gift (1988) de, çoğu genel diş hekiminin periodontal hastalığın etyolojisine, önlenmesine ve tedavisine ilgisinin az olduğunu ve genel diş hekimlerinin periodontal bakıma fazla zaman ayırmadığını bildirmiştir.

İngiliz Periodontoloji Topluluğu detaylı bir şekilde spesifik olarak yönlendirme poliçesini ve bakım parametrelerini yayınlamış (Dowell ve Chapple, 2002), Amerikan Diş Hekimleri Birliği ve Amerikan Periodontoloji Akademisi de bu yayına katkıda bulunarak, evrensel boyutta geçerli olabilecek bir periodontal muayene ve kayıt sistemi geliştirmişlerdir (Charles ve Charles, 1994). Buna göre, periodontal diagnoz hastanın başlangıç muayenesinde genel diş hekimleri tarafından yapılmalı, genel diş hekimleri periodontal hastalığın doğru teşhis edilebilmesi için hastaya total bir sondlama muayenesi yaparak bunları kayıt altına almalıdır (Snoad, 2005; Starr ve Collins, 1999).

Linden' in (1998) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirmesindeki farklılıkları değerlendirdiği çalışmada, hekimlerin tamamının, yeni gelen hastalarının ilk muayenesi sırasında periodontal dokularını incelediği belirtilse de, hekimlerin % 74' ünün periodontal hikaye aldığı bildirilmiştir. Benzer şekilde genel diş hekimlerinin temel periodontal muayene yapma sıklıklarının değerlendirildiği çalışmalarda Tugnait ve arkadaşları (2004), hekimlerin % 91' inin muayenehanelerine yeni gelen hastalarına periodontal muayene yaptıklarını, Ghiabi ve Weerasinghe (2011) hekimlerin % 94,8' inin hastalarına ilk muayenede periodontal muayene yaptıklarını belirtmişlerdir.

Genel diş hekimlerinin periodontal hastalıklardaki tanı ve tedavisini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda, Chestnutt ve Kinane (1997) İskoç hekimlerin gingivitis ve periodontitis gibi periodontal hastalıkların teşhisinde kendilerine

güvendiklerini, fakat hekimlerin % 71,4' ünün periodontal muayene yaptığını, Darby ve arkadaşları (2004) Victoria' daki hekimlerin de gingivitis ve periodontitis gibi periodontal hastalıkların teşhisinde kendilerine güvendiklerini, buna karşın hekimlerin % 79,7' sinin periodontal muayene yaptığını bildirmişlerdir. Bu doğrultuda farklı ülkelerde, genel diş hekimlerinin periodontal muayene tercihlerine ilişkin bazı farklılıkların söz konusu olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun (% 74,85) hastalarına ilk muayenede teşhis için periodontal muayene yaptıkları görülmektedir (Çizelge 3.4). Daha önce genel diş hekimleri arasında yapılan anket çalışmalarının tamamında, hekimlerin yüksek oranlarda ilk muayene sırasında periodontal muayene yaptığı görülmüş olup, araştırmamızın bulguları diğer çalışmalarla uyumludur.

Ghiabi ve Weerasinghe (2011) Kanadalı genel diş hekimlerinin ilk muayenede periodontal muayene yapma oranını değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın ve erkek hekimler arasında periodontal muayene yapma açısından anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda ilk muayene sırasında periodontal muayene yapma tercihinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kadın (% 75,76) ve erkek (% 74,29) hekimlerin ilk muayenelerinde benzer oranlarda periodontal muayene yaptıkları ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (Çizelge 3.16). Buna göre araştırmamızın sonuçları Ghiabi ve Weerasinghe' nin (2011) çalışmalarıyla uyumludur.

Tugnait ve arkadaşları (2004) ilk muayenede periodontal muayene yapma oranını değerlendirdikleri çalışmalarında, 35 yaş altı hekimlerin % 97' sinin, 36-49 yaş grubu hekimlerin % 88' inin, 50 yaş üstü hekimlerin % 87' sinin ilk muayenede periodontal muayene yaptıklarını ve daha genç hekimlerin ilk muayenede periodontal muayene yapmaya daha fazla eğilimli olduklarını belirtmiştir. Ayrıca değişen oranlarda periodontal muayene yapma sıklığının, bireyin kendi algı ve isteğine bağlı

olduğu, bu durumun daha çok yeni gelişmelere açık olma ve güncel yaklaşımlara ayak uydurma isteğiyle ilgili olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmamızda ilk muayene sırasında periodontal muayene yapma tercihinin yaşa göre dağılımı incelendiğinde, 35 yaş altı grup hekimlerin % 61,7' sinin, 36-45 yaş grubu hekimlerin % 83,64' ünün ve 46 yaş üstü hekimlerin % 76,81' inin ilk muayenede periodontal muayene yaptıkları ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir (Çizelge 3.28). Buna göre çalışmamızın bulguları Tugnait ve arkadaşlarının (2004) bulgularıyla uyumlu olmasa da, yaşla değişen oranlardaki bu geniş sapmanın nedenlerinin Tugnait ve arkadaşlarının (2004) fikirleriyle aynı sebepten olduğunu düşünmekteyiz.

Ghiabi ve Weerasinghe' nin (2011) Kanadalı genel diş hekimlerinin ilk muayenede periodontal muayene yapma oranını değerlendirdikleri çalışmalarında, şehir merkezinde çalışan hekimlerin kırsal bölgede çalışan hekimlere göre 6,5 kat daha fazla ilk muayenede periodontal muayene yaptıklarını, şehir merkezinde ve şehir merkezi dışında çalışan hekimlerle, şehir merkezi dışında ve kırsal bölgede çalışan hekimler arasındaysa herhangi bir fark olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda ilk muayene sırasında periodontal muayene yapma tercihinin çalışılan ilçeye göre dağılımı incelendiğinde, merkez ve perifer ilçelerde çalışan hekimlerin ilk muayenelerinde benzer oranlarda periodontal muayene yaptıkları ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmektedir (Çizelge 3.40). Buna göre, çalışmamızda kırsal bölgede çalışan hekimler değerlendirilmemiş olsa da, şehir merkezi ve şehir merkezi dışında çalışan hekimlerin ilk muayenede periodontal muayene yapma oranlarıyla ilgili bulguların, Ghiabi ve Weerasinghe' nin (2011) sonuçlarıyla uyumlu olduğu görölmektedir.

Periodontal hastalığın popölasyonu etkileyen en yaygın hastalıkların başında geldiği düşünöldüğünde, uygun tarama metodlarının kullanılarak hastalığın teşhisi ve tedavisi önem kazanmaktadır. Bu durumda en yaygın olarak kullanılacak metodlar

sondlama ölçümleri ile birlikte, cep derinliği, dişeti çekilmesi, dişeti kanaması, mobilite ve ataşman kaybının değerlendirilmesi olacaktır (Glicksman, 2001).

Linden' in (1998) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirmesindeki farklılıkları değerlendirdiği çalışmasında, hekimlerin tamamının yeni gelen hastalarına periodontal muayene yaptığı, % 73' ünün ise periodontal durumun yazılı kaydını aldığı belirtilmiştir. Buna ek olarak çalışmaya katılan hekimlerin % 67' sinin peridontal muayene sırasında periodontal sond kullandığı, % 47' sinin CPITN indeksi ile periodontal durumu kaydettiği, % 15' inin her diş için dört noktada cep derinliği ölçümünü kaydettiği, % 12' sinin sondlamada kanamayı kaydettiği bildirilmiştir.

Tugnait ve arkadaşları (2004) ilk muayenede periodontal muayene yapma oranını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 93' ünün periodontal muayene sırasında cep derinliği ölçümü yaptığını bildirmiş olmalarına rağmen, gerçekte cep ölçümünü tüm hastalarına uygulayan hekim oranının % 44, hastalarının çoğuna uygulayan hekim oranının % 25, hastalarının bazılarını uygulayan hekim oranının ise % 23 olduğunu belirtmişlerdir.

Darby ve arkadaşları (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin çoğunun gingival görünüm, plak, diştışı, sondlamada kanama, diş mobilitesi, furkasyon problemi gibi bir çok yönden hastalarını değerlendirerek kayıtlarını tuttuğunu belirtse de, hekimlerin çoğunun CPITN indeksi ve tüm dişlerin sondlama indeksi gibi kayıtları rutinde almadıklarını bildirmişlerdir. Buna göre hekimlerin %80' i gingival görünüm, % 68' i sondlamada kanama, % 76' sı plak indeksi, % 82' si diştışı varlığı, % 67' si furkasyon indeksi, % 85' i mobilitayı kaydederken, hekimlerin % 37' si CPITN indeksi ve % 39' u tüm dişlerin sondlama indekslerini kaydetmiştir.

Ghiabi ve Weerasinghe (2011) genel diş hekimlerinin periodontal muayene profilini değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan hekimlerin yalnızca % 37,8' inin tüm ağzın sondlamada derinlik ölçümünü kaydettiğini, % 43,3' ünün ise

selektif bölgelerde sondlamada derinlik ölçümünü kaydettiğini belirtmişlerdir. Bunların yanı sıra hekimlerin % 90' ının dişeti çekilmesi, % 79' unun mukogingival problemleri, % 76' sının sondlamada kanamayı, % 60' ının plak dağılımını, % 68' inin diştaşı dağılımını, % 85' inin furkasyon problemlerini, % 90' ının diş mobilitesini değerlendirdiklerini bildirmişlerdir. Yazarlar sondlamada cep derinliği ölçümünün mobilite, furkasyon problemi ve mukogingival problemler gibi diğer kayıtlara oranla daha düşük yüzdelerde kalmasının sebebini, sondlamada cep derinliği ölçümünün diğer ölçümlere oranla yapılmasının daha zor ve zaman almasına bağlamaktadır. Bunun dışında bir başka sebep olarak da, diğer ölçümlerin sondlamaya oranla periodontal hastalığın varlığı hakkında genel diş hekimlerine daha çok bilgi vermesini göstermişlerdir. Genel olarak, diş hekimlerinin zaman ve ekonomik kısıtlamalar sebebiyle her hastaya total bir periodontal muayene uygulamalarının mümkün olmadığını belirtmişlerdir.

Ülkemizde ise Ercan ve arkadaşlarının (2015) Türk diş hekimlerinin periodontal değerlendirme tipleri ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirdikleri çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin % 45' inin periodontal muayene sırasında periodontal sondlama yaptığı belirtilmiştir. Araştırmada meslekte geçirilen süre de değerlendirilmiş, hekimlerin klinik deneyimi arttıkça, periodontal sondlama oranının azaldığı bildirilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun hastalarına ilk muayenede periodontal muayene yaptıkları, buna rağmen periodontal muayene sırasında çoğunun kayıt veya indeks almadığı görülmektedir (Çizelge 3.4). Kayıt veya indeks alan hekimlerinse en fazla cep derinliği, daha sonra ise mobilite ölçümü yaptığı gözlenmiştir (Çizelge 3.4). Buna göre araştırmamızın sonuçları periodontal kayıt alma açısından daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik gösterse de, alınan indeksler açısından diğer çalışmalarla uyumlu değildir. Çalışmaların çoğunda cep derinliği ölçümünün oranı diğer ölçümlere göre daha düşük çıkmış olup, bizim çalışmamızda ise bu durum tam tersi olarak görünmektedir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebini, ülkemizdeki hekimlerin teşhiste önemli bir rol oynayan cep derinliği ölçümü tanımını tam olarak kavramamalarına rağmen, kelime bakımından cep

derinliği ve mobilite sözcüklerine daha aşına olmalarından dolayı, cevaplarında bu seçenekleri tercih etmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkek ve kadın hekimlerin cevaplarının benzer oranlarda olduğu, kadın hekimlerin en fazla cep derinliği ve gingival indeks, erkek hekimlerin ise en fazla cep derinliği ve mobilite ölçümü yaptığı görölmektedir (Çizelge 3.16).

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının yaşa göre dağılımı incelendiğinde, tüm yaş gruplarındaki hekimlerin cevaplarının benzer olduğu, buna karşılık 35 yaş altı ve 36-45 yaş grubu hekimlerin en fazla cep derinliği ve mobilite ölçümü yaptıkları, 46 yaş üstü hekimlerin ise başta cep derinliği ölçümü olmak üzere bir çok indeksten yararlandıkları görölmektedir (Çizelge 3.28). Buna göre, periodontal muayene sırasında alınan indekslerin yaşa göre dağılımı ile ilgili bulguların Ercan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıyla uyumlu olmadığı görölmektedir. Çalışmamızda daha yaşlı hekim grubunun belirtilen indeks ölçümlerinin çoğunu hastalarına uygulayabilmelerinin sebebinin, daha genç hekimlere göre aylık olarak baktıkları hasta sayılarının daha düşük olmasına ve hasta başında geçirilen zamanda kısıtlama olmadan daha detaylı muayene yapabilmelerine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının çalışılan ilçeye göre dağılımı incelendiğinde, merkez ve perifer ilçelerde çalışılan hekimlerin cevaplarının benzer oranlarda olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmasa da merkez ilçelerde çalışan hekimlerin en fazla cep derinliği ve mobilite ölçümü yaptığı, perifer ilçelerde çalışan hekimlerin ise başta cep derinliği ölçümü olmak üzere bir çok kayıt aldığı görölmektedir (Çizelge 3.40).

Dental muayenede radyograf seçimi çok farklı kriterlere göre değişmektedir. Radyografik görünüm görüntü kalitesi, radyasyon dozu, görüntünün doğruluğu, görüntülenecek yapıların farklılığı gibi sebeplerden etkilenmekte, hastanın toleransı,

prosedürün alacağı zaman ve fiyata bağlı olarak da radyografi seçim kriterleri çeşitlilik gösterebilmektedir (Tugnait ve ark., 2000).

Daha önce yapılmış bir çalışmada, araştırmaya katılan bazı hekimlerin periodontal teşhis ve tanı için radyograf alınmasını gerekli gördüğü, bazılarının ise radyograf almanın sondlamaya destek olacak ikincil bir tanı aracı olduğu ve tedavi planını değiştirmeyeceğini düşündüğü belirtilmiştir (Tugnait ve ark., 2004).

