



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**UZMANLIK
TEZİ**

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES DÜZEYİ VE
ORAL HİJYEN TUTUMLARININ BİRLİKTE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BÜŞRA BELDAĞ

PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

TEMMUZ 2021



**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES
DÜZEYİ VE ORAL HİJYEN TUTUMLARININ BİRLİKTE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Büşra BELDAĞ

**UZMANLIK TEZİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

Temmuz 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Büşra BELDAĞ

01/07/2021

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES DÜZEYİ VE ORAL HİJYEN TUTUMLARININ BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

BÜŞRA BELDAĞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Temmuz 2021

ÖZET

Covid-19 pandemisinde salgınla ilgili bilinmezlikler, bireylerin kendileri ve yakınlarının sağlığıyla ilgili kaygıları ve alınan izolasyon önlemlerinin sosyal desteği azaltması, bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi hem periodontal hastalıklar için risk oluşturmakta hem de koruyucu sağlık davranışlarına uyumu bozabilmektedir. Covid-19 pandemisinin ruhsal etkilerini değerlendirmeyi, bu süreçteki ağız hijyeni tutumlarını ve ağız hijyeni tutumları ile demografik ve psikolojik ilişkileri araştırmayı amaçladığımız çalışmamızda; 75 kadın, 75 erkek toplam 150 birey çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Anket soruları; demografik özellikler, anamnez soruları, oral hijyen tutumlarına ilişkin sorular ve ruhsal durumu değerlendirmek için DASS-21 ölçeği olmak üzere, toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 11.5 programı ile analiz edilmiş, kategoriler arasındaki farklılıklar Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi ile, değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare ve Fisher-exact testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca değişkenlere ait risk faktörleri Tek ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon analizleri ile belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin %40,7'sinde en az hafif düzey anksiyete, %28,7'sinde en az hafif düzey depresyon ve %19,3'ünde en az hafif düzey stres bulguları gözlenmiştir. Çalışmamızda kadın olmak, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, düşük gelir düzeyi, daha genç yaş ve eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığı ruhsal bozukluklar için risk faktörüdür. Çalışmamıza katılan bireylerin %34'ü günde 2 kez ve üzeri; %14,7'si ise 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır. %10'u da diş ipi kullanmaktadır. Bulgularımız önceki çalışmalarda bildirilenlere göre daha düşük düzeydedir. Çalışmamızda diş fırçalama sıklığı, diş fırçalama süresi ve diş ipi kullanımı ile ilişkili bulunan faktörler: Cinsiyet, eğitim düzeyi, eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığı, DASS-21 anksiyete, depresyon ve stres alt ölçekleri, sigara kullanımı, sağlık çalışanı olmak, gelir düzeyi ve medeni durumdur. Çalışmamıza katılan bireylerin %36'sı diş ve diş eti sağlığını zayıf olarak değerlendirmiştir. Bireysel diş ve diş eti sağlığı algısı, sistemik hastalık varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bireylerin %77,4'ü 6 aydan kısa sürede diş fırçası değiştirmektedir. Diş fırçası değiştirme sıklığı ise eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Bilim Kodu :1048
Anahtar Kelimeler : Covid-19, oral hijyen, DASS-21
Sayfa Adedi : 96
Danışman : Prof. Dr. Mehmet YALIM

ASSESSMENT OF DEPRESSION-ANXIETY-STRESS LEVEL AND ORAL HYGIENE
ATTITUDES IN THE PROCESS OF COVID-19 PANDEMIA

(Speciality Thesis)

Büşra BELDAĞ

GAZİ UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY

July 2021

ABSTRACT

Adverse effects on mental health both pose a risk for periodontal diseases and may disrupt compliance with preventive health behaviors. In our study, in which we aimed to evaluate the mental effects of the Covid-19 pandemic, to investigate the oral hygiene attitudes and oral hygiene attitudes in this process, as well as the demographic and psychological relationships; A total of 150 individuals, 75 women, 75 men, were included in the study. Our study is a cross-sectional, descriptive questionnaire study. Survey questions; It consists of a total of 23 questions, including demographic characteristics, anamnesis questions, questions about oral hygiene attitudes, and the DASS-21 scale to evaluate mental state. The data obtained from the study were analyzed with the SPSS 11.5 program, the differences between the categories were evaluated with the Mann-Whitney U and Kruskal Wallis H test, and the relationships between the variables were evaluated with the Chi-square and Fisher-exact tests. In addition, risk factors for variables were determined by Univariate and Multivariate Logistic Regression analysis. 40.7% of the individuals participating in our study had at least mild level of anxiety, 28.7% had at least mild depression and 19.3% had at least mild stress findings. Being a woman, being single, not having children, low income level, younger age and presence of comorbid psychiatric illness are risk factors for mental disorders. 34% of the individuals participating in our study 2 times a day or more; 14.7% of them brush their teeth in more than 2 minutes. 10% of them use dental floss. Our findings are lower than those reported in previous studies. Factors associated with tooth brushing frequency, tooth brushing duration and flossing use in our study: Gender, education level, presence of concomitant psychiatric disease, DASS-21 anxiety, depression and stress subscales, smoking, being a healthcare worker, income level and marital status. is the case. 36% of the individuals participating in our study evaluated their dental and gingival health as poor. Perception of individual dental and gingival health was associated with the presence of systemic disease. 77.4% of the individuals participating in our study change their toothbrush in less than 6 months. The frequency of toothbrush replacement was found to be associated with education level.