1998 yılında İngiltere' deki Genel Diş Hekimliği Fakültesi' nde (Tugnait ve ark., 2004) diş hekimleri için karşılaştıkları periodontal problemlere göre radyograf seçim kriterleri yayınlanmıştır. Buna göre, cep veya çekilme olmadığı sürece generalize kanama durumunda radyograf alınmasına gerek olmadığı, 5 mm' den az cep varlığında horizontal bite-wing radyografların, 5 mm' den fazla cep varlığında vertikal bite-wing radyograflarla gerekli görülürse spesifik bölgelerden alınan periapikal filmlerin kombinasyonunun, irregüler cep varlığında horizontal veya vertikal bite-wing radyograflarla gerekli görülürse spesifik bölgelerden alınan periapikal filmlerin kombinasyonunun, ceple birlikte endo veya büyük restorasyon varlığında panoramik radyograflarla spesifik bölgelerden alınan periapikal filmlerin kombinasyonunun, perio-endo lezyonundan şüphelenildiğinde ise panoramik radyografların alınması gerektiği belirtilmiştir.

Buna karşılık periodontal hastalıklarda hangi radyografların kullanılacağı ile ilgili fikir birliği bulunmamaktadır (Akeson ve ark., 1989; Douglas ve ark., 1986; Pepelassi ve Diamanti-Kipioti, 1997). Görüntü kalitesi, radyasyon dozu, radyograf alma zamanı, tekrarlanabilirlik gibi faktörler radyograf seçimini etkilemekte ve bu faktörler kullanılan ekipman ve tekniğe göre de değişiklik göstermektedir (Horner ve Hirschmann, 1990).

Konvansiyonel radyografi tekniklerinden periapikal ve bite-wing görüntüleme, periodontal hastalıkların değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan teknikler olup, teşhis için en iyi veriyi sunmaktadırlar. Periodontal kemik seviyesinin doğru bir şekilde belirlenebilmesi için, ışınlama ve banyo tekniklerinin uygun olması

gerekmektedir. Kemik seviyesi, kemik yıkım modeli, periodontal ligament aralığının genişliği, radyodensite, trabekülasyon modeli ve interdental kemiğin kenar kontürü, radyografin ışınlama tipi, banyo zamanı, film tipi ve X-ray açılanmasına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda güvenilir sonuçlar elde edebilmek için, standardize edilmiş ve tekrarlanabilir teknikler kullanılmalıdır (Carranza ve ark., 2012).

Periodontal hastalıkların tanısında ve tedavi planlamasında kullanılan görüntüleme sistemlerinin performanslarının karşılaştırılmalı olarak değerlendirildiği çalışmalar, özellikle panoramik radyografiler ile yapılan değerlendirmelerin bite-wing ya da periapikal filmlerle gerçekleştirilen değerlendirmelerle eşdeğer sonuçlar verdiğini göstermektedir (Kim ve ark., 2008; Persson ve ark., 2003).

Söz konusu çalışmaların sonuçlarını değerlendiren araştırmacılar, panoramik radyografilerin bilinen dezavantajlarının periodontal dokuların değerlendirilmesi aşamasında bir olumsuzluk yaratmamasının, bu tekniğin başlangıç aşamasındaki periodontitis olgularının tanısının yanında, tedavi aşamalarında da periapikal radyografinin yerini alacağını savunmaktadır (Persson ve ark., 2003).

Suomalainen ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada, panoramik radyografilerin 2 boyutlu kapsamlı radyolojik değerlendirme sağladığı belirtilmiştir. Yazarlara göre panoramik radyografiler, düşük radyasyon dozu, görece kısa ekspoz süresi, muayenenin konforlu ve basit oluşu gibi avantajlara sahiptir. Benzer şekilde Özalp ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da, panoramik radyografilerin, rutin vakalarda veya CBCT görüntülemenin mümkün olmadığı durumlarda, implant öncesi planlamada kemik yüksekliğinin değerlendirilmesinde yeterli bilgiyi verdiği bildirilmiştir.

Tugnait ve arkadaşları (2004) ilk muayenede periodontal muayene yapma oranını değerlendirdikleri çalışmalarında, periodontal muayene sırasında araştırmaya katılan hekimlerin % 38' inin tüm ağız periapikal film, % 42' sinin panoramik film, % 54' ünün horizontal bite-wing film, % 20' sinin vertikal bite-wing film, % 76' sının

spesifik alanlardan periapikal film, % 83' ünün filmleri kombine ettiğini bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra hekimlerden en fazla hangi film tiplerini kombine ederek kullandıklarını belirtmeleri istenmiş, hekimlerin en sık horizontal bite-wing filmlerle spesifik bölgelerden alınan periapikal filmleri kombine ederek kullandıkları görülmüştür.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 82' sinin periodontal muayene sırasında radyograf aldığı belirtilmiştir.

Benzer şekilde Ghiabi ve Weerasinghe' nin (2011) genel diş hekimlerinin periodontal muayene profilini değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan hekimlerin % 94,8' inin periodontal muayene sırasında radyograf aldığı belirtilmiştir. Bu radyografların % 67,7' sini periapikal radyografların, % 56,1' ini horizontal bite-wing radyografların, % 32' sini vertikal bite-wing radyografların, % 38' ini panoramik radyografların oluşturduğu bildirilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun periodontal muayene sırasında radyografi tekniklerinden yararlandığı görülmektedir (Çizelge 3.4). Çalışmamızda hekimler en fazla panoramik radyografiden yararlanmakta, bunu periapikal radyografiler takip etmektedir. Tomografik radyografi tekniğinden ise çok az hekimin yararlanması, bu tekniğin pahalı olması, ulaşılabilir ve rutine uygulanabilir olmaması ve radyasyon düzeylerinin diğer tekniklere göre daha fazla olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Buna göre çalışmamızın sonuçlarının diğer çalışmaların sonuçlarıyla kısmen uymadığı görülmektedir. Bu durumun sebebi çalışmalar arasındaki tasarım farklılıklarından kaynaklanmakta olup, çalışmamızda bite-wing radyografi seçeneği değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Çalışmamızda hekimler tarafından en çok verilen cevabın panoramik radyografi olmasının sebebinin ise, bu radyografi tekniğinin kullanımının daha kolay ve tekrarlanabilir olması ve hasta başında geçirilen zamanın daha kısa olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkek ve kadın hekimlerin cevaplarının benzer oranlarda olduğu, her iki grubun da en sık panoramik radyograflardan yararlandığı görülmektedir (Çizelge 3.16).

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının yaşa göre dağılımı incelendiğinde, tüm yaş gruplarında en fazla tercih edilen radyografi tekniğinin panoramik radyograflar olduğu gözlenmiştir (Çizelge 3.28). Buna karşılık panoramik radyografları en az kullanan grubun 36-45 yaş grubu hekimler olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür. Bu durumun sebebinin bu grupta yer alan hekimlerin bilgi ve tecrübelerine dayanarak özgüvenlerinin daha yüksek olması ve periodontal hastalık teşhisinde radyografa daha az ihtiyaç duymaları ihtimali olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda periodontal muayene sırasında kayıt veya indeks alma oranının çalışılan ilçeye göre dağılımı incelendiğinde, hem merkez hem de perifer ilçelerde en fazla tercih edilen radyografi tekniğinin panoramik radyograflar olduğu gözlenmiştir (Çizelge 3.40).

Periodontal hastalığın tedavi süreci ve dolayısıyla bu tedaviye olan yaklaşım, hastalığın teşhisi, şiddetinin belirlenmesi, diş hekiminin hastalığın uzun dönem sonuçlarına olan bakış açısı gibi bir çok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Eğer diş hekimi, hastalığın akut hali veya ileri yıkımla seyreden durumlarında, bu tedaviyi yürütebilecek düzeyde değilse veya tedavi etmeyi tercih etmiyorsa, uygun olan yaklaşım hastayı periodontoloğa yönlendirmek olacaktır. Yönlendirme işlemi ise kendi içinde kompleks bir durumdur, hem diş hekimi hem de hastanın yönlendirmenin gerçek anlamda gerekli olduğuna ikna olması gerekmektedir (Bader ve Shugars, 1995).

Bütün bunların yanında, bir hastanın periodontoloğa yönlendirilmesi için karar verilmesi gereken spesifik bazı kurallar belirlemek, periodontal hastalığın değişkenliği, hastalığın şiddetinin derecesi, diş hekimlerinin konuyla ilgili yetkinliği,

klisysenin otonomisi, tedavi için hastanın tercihleri ve yönlendirmenin hasta tarafından kabulü gibi bir çok neden yüzünden çok zorlaşmaktadır (Cobb ve Callan, 2005; Jeffcoat, 1993; Starr ve Collins, 1999).

Yapılan çalışmalarda genel diş hekimlerinin daha şiddetli periodontal hastalık varlığında hastalarını periodontoloğa yönlendirdiği kaydedilmiştir (Cobb ve ark., 2003; Dockter ve ark., 2006). Cobb ve arkadaşları (Cobb ve ark., 2003) 1980 ve 2000 yıllarında periodontoloğa yönlendirilen hastaların karakteristiklerini inceledikleri çalışmalarında, bu zaman dilimleri arasında periodontal hastalıkla ilgili bilgi düzeylerindeki artışa rağmen, 2000 yılında periodontal hastalık şiddetinde, diş kaybında ve diş çekimi ihtiyacında artış olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucuna göre, 2000 yılında 1980 yılına göre hastalar periodontal hastalığın daha ileri safhalarında periodontoloğa sevk edilmektedir. Benzer şekilde Dockter ve arkadaşları da (2006) periodontoloğa yönlendirilen hastaların % 74' ünün ağır ve ileri derecede periodontitise sahip olduğunu ve bu hastaların % 29,8' inin periodontal tedavi için yönlendirmede geç kalınarak iki veya daha fazla diş çekimi gerektiren tedavilere ihtiyacı olduğunu bildirmişlerdir.

Linden' in (1998) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirmedeki farklılıklarını değerlendirdiği çalışmasında, hekimlere bir önceki sene kaç tane hastayı özel periodontal bakım için yönlendirdikleri sorulmuştur. Buna göre, hekimlerin bir önceki sene yönlendirdiği hasta sayısı 0-80 arasında değişmekle birlikte ortalama 6,5' tir. Çalışmaya katılan hekimlerin % 12' si hiç bir hastayı yönlendirmediklerini belirtirken, % 64' ü bir önceki sene 1 ile 9 hasta arasında yönlendirme yaptıklarını belirtmişlerdir. Yönlendirme yapılan hastalıklar değerlendirildiğinde ise, hekimlerin % 94' ü kendilerinin tedavi edemeyeceğini düşündükleri ve periodontal yıkımın fazla olduğu problemlerde yönlendirme yaptıklarını bildirmişlerdir.

Oliver ve Heuer (1998) dental tedavi uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hastaların % 18' inin ileri kronik periodontitis hastası olarak teşhis edildiğini, bu hastaların da % 8,6' sının periodontoloğa yönlendirildiğini belirtmişlerdir.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan hekimlerin % 79,4' ünün subgingival kazıma ve kök düzleme işlemini kendileri yaptığını, % 26,2' sinin ise bu işlem için hastalarını periodontoloğa yönlendirdiğini belirtmişlerdir. Periodontoloğa yönlendirme kriterlerini incelediklerinde ise, araştırmaya katılan hekimlerin % 86,2' si, kendi yaptıkları periodontal tedaviye yanıt alınamayan durumlarda hastalarını periodontoloğa yönlendirdiklerini, hekimlerin % 54,1' inin orta şiddet ve daha üst seviye periodontitis ve kompleks medikal hikaye varlığında hastalarını rutin olarak periodontoloğa yönlendirdiklerini bildirmişlerdir.

Ülkemizde ise Baş ve arkadaşlarının (2005) Isparta ve Burdur bölgesindeki serbest çalışan diş hekimlerinin klinik periodontal bilgileri üzerine yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin % 23' ünün periodontal sorunlu hastaları direkt olarak periodontoloğa yönlendirdikleri kaydedilmiştir.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 97,8' inin hastalarını periodontoloğa yönlendirdiği belirtilmiştir. Yönlendirme yapılan problemler incelendiğinde ise, yönlendirme yapan hekimlerin % 29,3' ünün tedavi planlaması için konsültasyon, % 19,1' inin detaylı muayene, % 24,7' sinin başlangıç tedavi, % 78,1' inin generalize periodontal hastalıkların tedavisi, % 69,3' ünün lokalize periodontal hastalıkların tedavisi amacıyla yönlendirme yaptıkları kaydedilmiştir.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 98' inin Faz I periodontal tedaviyi kliniklerinde kendileri yaptıkları ve araştırmaya katılan hekimlerin tamamının kazıma işlemini hastalarına kendilerinin uyguladıkları belirtilmiştir.

Lee ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme paternlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan

hekimlerin % 69' unun haftada 1-5 arasında hastayı, % 7' sinin 5' ten daha fazla hastayı periodontoloğa yönlendirdiği belirtilirken, % 23' ünün ise periodontoloğa hiç bir hasta yönlendirmediği bildirilmiştir. Cerrahi olmayan periodontal işlemleri uygulama sıklığı değerlendirildiğinde, hekimlerin % 27' sinin sıklıkla ve % 30' unun bazen cevabını vererek bu işlemleri kliniklerinde kendilerinin uyguladığı, % 43' ünün ise hiç bir zaman cevabını vererek kliniklerinde periodontal işlemleri yapmadığı kaydedilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun Faz I tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmediği görülmektedir (Çizelge 3.5). Periodontoloğa yönlendirme yapılan hastalıkların başında ise ANUG ve agresif periodontitis gelmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda, periodontal tedavi için yönlendirme açısından çok farklı sonuçların olduğu ve çalışmaların yapıldıkları coğrafyalara göre yönlendirme sürecinin çok değişken olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları çalışma tasarımları da ele alındığında, Darby ve arkadaşlarının (2004) ve Mali ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarıyla yüksek oranda benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda genel diş hekimlerinin Faz I periodontal tedaviyi kliniklerinde kendilerinin uygulamayı tercih ettiğini görmekte olup, hekimlerin kendilerine olan özgüvenleri sebebiyle yönlendirmeye ihtiyaç duymadıklarını düşünmekteyiz. Diğer tüm çalışmalarda da belirtildiği gibi araştırmamızda da en fazla yönlendirme yapılan hastalıkların daha ileri periodontal problemlere ait olmasının nedeni ise, bu hastalıkların hekimlerin bilgi ve becerilerini aştığını ve uzmanlık gerektiren problemler olduğunu düşünmelerine bağlamaktayız.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan kadın hekimlerin erkek hekimlere göre 2,5 kat daha fazla oranda ayda 3 veya daha fazla hastasını periodontoloğa yönlendirdiği belirtilmektedir. Buna karşılık yazarlar, bu çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre hastalarını daha fazla periodontoloğa yönlendirdikleri sonucunun çıkarılamayacağını, Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan hiç bir çalışmada, cinsiyet ve yönlendirme arasında bir bağlantı bulunamadığını kaydetmişlerdir.

Araştırmamızda Faz I tedavi için periodontoloğa yönlendirme durumunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkek ve kadın hekimlerin cevaplarının benzer oranlarda olduğu, her iki grubun da en sık ANUG ve agresif periodontitis varlığında hastalarını periodontoloğa sevk ettikleri görülmektedir (Çizelge 3.17). Araştırmamızda da cinsiyetler arasında farkın olmadığı sonucu, çalışmalar arasındaki tasarım farklılıklarına rağmen kısmen de olsa Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) çalışmasını desteklemektedir.

Betof ve arkadaşlarının (1985) genel diş hekimlerinin periodontoloğa hasta yönlendirme nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, 31 yaşından daha küçük hekimlerin daha güncel bilgi düzeyleri sebebiyle kliniklerine gelen hastaları yönlendirme yapmadan kendileri tedavi etmeyi tercih ettikleri, 31-45 yaş grubundaki hekimlerin ise hastalarını periodontoloğa daha fazla yönlendirdiği belirtilmiştir. Buna karşılık, 46 yaşından daha büyük hekimlerin çok daha az hasta yönlendirme yaptığı, bu hekimlerin % 60' ının periodontal hastalıkları kendilerinin tedavi etmeyi tercih ettiği bildirilmiştir.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, genel diş hekimlerinin yaşları ile periodontal tedavi için yönlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, hangi yaş grubuna ait olursa olsun hekimlerin benzer oranlarda periodontoloğa hasta yönlendirdikleri bildirilmiştir.

Araştırmamızda Faz I tedavi için periodontoloğa yönlendirme durumunun yaşa göre dağılımı incelendiğinde, 46 yaş grubu bireylerin kronik periodontitis varlığında diğer yaş gruplarına göre daha fazla yönlendirme yaptığı görülmekte olup, tüm yaş gruplarının en sık ANUG ve agresif periodontitis varlığında hastalarını periodontoloğa sevk ettikleri görülmektedir (Çizelge 3.29). Araştırmamızın sonuçları, Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) çalışmasını her ne kadar kısmen desteklese de, Betof ve arkadaşlarının (1985) 46 yaş üstü hekim grubu için buldukları sonuçlarla çelişmektedir.

Betof ve arkadaşlarının (1985) genel diş hekimlerinin periodontoloğa hasta yönlendirme nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, şehir merkezinde çalışan hekimlerin şehir merkezi dışında çalışan hekimlere göre periodontoloğa daha fazla yönlendirme yaptığı belirtilmiştir. Yazarlara göre periodontologlar için en iyi hasta kaynağı, kariyerlerinin henüz başında yer alan ve yüksek hasta popülasyonlu şehir merkezlerinde çalışan genel diş hekimleridir.

Linden (1997) yaptığı bir çalışmada, yönlendirme merkezinden en uzakta yer alan genel diş hekimlerinin daha yakında yer alan hekimlere göre en az yönlendirmeyi yaptığını kaydetmiştir. Linden' in (1998) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirmedeki farklılıkları değerlendirdiği diğer bir çalışmasında da bu bulgular desteklenerek, periodontoloğa uzak bölgelerde çalışan hekimlerin daha az yönlendirme yaptığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, şehir merkezinden 25 mil uzakta çalışan hekimlerin çoğu, kendilerine yakın bir periodontolog olsa daha fazla yönlendirme yapacaklarını bildirmiştir.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, genel diş hekimlerinin çalıştıkları bölgeler ile periodontal tedavi için yönlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, şehir merkezi, şehir merkezi dışı ve kırsal bölgede çalışan hekimlerin hepsinin benzer oranlarda periodontoloğa hasta yönlendirdikleri belirtilmiştir. Buna karşılık hekimlerin klinikleri ile en yakın periodontolog arasındaki mesafeye göre yönlendirme durumu değerlendirildiğinde, en yakın periodontoloğa 5 mil ve daha fazla uzaklıkta olan hekimlerin, coğrafik olarak periodontoloğa daha yakın olan hekimlere oranla hastalarını 2,5 kat daha fazla periodontoloğa yönlendirdiği bildirilmiştir.

Buna karşılık Lee ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin % 23,4' ünün bir hafta içinde hiç bir hastasını periodontoloğa yönlendirmediğini belirtmiş, bu durumun sebebini, genel diş hekimlerinin periodontoloğa ulaşma imkanı zor olan bir bölgede çalıştıklarında, hastalarını periodontoloğa yönlendirmemeyi tercih ettikleri olarak göstermişlerdir. Yazarlara

göre, şehir merkezi veya şehir merkezi dışında çalışan hekimler, periodontoloğa ulaşma imkanları daha kolay olduğu için kırsal bölgede yaşayan hekimlere göre daha fazla yönlendirme yapabilmektedir.

Araştırmamızda Faz I tedavi için periodontoloğa yönlendirme durumunun çalışılan ilçeye göre dağılımı incelendiğinde, merkez ve perifer ilçelerde çalışan hekimlerin cevaplarının benzer olduğu, her iki grubun da en sık ANUG ve agresif periodontitis varlığında hastalarını periodontoloğa sevk ettikleri görülmektedir (Çizelge 3.41). Buna göre araştırmamızın sonuçları, çalışma tasarımıındaki farklılığa rağmen Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarının sonuçlarını kısmen desteklemektedir.

2014 yılında Türkiye' deki diş hekimliği fakültelerinin eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdürebilmeleri için hazırlanmış olan ve asgari gereklilikleri kapsayan DUÇEP (Mezuniyet Öncesi Diş Hekimliği Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2016), diş hekimliği fakültelerinden mezun olan bir diş hekiminin belirli düzeylerde yapması ve yönetmesi gereken temel diş hekimliği uygulamalarını belirtmektedir. Araştırma grubumuz ise, 2014 yılı öncesinde çeşitli fakültelerden mezun olan hekimlerden oluşmaktadır. Her ne kadar bu dönem öncesinde farklı yıllarda mezun olmuş olsalar da, hemen hemen tüm hekimler gerek yaş, gerekse çalıştığı farklı bölgeler dikkate alındığında, DUÇEP' e göre periodontal hastalık ve durumların tanı ve tedavilerindeki yaklaşımları uyumluluk göstermektedir.

Periodontal hastalıklar, hastanın oral hijyen durumuyla yakından ilişkilidir. Hastanın diş ve dişetlerinin sağlığını muhafaza edebilmesine olan ilgi ve isteği, hastaya bu konuda verilen bilgilere ve motivasyona dayanmaktadır. Buna karşılık her hastanın motivasyonunu sağlayabilecek bilimsel temellere dayandırılan bir yöntem bulunmamaktadır. Bir hastanın motive olmaya olan inancı, hastanın sosyal konumu, zeka ve becerisi, kişiliği, vücut sağlığına olan tutumu gibi bir çok nedene bağlıdır. Oral hijyenle ilgili teknik ve yöntemler ise hastanın doğru davranışlarını oluşturmak üzerine tasarlanmış olup, periodontitisin önlenmesinde standart oral hijyen eğitimlerinin verilmesi, dental kliniklerdeki hekimler tarafından sağlanmaktadır (Lange, 1988).

Oral hijyen ile ilgili mesajların hastaya verilmesinde en yaygın olarak kullanılan ve en etkili olan yöntem, hekim tarafından hastaya birebir olarak verilen oral hijyen eğitimidir. Fakat bu yöntemin hasta başında zaman alıcı olması, toplumda yaygınlaşmasında güçlükler çıkarabilmektedir (Baş ve ark., 2005).

Oral hijyen eğitimi, bireyin ağız bakımına yönelik davranışlarının uyarılması, kanalize edilmesi ve sürdürülmesi açısından bireye motivasyon sağlamaktadır ve bu yönüyle de bireyin ağız bakımı ile ilgili davranışlarını etkileyen kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda periodontolojide, oral hijyen eğitimi kapsamında ve bireyde motivasyon sağlanmasına yönelik olarak, grup eğitimleri, görsel ve işitsel programlar ve hastaların kendilerinin kontrolleri gibi farklı yöntemler kullanılabilmektedir (Cegala ve ark., 2000).

Daha önce yapılan çalışmaların çoğunda oral hijyen eğitiminin farklı tekniklerle verilmesinin hastalar üzerindeki etkinliği değerlendirilmiş olsa da, hekimlerin bireysel olarak hangi teknikleri tercih ettiğiyle ilgili literatürde fazla çalışma yer almamaktadır (Baş ve ark., 2005; Darby ve ark., 2004; Ercan ve ark., 2015; Lim ve ark., 1996; Willims ve ark., 2018).

Lim ve arkadaşlarının (1996) gingival sağlığın geliştirilmesinde farklı oral hijyen eğitimlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, araştırmaya katılan hastalar kişisel olarak eğitilen grup, kitapçıkla kendi başına eğitim alan grup, video ile eğitilen grup ve bu yöntemlerin kombinasyonu ile eğitilen grup olacak şekilde dört gruba ayrılarak, hastalar belirli dönemlerde sondlamada kanama ve plak varlığı açısından değerlendirmeye alınmışlardır. Çalışmanın sonucunda, gruplar arasında herhangi bir farklılık bulunmamış, oral hijyen eğitiminin önemli olduğu fakat yöntemin bu eğitimde öneminin tartışılabileceği belirtilmiştir. Sonuç olarak oral hijyen eğitiminin, yöntemden ziyade çok daha farklı ve hastada mevcut olan kişisel faktörlere bağlı olabileceği kaydedilmiştir.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin

% 96,7' sinin hastaların oral hijyeni için genel tavsiyeler verdiği, % 98,5' inin de fırçalama talimatlarından bahsettiği belirtilmiştir.

Isparta ve Burdur bölgesinde serbest çalışan diş hekimlerinin periodontal bilgi düzeylerinin değerlendirildiği anket çalışmasında, araştırmaya katılan hekimlerin mezuniyet yıllarına göre değişen oranlarda hastalarına diş fırçalamayı öğrettikleri ve hekimlerin % 77,45' inin ilk seansta hastalara model üzerinde göstererek doğru diş fırçalamayı gösterdiği belirtilmiştir. Buna ek olarak, araştırmaya katılan hekimlerin çok azının ise sonraki seanslarda hastanın kendi ağzında fırçalama yaptırarak veya video ile hastaya doğru fırçalamayı göstererek oral hijyen eğitimi verdiği kaydedilmiştir. Yazarlara göre, hastanın ilk seansta model üzerinde aldıkları oral hijyen eğitimi, daha sonraki seanslarda hijyen araçlarını da kullanarak bireysel hijyen girişimlerini başarıya ulaştırmaktadır (Baş ve ark., 2005).

Türk diş hekimlerinin periodontal değerlendirme tipleri ve tedavi yaklaşımlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, meslekteki deneyim süresi arttıkça, hastalara oral hijyen motivasyonu yapma oranının azaldığı bildirilmiştir. Bunun yanında, hastalara uygulanan oral hijyen motivasyon metodu incelendiğinde ise, meslekte deneyim süresi farklı olan grupların hepsinde metod olarak daha sık görsel araçların kullanıldığı belirtilmiştir (Ercan ve ark., 2015)

Williams ve arkadaşlarının (2018) farklı oral hijyen eğitim tekniklerinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, hekim tarafından hastaya birebir verilen oral hijyen eğitimi ile tablete yüklenerek bilgisayar desteği ile hastaya oral hijyen eğitimini görsel olarak vermek arasında, periodontal sağlıktaki iyileşme bakımından anlamlı farklılık bulunmadığı, her iki grupta yer alan hastaların da periodontal sağlıklarında iyileşme gözlemlendiği belirtilmiştir. Buna göre çalışmadan, her iki yöntemin de oral hijyen eğitimi üzerinde etkili olduğu ve oral hijyen eğitiminde yöntemden ziyade, önemli olan etkenin eğitimin kendisi olduğu sonucu çıkarılabilmektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunun hastalarına oral hijyen eğitimi verdiği görülmektedir (Çizelge 3.6). Buna göre araştırmamızın sonuçları, ülkemizde daha önce yapılmış olan Ercan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasıyla uyumlu olmayıp, bizim araştırmamızda yaş grubu farketmeksizin hekimlerin tamamına yakınının hastalarına oral hijyen eğitimi verdiği görülmektedir. Oral hijyen eğitim verme yöntemleri içinden en sık kullanılan yöntemin ise hastalara model üzerinde göstererek eğitim vermek olduğu gözlenmektedir. Buna göre çalışmamızın sonuçları, ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla da uyumludur (Baş ve ark., 2005; Ercan ve ark., 2015).

Araştırmamıza katılan hekimlerin oral hijyen eğitiminde kullanılan kaynaklar konusunda en sık olarak reprezantlar yardımıyla kendilerini güncelledikleri gözlenmektedir (Çizelge 3.7). Daha önce bu konuyla ilgili olarak literatürde hiç bir çalışma yapılmamış olup, çalışmamız bu konunun değerlendirildiği ilk çalışmadır. Araştırmamızda güncelleme konusunda hekimler tarafından en fazla reprezant seçeneğinin tercih edilmesini, bu iki meslek grubu arasındaki yakın iletişim sebebiyle reprezantların yeni çıkan ağız bakım ürünleri hakkında hekimleri sürekli olarak güncel tutmalarına bağlamaktayız.

Periodontal tedavilerdeki temel amaç, diş kaybına neden olan periodontal hastalığın ilerlemesini durdurmaktır. Tedavi sürecinde ise, cerrahi olmayan periodontal tedavilerin yanı sıra, cerrahi periodontal tedaviler de önemli bir yer tutmaktadır (Graziani ve ark., 2018). Periodontal cerrahi tedavinin primer rolü, nekrotik cep epiteli ve sementin uzaklaştırılarak, yeni bir epitelyal ataşmanın oluşmasını sağlamaktır (Haffajee ve ark., 1997).

Orta ve şiddetli düzeydeki periodontitisin tedavisinde, başlangıç periodontal tedaviden sonra cerrahi periodontal tedavi yaklaşımı endikedir. Derin ceplerin tedavisinde periodontal cerrahi, cep derinliğinde azalma ve ataşman kazancıyla sonuçlanmaktadır (Hayakawa ve ark., 2012). Periodontal yıkımın etkilerinin önlenmesi ve tedavisinin yanı sıra, hastalar mukogingival cerrahi, preprotetik cerrahi, sert ve yumuşak doku ogmentasyonları ve implant tedavileri için de periodontoloğa yönlendirilmelidir (Patel ve ark., 2016).

Periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme ile ilgili yapılan çalışmalarda, genel diş hekimlerinin yönlendirme sıklığı ve hangi durumlar varlığında yönlendirme yaptığı ile ilgili fikir birliği bulunmamaktadır. Konu ile ilgili yapılan literatür taramasında, araştırmaların yapıldığı bölgelere göre yönlendirme yapılan durumlar arasında çok büyük farklılıkların olduğu görülmektedir.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 87,2' sinin periodontal cerrahi prosedürleri için hastalarını periodontoloğa yönlendirdiği bildirilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin % 70,5' inin gingivektomi, % 82,2' sinin flep cerrahisi, % 77,2' sinin frenektomi işlemlerini hiç bir şekilde uygulamadığı ve bu işlemler için yönlendirme yaptığı belirtilmiştir.

Zemanovich ve arkadaşlarının (2006) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme sürecini etkileyen demografik değişkenleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 56,1' nin yumuşak doku greftleme, % 51,9' unun implant yerleştirme prosedürleri, % 49,5' inin kron boyu uzatma, % 25,4' ünün kozmetik periodontal plastik cerrahi, % 21,2' sinin kemik greftleme ve %15,2' sinin ikincil bir görüş almak için yönlendirme yaptığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Amerikan Periodontoloji Akademisi (2004) de, yumuşak doku greftleme, implant ve kron boyu uzatma işlemlerinin en sık yönlendirme yapılan periodontal cerrahi işlemleri olduğunu bildirmiştir.

Lanning ve arkadaşlarının (2007) genel diş hekimleri tarafından uygulanan periodontal işlemleri inceledikleri çalışmalarında, genel diş hekimlerinin periodontal cerrahi işlemlerinin çoğunu uygulamadıkları, periodontoloğa en sık yapılan yönlendirme işleminin % 90 oranında cep derinliğinin azaltılması için yapılan cerrahi işlemler olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan hekimlerin % 52' si cerrahi kron boyu uzatma, % 85' i yumuşak doku greftleme, % 76' sı cep derinliğinin azaltılması için uygulanan periodontal cerrahi tedavi, % 88' i kemik veya yönlendirilmiş doku rejenerasyonu ve % 84' ü implant tedavisi için periodontoloğa yönlendirme yapmaktadır.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, Pune bölgesindeki özel dental kliniklerde çalışan periodontologların temel görevinin, cerrahi tedaviyle sınırlı olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, hekimlerin yarısı cerrahi tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirirken, her üç hekimden biri cep varlığında yönlendirme yapmayı tercih etmektedir. Mukogingival cerrahiler ve kemik greftleme işlemleri ise neredeyse hiç bir hekim tarafından uygulanmamakta olup, bu işlemler için periodontoloğa yönlendirme yapılmaktadır. Çalışmada hekimler tarafından verilen en ilgi çekici cevaplardan biri ise, hekimlerin yarısının mobil diş varlığında hastalarını periodontoloğa yönlendirmesidir.

Lee ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için yönlendirme paternlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 75,7' sinin periodontal cerrahi tedavi uygulamadığı ve hastalarını yönlendirdiği belirtilmiştir.

Ülkemizde Ercan ve arkadaşlarının (2015) periodontal değerlendirme tipleri ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin meslekte geçirdikleri süre farketmeksizin, bir çoğunun periodontal cerrahi tedavi uygulamadıkları bildirilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 80,7' sinin hastalarını periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa yönlendirdiği görülmektedir (Çizelge 3.8). En sık yönlendirme yapılan bulguların ise mukogingival problemler, gingival büyüme ve periodontal apse varlığı olduğu, yönlendirilen hastalara ise en sık flep cerrahisi, kemik greftleme ve kök kapatma işlemleri uygulandığı gözlenmektedir (Çizelge 3.8). Buna göre periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme açısından incelendiğinde, araştırmamızın sonuçları bir çok çalışmanın sonucuyla paralellik göstermekte olup, genel diş hekimlerinin periodontal cerrahi tedavi için yönlendirme yapmayı tercih ettiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızda yönlendirme yapılan durumlar ve yönlendirme sonrası uygulanan işlemlere göre, genel diş hekimlerinin periodontal cerrahi becerisi gerektiren durumlar karşısında kendilerini yetersiz hissettiklerini ve

uygulama yapmaktan kaçınarak periodontoloğa yönlendirme yapmayı tercih ettiklerini düşünmekteyiz.

Daha önce yapılan çalışmalardaki (Betof ve ark., 1985; Lee ve ark., 2008; Linden 1998) periodontal tedavi için yönlendirme süreçleri ele alındığında, şehir merkezinde çalışan hekimlerin, şehir merkezi dışında ve kırsal bölgelerde çalışan hekimlere göre periodontoloğa daha fazla yönlendirme yaptığı bildirilmiştir. Bu durumun genel sebebi, genel diş hekimlerine başvuran hastaların, hekime en yakın mesafede yer alan periodontologlara bile ulaşma imkanının zor olması ve hastaya maddi bir yük getirmesine bağlanmaktadır. Bu sebeple merkezde çalışan hekimlerin daha fazla yönlendirme yapmayı tercih ettiği sonucu çıkarılmıştır. Araştırmamızda yaşa ve cinsiyete göre cerrahi periodontal tedavi için yönlendirme ile ilgili istatistiksel bir farklılık olmasa da, merkez ilçelerde çalışan hekimlerin perifer ilçelerde çalışan hekimlere göre cerrahi periodontal tedavi için daha sık yönlendirme yaptığı görülmektedir (Çizelge 3.44). Biz de daha önceki çalışmalarda bahsedilen nedenlerden dolayı, periferde çalışan hekimlerin periodontoloğa ulaşma imkanının zor olması sebebiyle bu hekimlerin hastalarını yönlendirmeyerek, cerrahi periodontal tedavileri kliniklerinde kendilerinin uygulamayı tercih ettiklerini düşünmekteyiz.

Daha önce yapılan çalışmalarda cinsiyetle cerrahi periodontal tedavi için yönlendirme arasındaki ilişki incelenmemiştir. Araştırmamızda ise cerrahi periodontal tedavi için yönlendirme durumu arasında cinsiyetle anlamlı bir ilişki bulunmasa da, yönlendirme yapılmasına neden olan bulgular açısından farklılıklar olduğu görülmüştür. Buna göre kadın hekimler erkek hekimlere göre dişeti çekilmesi ve mukogingival problemler varlığında daha fazla yönlendirme yapmaktadır. Bu durumun olası bir sebebinin, kadın hekimlerin dişeti estetiğini daha fazla önemsemesi olabileceğini düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda genel diş hekimlerinin periodontal cerrahi tedavi için çoğunlukla periodontoloğa yönlendirme yaptığı gözlene de, bu işlemleri kendileri uygulamayı tercih eden hekimlerin de mevcut olduğunu gösteren bulgular vardır. Ülkemizde Baş ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan

hekimlerin % 20' sinin gingivektomi-gingivoplasti, % 30' unun mukogingival cerrahi işlemleri, % 7' sinin de bütün periodontal cerrahi girişimleri hastalarına uyguladıkları belirtilmiştir. Buna karşılık yazarlar, çalışmanın sonuçlarından çıkan ve temel periodontal işlemleri bile hastalarına uygulamayan hekimlerin ileri periodontal cerrahi teknikleri hastalarına uyguluyor olması sonucunun düşündürücü olduğunu bildirmişlerdir.

Lanning ve arkadaşlarının (2007) genel diş hekimleri tarafından uygulanan periodontal işlemleri inceledikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 48' inin cerrahi kron boyu uzatma, % 24' ünün cep derinliğinin azaltılması için uygulanan cerrahi periodontal tedavi işlemlerini kliniklerinde kendilerinin uyguladıkları belirtilmiştir. Yazarlara göre, diş hekimliği fakültesinden mezun olma zamanı ile cerrahi işlemleri uygulama durumu arasında pozitif bir korelasyon mevcut olup, yeni mezun hekimlerin bu işlemleri uygulamaya daha yatkın olduğu gözlenmiştir.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 38' inin periodontal cerrahi prosedürlerini kliniklerinde kendileri uyguladıkları belirtilmiştir. Bu prosedürlerin başında en yüksek oranla gingivektomi gelmekte olup, bunu flep cerrahisi, kron boyu uzatma ve kret ogmentasyonu takip etmektedir. Yazarlara göre flep cerrahisi periodontal cerrahi işlemler arasında genel diş hekimlerinin uygulamayı en çok tercih ettikleri işlem olup, kök kapatma işlemleri için de çok az sayıda hekimin periodontoloğa yönlendirme yaptığı ve bu işlemi hekimlerin kliniklerinde kendileri yapmayı tercih ettiği bildirilmektedir. Benzer olarak, genel diş hekimlerinin implant uygulamaları için de periodontoloğa yönlendirme yapılmasına gerek olmadığına inandıkları sonucu ortaya çıkmıştır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 87,1' inin gingivektomi işlemini hastalarına kendilerinin uyguladığı, bunu en yüksek oranla kron boyu uzatma işleminin takip ettiği görülmektedir (Çizelge 3.9). Buna göre araştırmamızın sonuçları, daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Yaşa göre dağılım incelendiğinde ise, 46 yaş

üstü hekimlerin diğer gruplardaki hekimlere göre gingivektomi işlemini kliniklerinde daha az uyguladıkları gözlenmektedir. Buna göre, çalışma tasarımlarındaki farklılıklara rağmen, araştırmamızın sonuçları Lanning ve arkadaşlarının (2007) çalışmasının sonuçlarıyla benzer olup, biz de bu durumun sebebinin Lanning ve arkadaşlarının çalışmasındaki nedenlere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Periodontal tedavi sonrasında başarının ilk göstergesi sondlamada kanamanın durması ve cep derinliğinin azalmasıdır. Tedavi sürecinde başarıyı etkileyen bir çok faktör olsa da, periodontal tedaviden genel beklenti dişlerin ağızda kalış süresinin uzatılarak, sağlıklı bir şekilde ağızda kalmasını sağlamak üzerine kurulmaktadır.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tamamının tedaviden sonra dişeti kanamasının durmasını beklediği, hekimlerin üçte ikisinin flep cerrahisinden sonra nadiren tekrarlama görüleceğine inandığı ve kök kapatma işlemleri sonucunda ise hiç bir başarı gözlenmediğini düşündüğü belirtilmiştir. Yazarlara göre, daha yaygın olan periodontal şikayetlerin tedavisinde genel olarak yüksek bir tatmin seviyesi bulunsa da, genel diş hekimleri arasında periodontal tedavinin her zaman dişlerin ömrünü uzattığı ile ilgili bir fikir birliği bulunmamaktadır. Çalışmanın sonuçlarında, araştırmaya katılan hekimlerin % 54' ü periodontal tedaviyi takiben mobilitede nadiren azalma geldiğini bildirmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 95,9' unun periodontal tedavi sonrasında dişeti kanamasının durmasını beklediği görülmektedir. Hastalığın tekrarlanacağını düşünen hekim oranı ise % 12' dir (Çizelge 3.10). Buna göre araştırmamızın sonuçları Mali ve arkadaşlarının (2008) çalışmasının sonuçlarıyla uyumludur.

Yapılan bir çok çalışmaya göre, periodontal hastalıklar hem mekanik cerrahi olmayan tedavi, hem de cerrahi tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir (Axelsson ve ark., 2004; Shumaker ve ark., 2009; Tonetti ve ark., 2000). Buna karşılık düzenli olarak yeniden klinik değerlendirme, yeterli biofilm kontrolü, düzenli oral hijyen talimatları içeren periodontal idame olmaksızın, periodontal tedaviyle elde

edilen başarının sürdürülmesi imkansızdır (Axelsson ve ark., 2004; Tonetti ve ark., 2000). Ayrıca periodontal idame tedavisi periodontal tedavinin başarısı için kritik bir faktördür (Shumaker ve ark., 2009).

Amerikan Periodontoloji Akademisi' ne (2000) göre, periodontal idame tedavisi aktif periodontal tedavinin ilerleyen safhasını oluşturduğu için, idame fazı aktif tedaviden hemen sonra başlayarak dişler ağızda kaldığı sürece düzenli aralıklarla devam eder. İdame fazı, daha önce tedavi olmuş hastalarda, periodontal hastalıkların ilerlemesini ve tekrarlamasını minimize eder, dentisyonu kontrol altında tutarak diş kaybı insidansını azaltır.

Cohen (2003) periodontal idame dönemini değerlendirdiği çalışmasında, idame için geri çağırma randevularının hastanın bireysel klinik ihtiyaçlarına göre planlanması gerektiğini ve temel olarak 3 aylık görüşmelerin doğru olduğunu belirtmiştir. Buna karşılık idame randevuları, hastanın ihtiyaçlarına göre azaltılabilir veya arttırılabilir denilmektedir.

Preshaw ve Heasman (2005) genel diş hekimlerinin cerrahi olmayan periodontal tedavi sonrasındaki idame fazını değerlendirdikleri çalışmalarında, ilk 6 aylık idame sürecinin cerrahi olmayan periodontal tedaviyi takiben gerçekleşen yara iyileşmesi için kritik olduğunu, bu sebeple araştırmaya katılan hastaların ilk 6 aylık idame bakımının hekimler tarafından takip edildiğini belirtmişlerdir.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan hekimlerin yarısı hastalarını cerrahi tedaviden 3 ay sonra idame tedavisi için geri çağırdıklarını bildirmişlerdir. Buna karşılık diş hekimlerinin bir çoğu, bu süreç boyunca hasta uyumunun bir problem yarattığını düşünmektedir.

Costa ve arkadaşları (2012) periodontal idame fazını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmada değerlendirilen hastaları 3 aylık idame periodları şeklinde

kontrol etmişlerdir. Yazarlar Amerikan Periodontoloji Akademisi' nin belirttiği, hastaları yılda 4 kere idame kontrollerinde değerlendirmenin gerektiği konusunda hemfikir olsalar da, bu düzeni klinik ortamında sürdürmenin oldukça zor olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 92,4' ünün hastalarını idame tedavisi için geri çağırdıkları, geri çağırma zamanının ise daha sıklıkla 3 ay sonra olduğu görülmektedir (Çizelge 3.11). Buna göre araştırmamızın sonuçları, konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarla benzerdir (Cohen, 2003; Costa ve ark., 2012; Mali ve ark., 2008; Preshaw ve Heasman, 2005). Araştırmamızda hekimler tarafından verilen cevaplara göre, periodontal tedavi süresince idame fazının öneminin dikkate alındığı sonucu çıkarılmaktadır.

Periodontal tedavi sonrasında hastalığın tekrar etmemesi, bir çok faktöre bağlıdır. Hastalığın tekrar etmesinde, doğru yapılmayan tedaviler, hekim tarafından hastaya uygulanan yetersiz motivasyon ve yetersiz hasta takibi gibi klinisyene bağlı sebepler rol oynayabileceği gibi, hastaların yetersiz ağız bakımı uygulamaları, düzensiz diş hekimi kontrolleri gibi hastaya bağlı faktörler de katkıda bulunmaktadır.

Fardal ve arkadaşlarının (2004) idame fazındaki diş kayıplarını değerlendirdikleri çalışmalarında, periodontologların tedavi ile ilgili tavsiyeleriyle birlikte, hasta kooperasyonunun tedavi sürecinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Yazarlara göre, periodontal hastalığın karakterinin yanında, sigara kullanımı, hastanın kooperasyona olan yatkınlığı gibi bir çok hasta faktörü periodontal hastalığın tedavi başarısında önemli bir faktördür.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin çoğu gingivitis ve başlangıç düzeyinde periodontitisin teşhisinde kendilerine güvenseler de, söz konusu ileri periodontitis veya agresif periodontitis vakaları olduğunda bu oranların ciddi anlamda düştüğünü belirtmişlerdir. Genel diş hekimlerinin periodontal hastalıklara olan yaklaşımlarındaki bu farklılık ve

eksikliklerinin ise dental eğitim sistemindeki eksikliklerden kaynaklanabileceği kaydedilmiştir.

Aynı çalışmada yazarlar, periodontal tedavinin başarılı bir şekilde sürdürülmesindeki en önemli engelin, hekimin hastalığı teşhis ve tedavi yeteneğinin yanı sıra, daha çok hasta kaynaklı faktörlerden meydana geldiğini belirtmişlerdir. Özellikle hastaları oral hijyenlerini geliştirmek için motive etme yeteneğinin, periodontal hastalığın tedavi sürecini etkileyen en önemli faktör olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, hastaları periodontal tedavinin gerekliliği ve yararları ile ilgili bilgilendirmek ve motive etmek için büyük bir çaba gerektiği sonucuna varılmıştır (Darby ve ark., 2004).

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerden periodontal hastalığın tekrarlama sebeplerini değerlendirmeleri istenmiş, hekimler değişen oranlarda hasta, periodontolog ve genel diş hekimi cevaplarının tamamını vermişlerdir. Buna karşılık hekimler tarafından verilen en yüksek oranlı cevabın, periodontal hastalığın tekrarlamasında temel faktörün oral hijyenin farkındalığında ve sürdürülmesindeki eksikliğe bağlı olarak hasta kaynaklı sebepler olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin tamamına göre, periodontal tedavi sonrasında hastalığın tekrarlama sebebinin hasta kaynaklı faktörler olduğu görülmektedir (Çizelge 3.12). Buna göre, araştırmamızın sonuçları Fardal ve arkadaşlarının (2004) ve Mali ve arkadaşlarının (2008) sonuçlarıyla benzerdir. Buna karşılık araştırmamız sonuçlarına göre genel diş hekimlerinin kliniklerine başvuran hastalara bir çok periodontal tedaviyi uygulamadığı görülmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, araştırmaya katılan hekimlerin sorunun kaynağını tamamen hastaya yüklediğini ve kendileriyle ilgili olarak objektif davranmadığını düşünmekteyiz.

Kronik hastalıkların hem sağlık bakım sistemlerine hem de bireyin kendisine ekonomik anlamda etkilerinin olduğu açıktır. Oral hastalıkların tedavisi, bir çok ülkede dördüncü en pahalı tedavi alanı olmakla birlikte, tedavi ücretleri de genel olarak

hastanın kendisi tarafından karşılanmaktadır. Periodontitis de yaygın olarak görülen bir kronik hastalıktır ve tedavisinin ekonomik yükü sebebiyle bir çok hasta tarafından ihmal edilmektedir (Petersen ve ark., 2005).

Cobb ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada hastanın ekonomik durumunun, genel diş hekimi veya periodontolog tarafından tedavi uygulama kararı ve hastanın uygulanacak olan periodontal tedavi planını kabul etmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bunun yanında, dental klinisyenin ekonomik statüsünün de, tedavi planlamasını ve periodontoloğa yönlendirme kararını direkt olarak etkileyebileceği bildirilmiştir.

Darby ve arkadaşlarının (2004) periodontal hastalıkların teşhis ve tedavisini etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimlerin yalnızca % 16'sı, hastalara periodontal tedavi uygulama kararında ücret faktörünün önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Mali ve arkadaşlarının (2008) genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan hekimler cerrahi periodontal tedavinin popülasyonun büyük bir kısmı için çok pahalı bir tedavi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 86,5'inin periodontal tedavinin maliyet ve etkinliğinin hastalar için kabul edilebilir olduğunu düşündükleri görülmektedir (Çizelge 3.13). Buna göre, araştırmamızın sonuçları Darby ve arkadaşlarının (2004) çalışmasıyla uyumlu olsa da, Mali ve arkadaşlarının (2008) çalışma sonuçlarıyla uyuşmamaktadır. Çalışmalar arasındaki bu farklılıkların, çalışmaların yapıldığı coğrafyalar arasındaki ekonomik durumdaki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Nitekim, konu ile ilgili yapılan daha önceki çalışmalarda çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki sigorta sistemi de değerlendirilmiş olup, araştırmamızda ülkemizdeki sigorta sistemi değerlendirilmediği için, çalışmalar arasında birebir karşılaştırma yapılamamıştır.

Araştırmamızda Faz I periodontal tedavi için yönlendirme, cerrahi periodontal tedavi için yönlendirme, tedavi sonrası beklenti, tedavi maliyetinin etkinliği ve kliniklerde uygulanan periodontal işlemler arasındaki etkileşimler değerlendirilmiştir. Buna göre, Faz I periodontal tedavi için yönlendirme yapan hekimlerin neredeyse tamamı, yönlendirme yapmayan hekimlerin de büyük bir çoğunluğu, cerrahi periodontal tedavi için periodontoloğa yönlendirme yapmaktadır (Çizelge 3.50, 3.51). Bu durumun sebebinin, özellikle cerrahi periodontal tedavinin uzmanlık gerektirmesine ve başarısız olma ihtimaline karşılık hekimlerin periodontal tedavi işlemlerinin çoğunu uygulamaktan kaçınmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda cerrahi periodontal tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmeyen hekimlerin çoğunun, kliniklerinde gingivektomi işlemini, büyük bir kısmının ise kron boyu uzatma işlemini kendilerinin yaptığı görülmektedir (Çizelge 3.54). Bu durumun sebebinin, bu iki uygulamanın birbirlerine yakın işlemler olması, diğer cerrahi işlemlere göre komplikasyonlarının daha az olması, tedavi sonuçlarının diğer cerrahi periodontal tedavi sonuçlarına göre nispeten daha hızlı elde edilmesi ve hekimlerin preprotetik cerrahi olarak bu iki uygulama tipini de sıklıkla tercih etmesine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda Faz I periodontal tedavi ve cerrahi periodontal tedavi için periodontoloğa yönlendirme yapan hekimlerin periodontal tedavi sonrasında beklentileri, dişeti kanamasının durması ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzamasıdır (Çizelge 3.52, 3.53). Benzer bir şekilde, hem Faz I periodontal tedavi hem de cerrahi periodontal tedavi için maliyet ve etkinliğin hastalar için kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir (Çizelge 3.55, 3.56). Buna göre, başarılı bir periodontal tedavi sonrasında dişlerin daha uzun süre ağızda kalabilme durumu, periodontal tedavi maliyetini gölgede bırakarak, bu tedaviyi hekimler tarafından popüler hale getirmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin çoğunluğu kliniklerinde, periodontal sond, kretuvar ve küret gibi temel periodontal aletleri bulundurmaktadır.

2. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin büyük bir kısmı, ilk ağız muayenesi sırasında hastalarına periodontal muayeneyi sıklıkla uygulamaktadır. Periodontal muayeneyi diğer yaş gruplarına göre 35-44 yaş grubundaki hekimler daha sıklıkla yapmaktadır.

3. İlk muayenede serbest çalışan genel diş hekimlerinin büyük bir kısmı periodontal muayene yapsa da, periodontal kayıt veya indeks almamaktadır. İlk muayenede en sık bakılan kayıt cep derinliğidir, teşhis koymak için en sık panoramik radyograflardan yararlanılmaktadır.

4. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin büyük bir kısmı, Faz I başlangıç periodontal tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmemektedir. Yönlendirme en sık agresif periodontitis ve ANUG hastalarında yapılmaktadır. 46 yaş üstü hekim grubu, diğer yaş gruplarına göre kronik periodontitis varlığında hastalarını daha sıklıkla uzmana yönlendirmektedir.

5. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin tamamına yakın bir kısmı, hastalarına oral hijyen eğitimi vermektedir.

6. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin büyük bir kısmı, periodontal cerrahi tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmektedir. Merkez ilçelerde çalışan hekimler periodontal cerrahi tedavi için daha fazla yönlendirmektedirler. En sık olarak mukogingival problemler, gingival büyüme ve periodontal apse varlığında hastalar yönlendirilmektedir. Kadın hekimler erkek hekimlere göre dişeti çekilmesi ve mukogingival problemler varlığında hastalarını daha fazla yönlendirmektedirler.

Yönlendirilen hastalara ise en sık flep cerrahisi, kemik greftleme ve kök kapatma işlemleri uygulanmaktadır.

7. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin kendi kliniklerinde en fazla uyguladıkları işlemler, gingivektomi ve kron boyu uzatma işlemleridir.

8. Serbest çalışan genel diş hekimleri periodontal tedavi sonrasında, dişeti kanamasının durmasını ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzamasını beklemektedir.

9. Serbest çalışan genel diş hekimlerin büyük bir kısmı idame tedavisi için hastalarını geri çağırılmaktadır, geri çağırma süresi ise sıklıkla tedaviyi takiben 3 ay sonradır.

10. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin tamamı, periodontal tedavi sonrasında hastalığın tekrarlama sebebinin hasta kaynaklı faktörlere bağlı olduğunu düşünmektedir.

11. Serbest çalışan genel diş hekimlerinin büyük bir kısmı için, periodontal tedavinin maliyet ve etkinliği hastalar için kabul edilebilir durumdadır.

Araştırmamız, Ankara merkez ve perifer ilçelerindeki serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedavi için hastalarını bir uzmana yönlendirme eğilimlerinin, farklı parametrelerle değerlendirildiği ilk çalışmadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha kapsamlı değerlendirmelerin yapılabilmesi için, araştırmanın tasarımında bazı düzenlemelere gidilebilir. Bu düzenlemelerin şu şekilde olması önerilmektedir:

1. Günümüzde diş hekimlerinin tek başına olmaktansa, poliklinik düzeni tercih ettikleri görülmektedir. Bu nedenle aynı ortamı paylaşan her kategorideki diş hekimi de araştırma kapsamına alınarak, örneklem grubu genişletilebilir.

2. Araştırmaya periodontologlar dahil edilebilir. Böylece genel diş hekimleri ve periodontologlar arasında karşılaştırmalı olarak değerlendirmeler yapılarak, periodontal tedavi için yönlendirme süreci daha net anlaşılabilir.

3. Araştırma kapsamına hastalardan tedavi süreci ile ilgili alınan geri bildirimler dahil edilebilir. Böylece periodontal tedavi süresince hastaların yaşadığı durumlar, tedaviden beklentileri, yönlendirme sürecindeki algıları gibi birçok değişken incelenebilir.

4. 2014 itibariyle tüm diş hekimliği fakültelerinin eğitim programlarına bir ortak dilin oluşması için yerleştirilen DUÇEP ile acil tedavi, ön tanı, tanı, tanı-tedavi, koruyucu uygulamalar ve rehabilitasyon tanımlarına göre, mezun diş hekimlerinin yapmaları gereken periodontal uygulamalar bu kriterler ile değerlendirilebilir. Gelecekte yapılması planlanan araştırmalar, çalışma grupları için karşılaştırılabilir.

ÖZET

Özel Muayenehanelerde Çalışan Genel Diş Hekimlerinin Periodontal Tanı, Tedavi Ve Yönlendirme Yaklaşımları

Çalışmamızın amacı, serbest çalışan genel diş hekimlerinin periodontal tedaviye karşı davranış biçimi ve algısının değerlendirilmesi, hekimlerin hastalarını hangi durumlarda ve aşamalarda periodontoloğa yönlendirdiklerinin belirlenmesidir. Çalışmamıza katılan diş hekimleri, cinsiyet (kadın/erkek), yaş (35 yaş altı/36-45 yaş/46 yaş üstü) ve çalışılan ilçe (merkez/perifer) olmak üzere 3 ana başlık altında gruplandırılarak, gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirilmiştir. Buna göre muayenehaneleri Ankara ili merkez (n=121) ve perifer (n=50) ilçelerinde yer alan toplam 171 genel diş hekimi, araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma bir anket çalışması olup, toplamda 17 sorudan oluşmaktadır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiş, gruplar arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Çalışmamızda serbest çalışan genel diş hekimlerinin çoğunluğunun kliniklerinde temel periodontal aletleri bulunmaktadır. İlk ağız muayenesi sırasında en fazla 35-44 yaş grubundaki hekimler olmak üzere hekimlerin çoğunluğu hastalarına periodontal muayeneyi yapmaktadır. Hekimlerin büyük bir kısmı, periodontal kayıt veya indeks almamaktadır. İlk muayenede en sık bakılan kayıt cep derinliği olup, en sık panoramik radyograflardan yararlanılmaktadır. Hekimlerin büyük bir kısmı, Faz I tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmemektedir. Yönlendirme en sık agresif periodontitis ve ANUG hastalarında yapılmaktadır. 46 yaş üstü hekim grubu, diğer yaş gruplarına göre kronik periodontitis varlığında hastalarını daha sıklıkla uzmana yönlendirmektedir. Hekimlerin tamamına yakını, hastalarına oral hijyen eğitimi vermektedir. Merkez ilçelerde çalışan hekimler daha fazla olmakla birlikte, hekimlerin büyük bir kısmı, periodontal cerrahi tedavi için hastalarını periodontoloğa yönlendirmektedir. En sık mukogingival problemler, gingival büyüme ve periodontal apse varlığında hastalar yönlendirilmektedir. Kadın hekimler erkek hekimlere göre dişeti çekilmesi ve mukogingival problemler varlığında hastalarını daha fazla yönlendirmektedirler. Yönlendirilen hastalara en sık flep cerrahisi, kemik greftleme ve kök kapatma işlemleri uygulanmaktadır. Hekimlerin kliniklerinde en fazla uyguladıkları işlemler, gingivektomi ve kron boyu uzatma işlemleridir. Hekimler periodontal tedavi sonrasında, dişeti kanamasının durmasını ve dişlerin ağızda kalış süresinin uzamasını beklemektedir. Hekimlerin büyük bir kısmı sıklıkla 3 ay sonra olmakla birlikte, idame tedavisi için hastalarını

geri çağırılmaktadır. Hekimlerin tamamı, periodontal tedavi sonrasında hastalığın tekrarlama sebebinin hasta kaynaklı faktörlere bağlı olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin büyük bir kısmı için, periodontal tedavinin maliyet ve etkinliği hastalar için kabul edilebilir durumdadır.

Anahtar sözcükler: Anket, özel mauiyenehane, periodontal tedavi, yönlendirme.



SUMMARY

Periodontal Diagnosis, Treatment And Referral Approaches Of General Dentists In Private Practice

The aim of our study was to evaluate the behavior and perception of general dental practitioners against periodontal treatment and to determine the conditions and stages in which dentists refer patients to periodontologists. Dentists who participated in our study were grouped under 3 main categories as gender (female / male), age (under 35 years/36-45 years /over 46 years) and district (central/periphery) studied and the differences between the groups were evaluated. Accordingly, a total of 171 general dentists whose offices were located in the central (n=121) and peripheral (n=50) districts of Ankara were included in the study. The study consists of a total of 17 questions. The data obtained from the study were analyzed with SPSS 21 package program and Chi-square analysis was applied while examining the relationships between the groups. In our study, the majority of general dentists have basic periodontal instruments in their clinics. During the first oral examination, the majority of dentists, especially dentists in the 35-44 age group, perform periodontal examinations for their patients. Most dentists do not receive periodontal recordings or indexes. In first examination, the most commonly used index is pocket depth and radiographic method is panoramic radiographs. Most dentists do not refer their patients to the periodontologist for Phase I treatment. Referral to periodontologist is most commonly performed in patients with aggressive periodontitis and ANUG. Dentists over 46 years of age refer their patients to specialists more frequently in the presence of chronic periodontitis than other age groups. Almost all general dental practitioners provide oral hygiene education to their patients. Although the majority of general dental practitioners refer their patients to the periodontologist for periodontal surgical treatment, most of them are in the central district group. The most commonly referred patients have mucogingival problems, gingival hypertrophy and periodontal abscess. Female dentists refer their patients more than male dentists in the presence of gingival recession and mucogingival problems. Flap surgery, bone grafting and root closure are the most common procedures. The most common procedures performed by dentists in their clinics are gingivectomy and crown lengthening procedures. After periodontal treatment, dentists expect to stop the bleeding on probing and increase the survival time of the teeth. The majority of dentists often recall their patients for maintenance therapy, often after 3 months. All dentists think that the cause of recurrence after periodontal treatment depends on patient-related factors. For the majority of

general dental practitioners, the cost and effectiveness of periodontal treatment is acceptable to patients.

Key words: Periodontal therapy, private practice, referral, survey



KAYNAKLAR

- ACHARYA S (2008). Oral health related quality of life and its associated factors in an Indian adult population. *Oral Health Preventive Dent*, **6**: 175-184.
- AÇIKGÖZ G, AÇIKGÖZ A, DEVRİM İ, AS A, AKGÜNLÜ A (1996). Karadeniz bölgesindeki serbest diş hekimlerinin periodontal tedaviye olan yaklaşımları. *GÜ Diş Hek Fak Der*, **8**(1): 53-55.
- AINAMO J, BARMES D, BEAGRIE G, CUTRESS T, MARTIN J, SARDO-INFIRRI J (1982). Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J*, **32**(3): 281-91.
- AKAR Ç (2014). Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin strateji değerlendirmesi. Ankara. *Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları*.
- AKESSON L, ROHLIN M, HAKANSSON J (1989). Marjinal bone in periodontal disease: an evaluation of image quality in panoramic and intra-oral radiography. *Dentomaxillofacial Radiology*, **18**: 105-12.
- AKPINAR A, TOKER H, ÇALIŞIR M (2012). Periodontoloji kliniğine başvuran hastalarda periodontal durum ve sistemik hastalıkların değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Dent J*, **2**(15): 93-100.
- ALBANDAR JM, BROWN LJ, LOE H (1997). Clinical features of early-onset periodontitis. *The Journal of the American Dental Association*, **128**(10): 1393-1399.
- AL SHAYEB KN, TURNER W, GILAM DG (2014). Periodontal probing: a review. *Prim Dent J*, **3**(3): 25-9.
- AMERICAN ACADEMY of PERIODONTOLOGY (2000). Parameter on periodontal maintenance. *J Periodontol*, **71**(5): 849-850.
- ARMITAGE GC (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, **4**(1): 1-6.
- ARMITAGE GC (2010). Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, **53**: 70-88.
- ATİLLA G (2009). Periodontal hastalıklarda enfeksiyon kontrolü: Hangi sistemik antibiyotik niçin ve ne zaman. *Diş Hekimliği Dergisi*, 44-48.
- AXELSSON P, NYSTROM B, LINDHE J (2004). The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*, **31**: 749-757.

- AYERS KM, THOMSON WM, RICH AM, NEWTON JT (2008). Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent*, **36**(5): 343-50.
- BAEHNI P, THILO B, CHAPUIS B, PERNET D (1992). Effects of ultrasonic and sonic scalers on dental plaque microflora in vitro and in vivo. *J. Clin. Periodontol*, **19**: 455-459.
- BAELUM V, PAPAPANOU PN (1996). CPITN and the epidemiology of periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol*, **24**: 367-368.
- BAILIT HL, SILVERSIN B (1981). Oral health behavior research: Review and new directions. *J. Behavioral Medicine*, **4**: 243-379.
- BAŞ T, YETKİN Z, BOZKURT FY (2005). Isparta ve Burdur'da çalışan serbest diş hekimlerinin klinik periodontal bilgileri üzerine bir anket çalışması. *SDÜ Tıp Fak. Derg*, **12**(1): 17-26.
- BECK J, GARCIA R, HEISS G, VOKONAS PS, OFFENBACHER S (1996). Periodontal disease and cardiovascular disease. *Journal of Periodontology*, **67**(10s): 1123-1137.
- BENNADI D, REDDY CVK (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, **3**(1) :1-6.
- BETOF N, SALKIN LM, FERRIS RT (1985). Why general dentists refer patients to periodontists. *J Dent Pract Adm*, **2**: 106-110.
- BOBETSIS Y, BARROS S, OFFENBACHER S (2006). Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. *Journal of American Dental Association*, **137**: 7-13.
- BOSTANCI V, DEVELİOĞLU AH, ÇINAR Z (2008). Sivas il merkezi özel ve devlet okullarındaki 12-17 yaş grubu öğrencilerin periodontal tedavi gereksiniminin ve dolgu ihtiyaçlarının karşılaştırılması. *Cumhuriyet Dental Journal*, **11**(2): 101-107.
- BOUMA J, SCHAUB RMH, VAN DEL POEL F (1985). Periodontal status and total tooth extraction in a medium-sized city in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **13**(6): 323-327.
- BRKIC Z, PAVLIC V (2017). Periodontology-the historical outline from ancient times until the 20th century. *Vojnosanit Pregl*, **74**(2): 193-199.
- BROOK I (2003). Microbiology and management of periodontal infections. *General Dentistry*, **51**: 424-428.
- BROWN L, OLIVER R, LOE H (1990). Evaluating periodontal status of US employed adults. *J Am Dent Assoc*, **121**: 226-232.

- BROWN L, LOE H (2000). Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontol 2000*, **2**: 57-71.
- CARRANZA FA, KLOKKEVOLD PR, TAKEI HH, NEWMAN MG (2012). Carranza's Clinical Periodontology. Elsevier St. Louis, Missouri, 11th Ed.
- CATO EP, MOORE LVH, MOORE WEC (1985). *Fusobacterium alocis* sp.nov. and *Fusobacterium sulci* sp.nov. from the humangingival sulcus. *International Journal of Systematic Bacteriology*, **35**: 475-477.
- CEGALA DJ, MARINELLI T, POST D (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*, **9**: 57-64.
- CHARLES CJ, CHARLES AH (1994). Periodontal screening and recording. *J Calif Dent Assoc*, **22**(2): 43-46.
- CHECCHI L, MONTEVECCHI M, GATTO MR, TROMBELLI L (2002). Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. *Journal of Clinic Periodontol*, **29**: 651-656.
- CHESTNUTT IG, KINANE DF (1997). Factors influencing the diagnosis and management of periodontal disease by general dental practitioners. *Br Dent J*, **183**(9): 319-24.
- CLAFFEY N, POLYZOIS I, ZAIKA P (2004). An overview of nonsurgical and surgical therapy. *Periodontology 2000*, **36**: 35-44.
- COBB CM, CARRARA A, EL-ANNAN E (2003). Periodontal referral patterns, 1980 versus 2000: A preliminary study. *J Periodontol*, **74**: 1470-1474.
- COBB CM, CALLAN DP (2005). Flash point in periodontics: Patient referral. *Triage* **1**: 12-16.
- COHEN LK, JAGO JD (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, **6**: 681-98.
- COHEN RE (2003). Periodontal maintenance. Position paper of the American Academy of Periodontology. *Journal of Periodontology*, **74**: 1395-1401.
- COSTA FO, SANTUCHI CC, LAGES EJP, COTA LOM, CORTELLI SC, CORTELLI JR, LORENTZ TCM, COSTA JE (2012). Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between academic and private practices. *J Periodontol*, **83**: 301-311.
- DALY CG, MARSHALL RI, LAZARUS R (2000). Australian dentists' views on toothbrush wear and renewal. *Aust. Dent. J*, **45**: 254-256.
- DARBY IB, ANGKASA F, DUONG C, HO D, LEGUDI S, PHAM K, WLSH A (2005). Factors influencing the diagnosis and treatment of periodontal disease by dental practitioners in Victoria. *Australian Dental Journal*, **50**(1): 37-41.

- DE OLIVEIRA C, WATT R, HAMER M (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*, **340**: 1-6
- DEAS DE, MORITZ AJ, SAGUN RS JR, GRUWELL SF, POWELL CA (2016). Scaling and root planning vs. conservative surgery in the treatment of chronic periodontitis. *Periodontol 2000*, **71**(1): 128-39.
- DEMLING A, DEMLING C., SCHWESTKA-POLLY R, STIESCH M, HEUER W (2009). Influence of lingual orthodontic therapy on microbial parameters and periodontal status in adults. *European Journal of Orthodontics*, **31**: 638-642.
- DEMMER R, DESVARIEUX M (2006). Periodontal infections and cardiovascular disease: the heart of the matter. *Journal of American Dental Association*, **137**: 14-20.
- DEPPE H, HOHLWEG-MAJERT B, HOLZLE F, SCHNEIDER KT, WAGENPFEIL S (2010). Pilot study for periodontal treatment and pregnancy outcome: a clinical prospective study. *Quintessence International*, **41**: 101-110.
- DİŞ HEKİMLİĞİ DEKANLARI, EĞİTİM VE ARAŞTIRMA ALT KURULU (2016). Mezuniyet öncesi diş hekimliği eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı (DUÇEP), 18 Nisan 2016.
- DOCKTER KM, WILLIMS KB, BRAY KS, COBB CM (2006). Relationship between prereferral periodontal care and periodontal status at time of referral. *J Periodontol*, **77**: 1708-1716.
- DOUGLAS CW, VALACHOVIC RW, WIJESINHA A, CHAUNCEY HH, KAPUR KK, MCNEIL BJ (1986). Clinical efficacy of dental radiography in the detection of dental caries and periodontal diseases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, **62**: 330-9.
- DOWELL P, CHAPPLE IL (2002). British Society of Periodontology. The British Society of Periodontology referral policy and parameters of care. *Dent Update*, **29**(7): 352-3.
- EICKHOLZ P, KALTSCHMITT J, BERBIG J, REITMEIR P, PRETZL B (2008). Tooth loss after active periodontal therapy. 1: Patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *Journal of Clinic Periodontology*, **35**: 165-174.
- ERAMO S, DELFINO D, CONFALONI M, DE CAROLIS C (2014). The 1562 De dentibus by Girolamo Cardano. *Acta Medico-Historica Adriatica*, **12**(1): 27-76.
- ERCAN E, UYSAL C, UZUN C, YILMAZ M (2015). Periodontal examination profiles and treatment approaches of a group pf Turkish general dentists. *Oral Health Prev Dent*, **13**:275-280.

- EREN G, BECERİK S (2016). Diş hekimliği fakültesine başvuran hastalarda periodontal durum ve ağız bakımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *İstanbul Medical Journal*, **17**: 94-9.
- ERTUĞRUL AS, DİKİLİTAŞ A, TALMAÇ AC, ŞAHİN-AYDINYURT H (2014). Diş mobilite tedavisinde güçlendirilmiş polietilen fibriler şerit kullanımının diş eti oluşu sıvıdaki HBD-1 miktarı üzerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **24**(2): 163-169.
- FARDAL O (2006). Interviews and assessments of returning non-compliant periodontal maintenance patients. *Journal of Clinic Periodontology*, **33**: 216-222.
- FARDAL O, JOHANNESSEN AC, LINDEN GJ (2004). Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *J Clin Periodontol*, **31**(7): 550-5.
- FARDAL O, LINDEN GJ (2005). Re-treatment profiles during long-term maintenance in a periodontal practice in Norway. *Journal of Clinic Periodontology*, **32**: 744-749.
- FARDAL O, LINDEN G (2010). Long-term outcomes for cross arch stabilizing bridges in periodontal maintenance patients-a retrospective study. *Journal Clin Periodontology*, **37**: 299-304.
- FEIDER LL, MITCHELL P, BRIDGES E (2010). Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *American Journal of Critical Care*, **19**(2): 175-183.
- FORNER L, LARSEN T, KILIAN M, HOLMSTRUP P (2006). Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *Journal of Clinic Periodontology*, **33**: 401-407.
- FOULDS G, SHEPARD, RM, JOHNSON RB (1990). The pharmacokinetics of azithromycin in human serum and tissues. *J. Antimicrob. Chemother*, **25**: 73-82.
- GERBO LR, LACEFIELD WR, BARNES CM, RUSSELL CM (1993). Enamel roughness after air – powder polishing. *American Journal of Dentology*, **6**: 96-98.
- GHIABI E, WEERASINGHE S (2011). The periodontal examination profile of general dentists in Nova Scotia, Canada. *J Periodontol*, **82**: 33-40.
- GIFT HC (1988). Awareness and assessment of periodontal problems among dentists and the public. *International Dentology J*, **38**: 147-153.
- GLICKSMAN MA (2001). Referral of the periodontal patient to the periodontist. *Periodontol 2000*, **25**: 110-113.

- GOKALP S, DOGAN BG, TEKCIÇEK M, BERBEROĞLU A, UNLUER S (2010). National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dental Health*, **10**:1-6.
- GOLDMAN HM (1946). Gingivectomy; indications, contraindications, and method. *Am J Orthod Oral Surg*, **32**: 323-326.
- GOODSON JM (1994). Antimicrobial strategies for treatment of periodontal diseases. *Periodontology 2000*, **5**: 142-168.
- GOTTLOW J, NYMAN S, LINDHE J, KARRING T, WENNSTROM J (1986). New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. Case reports. *J Clin Periodontol*, **13**(6): 604-616.
- GÖKTÜRK Ö, GÖKTÜRK H (2014). Amasya ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran hastaların endodontik ve periodontal tedavi gereksinimlerine göre araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **24**(3): 360-366.
- GRAZIANI F, KARAPETSA D, MARDAS N, LEOW N, DONOS N (2018). Surgical treatment of the residual periodontal pocket. *Periodontol 2000*, **76**(1): 150-163.
- HAFFAJEE AD, CUGINI MA, DIBART S, SMITH C, KENT RL, JR, SOCRANSKY SS (1997). The effect of SRP on the clinical and microbiological parameters of periodontal diseases. *J Clin Periodontol*, **24**: 32-34.
- HAUGEJORDEN O., KLOCK KS, TROVIK TA (2003). Incidence and predictors of self-reported tooth loss in a representative sample of Norwegian adults. *Community Dent. Oral Epidemiol*, **31**: 261-268.
- HAYAKAWA H, FUJINAMI K, IDA A, FURUSAWA M, NIKAIDO M, YAMASHITA S, SAITO A (2012). Clinical outcome of surgical periodontal therapy: A short term retrospective study. *Bull Tokyo Dent Coll*, **53**(4): 189-195.
- HAYES MJ, SOLOMON ES (1995). Gender and the transition into practice. *J Dent Educ*, **59**(8): 836-40.
- HERRERA D, MATESANZ P, MARTINEZ A, SANZ M (2012). Local and systemic antimicrobial therapy in periodontics. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, **12**: 50-60.
- HERSH EV, MOORE PA (2008). Adverse drug interactions in dentistry. *Periodontology 2000*, **46**: 109-142.
- HICKMAN J, MILLETT DT, SANDER L, BROWN E, LOVE J (2002). Powered vs manual tooth brushing in fixed appliance patients: a short term randomized clinical trial. *The Angle Orthodontist*, **72**(2): 135-140.

- HOLMLUND A, HOLM G, LIND L (2010). Number of teeth as a predictor of cardiovascular mortality in a cohort of 7,674 subjects followed for 12 years. *Journal of Periodontology*, **81**: 870-876.
- HOLTZHAUSEN T (1981). Patient motivation. *Dental Hygiene*, **5**: 43-46.
- HORNER K, HIRSCHMANN PN (1990). Dose reduction in dental radiography. *Journal of Dentistry*, **18**: 171-84.
- HOUSE DR, FRY CL, BROWN LJ (2004). The economic impact of dentistry. *Journal of American Dental Association*, **135**: 347-352.
- HSU SP, LIAO CS, LI CY, CHIOU AF (2011). The effects of different oral care protocols on mucosal change in orally intubated patients from an intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, **20**(7-8): 1044-1053.
- JEFFCOAT M (1993). When to treat: When to refer. *Int Dent J*, **43**(1): 185-191.
- KAUR T, UPPOOR A, NAIK D (2015). Parkinson's disease and periodontitis-the missing link? A review. *Gerodontology*, **4**(33): 434-438.
- KETTLE G, LAWSON A (1946). An outline of gingivectomy. *Queens Med Mag*, **39**: 42-44.
- KIM TS, OBST C, ZEHACZEK S, GEENEN C (2008). Detection of bone loss with different X-ray techniques in periodontal patients. *J Periodontol*, **54**(1):27-43.
- KINCHEN KS, COOPER LA, LEVINE D, WANG NY, POWE NR (2004). Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. *Ann Fam Med*, **2**(3): 245-252.
- KIZILDAĞ A, ARABACI T, DOĞANAY E (2015). Kombine endodontik-periodontal lezyonun tedavisinde trombositten zengin fibrin kullanımının klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi: olgu sunumu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**(1): 17-19.
- LANGE DE (1988). The practical approach to improved oral hygiene. *Int Dent J*, **38**(3): 152-62.
- LANNING SK, BEST AM, HUNT RJ (2007). Periodontal services rendered by general practitioners. *J Periodontol*, **78**(5): 823-832.
- LEAKE JL, PORTER J, LEWIS DW (1993). A macroeconomic review of dentistry in 1980s. *J Can Dent Assoc*, **59**(3): 281-4.
- LEE JH, BENETT DE, RICHARDS PS (2008). Periodontal referral patterns of general dentists: Lessons for dental education. *Journal of Dental Education*, **73**(2): 199-210.

- LI X, KOLLTVEIT K, TRONSTAD L, OLSEN I (2000). Systemic diseases caused by oral infection. *Clinic Microbiology Reviews*, **13**(4): 547-558.
- LIM LP, DAVIES WI, YUEN KW, MA MH (1996). Comparison of modes of oral hygiene instruction in improving gingival health. *J Clin Periodontol*, **23**(7): 693-7.
- LINDEN GJ (1998). Variation in periodontal referral by general dental practitioners. *J Clin Periodontol*, **25**: 655-661.
- LINDEN GJ, STEVENSON M, BURKE FJ (1999). Variation in periodontal referral in 2 regions in the UK. *Journal of Clinically Periodontol*, **26**: 590-595.
- LOCKER D (2004). Oral health and quality of life. *Oral Health Prev. Dent*, **2**: 247-253.
- LÖE H, BROWN LJ (1991). Early onset periodontitis in the United States of America. *Journal of periodontology*, **62**(10): 608-616.
- LYNCH CD, O' SULLIVAN VR, MCGILLYCUDDY CT (2006). Pierre Fauchard: the father of modern dentistry. *British dental journal*, **201**(12): 779-781.
- MALI A, MALI R, MEHTA H (2008). Perception of general dental practitioners toward periodontal treatment: A survey. *Journal of Indian Society of Periodontology*, **12**(1): 4-7.
- MARIN C, SEGURA-EGEA JJ, MARTÍNEZ-SAHUQUILLO A, BULLÓN P (2005). Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status. *Journal of Clinical Periodontology*, **32**: 299-304.
- MATTHEWS D (2010). Weak evidence to support benefit of periodontal maintenance therapy in prevention of tooth loss. *Evidence Based Dentistry*, **11**: 75-76.
- MATULIENE G, PJETURSSON BE, SALVI GE, SCHMIDLIN K, BRAGGER U, ZWAHLEN M, LANG NP (2008). Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *Journal of Clinically Periodontol*, **35**: 685-695.
- MEALEY B (2006). Periodontal disease and diabetes: A two-way street. *Journal of American Dental Association*, **137**: 26-31.
- MEŞELİ SE, KURU B, KURU L (2015). Başlangıç sondalama derinliği ile mekanik periodontal tedavi sonrası rezidüel cep oranı arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (MÜSBED)*, **1**(1): 15-20.
- MILLER PD JR (1988). Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery. Mucogingival surgery. *Dent Clin North Am*, **32**(2): 287-306.

- MYNORS-WALLIS J, DAVIS DM (2004). An assessment of the oral health knowledge and recall after a dental talk amongst nurses working with elderly patients: A pilot study. *Gerodontology*, **21**:201-204.
- NAGASAWA T, NODA M, KATAGIRI S, TAKAICHI M, TAKAHASHI Y, WARA-ASWAPATI N, KOBAYASHI H, OHARA S, KAWAGUCHI Y, TAGAMI T, FURUICHI Y, IZUMI Y (2010). Relationship between periodontitis and diabetes-importance of a clinical study to prove the vicious cycle. *Internal Medicine*, **49**: 881-885.
- NAITO M, YUASA H, NOMURA Y, NAKAYAMA T, HAMAJIMA N, HANADA N (2006). Oral health status and health related quality of life: a systematic review. *Journal of Oral Science*, **48**: 1-7.
- NOBLE J (2009). Point of care. *JCDA.*, **75**: 441-3.
- NORD CE, HEIMDAHL A (1990). Cardiovascular infections: bacterial endocarditis of oral origin. Pathogenesis and prophylaxis. *Journal of Clinically Periodontology*, **17**: 494-496.
- OFFENBACHER S (1996). Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol*, **1**(1): 821-878.
- OLIVER RC, HEUER SB (1995). Dental practice patterns. II: Treatment related to oral health status. *Gen Dent*, **43**: 170-175.
- ÖZALP Ö, TEZERİŞENER HA, KOCABALKAN B, BÜYÜKKAPLAN UŞ, ÖZARSLAN MM, ŞİMŞEK KAYA G, ALTAY MA, SİNDEL A (2018). Comparing the precision of panoramic and cone-beam computed tomography in avoiding anatomical structures critical to dental implant surgery: A retrospective study. *Imaging Science in Dentistry*, **48**: 269-75.
- ÖZER M, TÜRKOĞLU O, KÖSE T, ATILLA G (2007). Periodontal tedavi görmüş hastaların ağız bakımı alışkanlıklarında meydana gelen değişiklikler. *Ege Üniversitesi Dişhek Fak Derg*, **28**: 193-99.
- PAPAPANOU PN (1996). Peiodontal diseaes: epidemiology. *Annals of Peiodontology*, **1**: 1-36.
- PARK CH, THOMAS MV, BRANSCUM AJ, HARRISON E, AL-SABBAGH M (2011). Factors influencing the periodontal referral process. *J Periodontol*, **82**: 1288-1294.
- PATEL AB, MATTHEWS DC, GHIABI E (2016). Practice profile of periodontists in Canada: A national survey. *J Can Dent Assoc*, **82**:5.
- PAZOS P, LEIRA Y, DOMINGUEZ C, PIAS-PELETEIRO JM, BLANCO J, ALDREY JM (2018). Association between periodontal disease and dementia: A literature review. *Neurologia*, **33**(9): 602-613.

- PEPELASSI EA, DIAMANTI-KIPIOTI A (1997). Selection of the most accurate method of conventional radiography for the assessment of conventional radiography for the assessment of periodontal osseous destruction. *Journal of Clinical Periodontology*, **24**: 557-67.
- PERSSON RE, TZANNETOU S, FELOUTZIS AG, BRÄGGER U, PERSSON GR, LANG NP (2003). Comparison between panoramic and intra-oral radiographs for the assessment of alveolar bone levels in a periodontal maintenance population. *J Clin Periodontol*, **30**:833-839.
- PETERSEN PE, BOURGEOIS D, OGAWA H, ESTUPINAN-DAY S, NDIAYE C (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Org*, **83**(9): 661-669.
- PITIPHAT W, JOSHIPURA KJ, GILLMAN MW, WILLIAMS PL, DOUGLASS CW, RICH-EDWARDS JW (2008). Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, **36**: 3-11.
- PRESHAW PM, HEASMAN PA (2005). Periodontal maintenance in a specialist periodontal clinic and in general dental practice. *Journal of Clinical Periodontology*, **32**: 280-286.
- PRIYADA C, NAYAR BR (2017). History of periodontology-an overview. *Journal of the Society of Periodontists and Implantologists of Kerala*, **9**(1): 12-18.
- RAJKUMAR GC, PALLAVI SK (2011). Professional practice among woman dentist. *J Int Soc Prev Community*, **1**(1): 14-19.
- RAKOTO-ALSON S, TENENBAUM H, DAVIDEAU JL (2010). Periodontal diseases, preterm births, and low birth weight: findings from a homogeneous cohort of women in Madagascar. *Journal of Periodontology*, **81**: 205-13.
- RAMFJORD SP, NISSE RR (1974). The modified widman flap. *J Periodontol*, **45**(8): 601-607.
- RATHOD S, KHAN F, ARUNA G (2013). Centuries of periodontics. *Journal of Interdisciplinary Dental Sciences*, **2**(1): 17-19.
- RAVALD N, JOHANSSON CS (2012). Tooth loss in periodontally treated patients: a long-term study of periodontal disease and root caries. *Journal of Clinically Periodontology*, **39**: 73-79.
- RESCALA B, ROSALEM W, TELES RP, FISCHER RG, HAFFAJEE AD, SOCRANSKY SS, GUSTAFSSON A, FIGUEREDO CM (2010). Immunological and microbiological profiles of chronic and aggressive periodontitis subjects. *Journal of Clinically Periodontology*, **81**: 1-11.
- RESEARCH SJ (2004). Science and therapy committee. Systemic antibiotics in periodontics. *Journal of Periodontal*, **75**: 1553-1565.

- ROBERTS MC (2002). Antibiotic toxicity, interactions and resistance development. *Journal of Periodontology* 2000, **28**: 280-297.
- ROSÉN B, OLAVI G, BADERSTEN A, RÖNSTRÖM A, SÖDERHOLM G, EGELBERG J (1999). Effect of different frequencies of preventive maintenance. treatment on periodontal conditions. 5-year observations in general dentistry patients. *Journal of Clinic Periodontology*, **26**: 225-233.
- ROULET JF, ROULET-MEHRENS TK (1982). The surface roughness of restorative materials and dental tissues after polishing with prophylaxis and polishing pastes. *Journal of Clinically Periodontology*, **53**: 257-266.
- ROSHNA T, NANDAKUMAR K (2012). Generalized aggressive periodontitis and its treatment options: case reports and review of the literature. *Case reports in medicine*, **8**: 535-546.
- SAITO A, OTA K, HOSAKA Y, AKAMATSU M, HAYAKAWA H, FUKAYA C, IDA A, FUJINAMI K, SUGITO H, NAKAGAWA T (2011). Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: A pilot study. *Journal of Clinic Periodontology*, **38**: 1115-1121.
- SCHMIDT EF, BRETZ WA (2007). Benefits of additional courses of systemic azithromycin in periodontal disease case report. *N.Y. State Dent. Journal*, **73**:40-45.
- SEYMOUR GJ, FORD PJ, CULLINAN MP, LEISHMAN S, YAMAZAKI K (2007). Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clinic Microbiol Infection*, **13**(4): 3-10.
- SEYMOUR RA, HOGG SD (2008). Antibiotics and chemoprophylaxis. *Periodontol* 2000, **46**: 80-108.
- SHKLAR G, CHERNIN D (2000). Eustachio and" Libellus de dentibus" the first book devoted to the structure and function of the teeth. *American Academy of the History of Dentistry*, **1**(48): 25-30.
- SHOOLBREAD JW, WOHLGEMUTH B (1989). A survey of the use of microcomputers in general dental practice in Scotland. *Br. Dent. Journal*, **166**: 267-268.
- SHUGARS DA, BADER JD (1995). Practice parameters in dentistry: where do we stand? *J Am Dent Assoc*, **126**(8): 1134-43.
- SHUMAKER ND, METCALF BT, TOSCANO NT, HOLTZCLAW DJ (2009). Periodontal and periimplant maintenance: A critical factor in long-term treatment success. *Compend Contin Educ Dent*, **30**: 388-390.
- SILNESS J, LÖE H (1963). Periodontal disease in pregnancy. *Acta Odontologica Scandinavica*, **21**: 533-551.

- SILNESS J, LÖE H (1964). Periodontal disease in pregnancy II. correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, **22**: 121-135.
- SLOTS J (2012). Low-cost periodontal therapy. *Periodontology 2000*, **60**: 110-137.
- SNOAD R (2005). Description of a system designed to assist primary dental care clinicians in decision-making with regard to specialist periodontal referrals and report of two clinical audits using the system. *Prim Dent Care*, **12**(4): 135-41.
- SOCRANSKY SS, HAFFAJEE AD (1997). The nature of periodontal diseases. *Ann Periodontol*, **2**(1): 3-10.
- SPENCER AJ, LEWIS JM (1989). The provision of periodontal services in general dental practice in Australia. *Community Dental Health*, **6**: 337-347.
- STABHOLZ A, SOSKOLNE WA, SHAPIRA L (2010). Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, **53**: 138-153.
- STARR CB, COLLINS JF (1999). Determining when to refer periodontal patients- Clinical guidelines. *Gen Dent*, **47**: 381-384.
- STAWINSKA N, KOCHANOWSKA I, ZIETEK M (2009). A new specific and useful tool in differential diagnosis of periodontitis. *Journal of Physiology and Pharmacology*, **60**(8): 73-75.
- STEELE, JG, SANDERS AE, SLADE GD, ALLEN PF, LAHTI S, NUTTALL N, SPENCER AJ (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentology Oral Epidemiology*, **32**: 107-114.
- SUOMALAİNEN A, PAKBAZNEJAD ESMAEİLİ E, ROBINSON S (2015). Dentomaxillofacial imaging with panoramic views and cone beam CT. *Insights Imaging*, **6**: 1-16.
- SYRJANEN J, PELTOLA J, VALTONEN V, IIVANAINEN M, KASTE M, HUTTUNEN JK (1989). Dental infections in association with cerebral infarction in young and middle-aged men. *Journal of Internal Medicine*, **225**: 179-184.
- ŞAHİN S, SAYGUN I, ENHOŞ Ş, AKYOL M, ALTUĞ A, TEKBAŞ ÖF (2009). Eğitim düzeyinin genç erişkin erkeklerde ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*, **26**(3): 133.
- TESHOME A, YİTAYEH A (2016). Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. *Pan African Medical Journal*, **24**(1): 215.

- TOMSON PL (2002). An audit on periodontal assessment in general dental practice. *Dental Update*, **29**: 354-359.
- TONETTI MS, STEFFEN P, MULLER-CAMPANILE V, SUVAN J, LANG NP (2000). Initial extractions and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care. *J Clin Periodontol*, **27**: 824-831.
- TOZUM TF, KEÇELİ HG, SERPER A, TUNCEL B. (2006). Intentional replantation for a periodontally involved hopeless incisor by using autologous platelet-rich plasma. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathology Oral Radiology Endod*, **101**: 119-124.
- TROVATO JP (2002). The role of the general dentist in periodontal care. *General dentistry*, **51**(2): 176-81.
- TUGNAIT A, CLEREHUGH V, HIRSCHMANN PN (2000). The usefulness of radiographs in diagnosis and management of periodontal diseases: a review. *Journal of Dentistry*, **28**: 219-26.
- TUGNAIT A, CLEREHUGH V, HIRSCHMANN PN (2004). Use of the basic periodontal examination and radiographs in the assessment of periodontal diseases in general dental practice. *Journal of Dentistry*, **32**: 17-25.
- VANOBERGEN J, DECLERCK D, MWALILI S, MARTENS L (2004). The effectiveness of a 6-year oral health education programme for primary schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiology*, **32**: 173-182.
- WENNSTRÖM J, LINDHE J (2015). Periodontal surgery: access therapy. In: Lang P, Lindhe J, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 6th Ed. West Sussex: Wiley Blackwell; p.:767-868.
- WILLIAMS CE, DAVENPORT ES, STERNE JA, SIVAPATHASUNDRAM V, FEARNE JM, CURTIS MA (2000). Mechanisms of risk in low birth weight infants. *Periodontology*, **23**: 142-150.
- WILLIAMS KA, MITHANI S, SADEGHI G, PALOMO L (2018). Effectiveness of oral hygiene instructions given in computer-assisted format versus a self-care instructor. *Dent J (Basel)*, **6**(1):2.
- WITTAKER CJ, KLIER CM, KOLENBRANDER PE (1996). Mechanisms of adhesion by oral bacteria. *Annual Review of Microbiology*, **50**: 513-522.
- XU R, ZENG G, WANG S, TAO H, REN L, ZHANG Z, LI D (2016). Periodontitis promotes the diabetic development of obese rat via miR-147 induced classical macrophage activation. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, **83**: 892-897.
- ZEMANOVICH MR (2006). Demographic variables affecting patient referrals from general practice dentists to periodontists. *Journal of Periodontol Research*, **77**: 341-349.

EKLER

Ek 1: Anket

1. İsim:

2. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek ☐

Kadın ☐

3. Yaşınız hangi aralıktadır?

25 altı ☐

26-35 ☐

36-45 ☐

46-55 ☐

55 üstü ☐

4. Hangi ilçede çalışmaktasınız?

A. Merkez ilçe

B. Perifer ilçe

a. Yenimahalle

a. Kızılcahamam

j. Nallıhan

b. Keçiören

b. Çubuk

k. Bala

c. Çankaya

c. Polatlı

l. Beypazarı

d. Altındağ

d. Kazan

m. Çamlıdere

e. Gölbaşı

e. Elmadağ

n. Evren

f. Mamak

f. Ayaş

o. Güdül

g. Pursaklar

g. Akyurt

p. Haymana

h. Etimesgut

h. Kalecik

i. Sincan

i. Şereflikoçhisar

5. Hangi fakülteden mezun oldunuz?

6. Ayda ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?

a) 20'den az

b) 20-50 arası

c) 50-100 arası

d) 100'den fazla

7. Kliniğinizde hangi periodontal aletler var?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Periodontal sond | ☐ |
| Kretuvar | ☐ |
| Periodontal küret | ☐ |
| Gingivektomi bıçakları | ☐ |
| Ultrasonik Scaler | ☐ |
| Yumuşak doku lazeri | ☐ |

8. Her hastanıza ilk muayenesinde periodontal muayene yapıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

A. Eğer cevabınız evetse

a) Periodontal kayıt ya da indeks alıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

i) Eğer cevap evetse hangi indeksleri alıyorsunuz?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Plak indeksi | ☐ |
| Gingival indeks | ☐ |
| CPITN | ☐ |
| Cep derinliği | ☐ |
| Mobilite | ☐ |
| BOP | ☐ |
| Klinik ataşman kaybı | ☐ |

b) Periodontal muayene için hangi tip radyografları kullanıyorsunuz?

- | | |
|------------|--------------------------|
| Periapikal | ☐ |
| Panoramik | ☐ |
| Tomografi | ☐ |

9. Hastalarınızı periodontoloğa sevk ediyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

a) Eğer cevabınız evetse hangi periodontal hastalıklarda periodontologa yönlendiriyorsunuz?

Gingivitis ☐

Kronik periodontitis ☐

Periodontal apse ☐

Agresif periodontitis ☐

ANUG ☐

10. Hastalarına oral hijyen eğitimi veriyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

a) Eğer cevabınız evetse oral hijyen eğitimini ne şekilde veriyorsunuz?

Model üzerinde göstererek ☐

Poster ve diğer görseller göstererek ☐

Klinikte hastaya uygun şekilde fırçalatarak ☐

Fırçalama ile ilgili broşürler vererek ☐

11. Kendinizi fırça, ara yüz temizlik araçları, ağız çalkalama suları gibi konularda hangi kaynaklardan yararlanarak güncelliyorsunuz?

Reklamlar ☐

Repesantlar ☐

Güncel yayınlar ve makaleler ☐

Kongre ve bilimsel aktiviteler ☐

12. Hastalarınızı periodontal cerrahi tedavi için periodontoloğa sevk ediyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

A. Eğer cevabınız evetse;

a) Hastalarınızda hangi belirti ve bulgularla periodontoloğa sevk etme gereksinimi duyuyorsunuz?

Dişeti kanaması ☐

Periodontal cep varlığı ☐

Mobil dişler ☐

Gingival büyüme ☐

Periodontal apse varlığı ☐

Dişeti çekilmesi ☐

Diğer mukogingival problemler ☐

b) Periodontoloğa yönlendirdiğiniz hastalara en sık yapılan uygulama nedir?

Flep cerrahisi ☐

Gingivektomi/gingivoplasti ☐

Kemik greftlerme/YDR ☐

Kron boyu uzatma ☐

Frenektomi/vestibuloplasti ☐

Kök kapatma işlemleri ☐

İmplantlar ☐

13. Hangi cerrahi periodontal tedaviyi kliniğinizde kendiniz uyguluyorsunuz?

Gingivektomi ☐

Flep cerrahisi ☐

Kron boyu uzatma ☐

Frenektomi/vestibuloplasti ☐

Kret Ogmentasyonu ☐

14. Periodontal tedavi sonuçları hakkında genel olarak beklentileriniz nelerdir?

- a) Kanamanın durması ☐
- b) Cebin eliminasyonu ☐
- c) Mobilitenin azalması ☐
- d) Dişlerin ağızda kalış süresinin uzaması ☐
- e) Kök kapanması ☐
- f) Tekrarlama ☐

15. Hastalarınızı periodontal tedavi sonrası idame tedavisi için geri çağırıyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

A. Eğer cevabınız evetse geri çağırma zamanı

- a) 1 ay sonra
- b) 3 ay sonra
- c) 6 ay sonra
- d) Tekrarlama görülürse

16. Sizce periodontal hastalığın tedavisinden sonra tekrarlanma nedenleri nelerdir?

- a) Hasta ile ilgili faktörler (idamenin ve bilincin eksik olması) ☐
- b) Periodontologlar ile ilgili faktörleri (beceri ve zaman eksikliği) ☐
- c) Genel diş hekimleri ile ilgili faktörler (beceri, motivasyon ve zaman eksikliği) ☐

17. Periodontal tedavi için maliyeti ve etkinliği kıyaslandığınızda düşünceleriniz nelerdir?

- a) Tüm ağız rehabilitasyonu düşünüldüğünde maliyet ve etkinlik hastalar için kabul edilebilir.
- b) Tedavinin etkinliği düşünüldüğünde maliyeti çok fazladır.

Bu anket çalışmasından elde edilen verilerin bilimsel olarak kullanılmasına ve yayınlanmasına onay veriyorum.

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

1-Bireysel Bilgiler

Adı : İbrahim Çağrı
Soyadı : Özcelebi
Doğum Yeri ve Tarihi : Safranbolu / 01.08.1985
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
İletişim Adresi : Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Beşevler/ANKARA
Telefonu : 05322550576
Elektronik Posta : ozcelebicagri@gmail.com

2-Eğitim Bilgileri

2009-2019 : Ankara Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, ANKARA
2003-2019 : Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, ANKARA
1996-2003 : Çankaya Milli Piyango Anadolu Lisesi, ANKARA
1993-1996 : İsmail Erez İlköğretim Okulu
1992-1993 : Safranbolu Bağlar İlköğretim Okulu
Yabancı Dil : İngilizce

3- Ünvanı

Diş Hekimi / 2009

4- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Diş Hekimliği Birliği
- Türk Periodontoloji Derneği
- PIEG / Planmed Implantoloji Educational Group
- AIM Academy

5- Bilimsel Etkinlikler

Çelik H, Özçelebi Ç. A multidiciplinary approach to traumatized anterior teeth. Case Report. 16th Congress of the Balkan Stomatological Society, Bükreş 2011.

Arpak N, Özçelebi Ç, Günaydın Ç, Öztürk B, Tartıcı M, Alaylı, M. A multidiciplinary approach fot treatment of congenital missing teeth.Case Report. 4th Annual International Symposium of Advanced Protocols in Oral Implantology Antalya 2012.

Özçelebi Ç, Tartıcı M. Papillae reconstruction with single tooth immediatre implant placement and immediate loading. 5th Annual International Symposium of Advanced Protocols in Oral Implantology Antalya 2013.