Science Code : 1048
Key Words : Covid-19, oral hygiene, DASS-21
Page Number : 96
Advisor : Prof. Dr. Mehmet YALIM

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleğe ve hayata dair değerli tecrübeleriyle bana her konuda yol gösteren, ilgisi ve desteğiyle uzmanlık eğitimimi en iyi şekilde almamı sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Mehmet Yalım'a,

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve yardımlarını eksik etmeyen hocalarım Prof. Dr. Deniz Çetiner, Doç. Dr. Ahu Uraz, Doç. Dr. Burcu Özdemir ve Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve tecrübeleriyle beni yetiştiren değerli hocalarım Prof. Dr. Yaşar Aykaç, Prof. Dr. Murat Akkaya ve Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Asistanlığım boyunca bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Dt. Alican Baran, Dt. Özkan Özkoçer, Uzm. Dt. Başak Karasu başta olmak üzere birlikte çalışma şansı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve bölüm personellerimize,

Hayatım boyunca bana hep destek olan, emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Koronavirüsler.....	5
2.2. Yeni Tip Koronavirüs Hastalıkları.....	5
2.2.1. Şiddetli akut solunum sendromu (SARS).....	5
2.2.2. Orta doğu solunum sendromu (MERS).....	6
2.2.3. Covid-19 (Koronavirüs Hastalığı-2019).....	6
2.3. Periodontal Dokular	12
2.3.1. Diş eti.....	13
2.3.2. Periodontal ligament.....	14
2.3.3. Sement	14
2.3.4. Alveol kemiği	14
2.4. Periodontal Hastalıklar	14
2.4.1. Gingivitis	15
2.4.2. Periodontitis.....	17
2.4.3. Periodontal hastalık risk belirleyicileri.....	18
2.5. Ağız Hijyeni Uygulamaları	19

	Sayfa
2.5.1. Diş fırçalama.....	20
2.5.2. Diş macunları.....	21
2.5.3. Ara yüz temizliği	21
2.6. Depresyon-Anksiyete-Stres.....	22
2.6.1. Stres	22
2.6.2. Depresyon.....	22
2.6.3. Anksiyete	22
2.6.4. Depresyon-anksiyete-stres ölçümünde sıklıkla kullanılan ölçekler	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Hasta Seçimi.....	25
3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri	25
3.1.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri.....	25
3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler	25
3.2.1. Demografik özelliklerin yer aldığı soru formu	26
3.2.2. Ağız hijyeni tutumlarının yer aldığı soru formu.....	26
3.2.3. Anamnez formu.....	26
3.2.4. Depresyon-anksiyete-stres ölçeği (DASS-21).....	26
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	27
4. BULGULAR	29
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Bulguları.....	29
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Ağız Hijyenine Ait Bulgular	30
4.3. Anamnez Bulguları	31
4.4. DASS-21 Ölçeği Bulguları.....	31
4.5. Ağız Hijyeni ile İlişkili Bulgular.....	32
4.5.1. Diş fırçalama sıklığı ile ilişkili bulgular	32
4.5.2. Diş ipi kullanımı ile ilişkili bulgular.....	35

	Sayfa
4.5.3. Diş fırçalama süresi ile ilişkili bulgular.....	40
4.5.4. “Size göre diş ve diş eti sağlığınız nasıl?” sorusu ile ilişkili bulgular.....	43
4.5.5. Diş fırçası değiştirme sıklığı ile ilişkili bulgular	44
4.6. DASS-21 Alt Ölçekleri ile İlişkili Bulgular.....	46
4.6.1. DASS-21 Anksiyete düzeyi ile ilişkili bulgular	46
4.6.2. DASS-21 Depresyon düzeyi ile ilişkili bulgular	48
4.6.3. DASS-21 Stres düzeyi ile ilişkili bulgular	52
4.7. DASS-21 Anksiyete Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları.....	55
4.8. DASS-21 Depresyon Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları.....	55
4.8.1. DASS-21 depresyon alt ölçeği için çok değişkenli risk analizi bulguları	56
4.9. DASS-21 Stres Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları	57
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	85
EK-1. Etik Kurul Onayı	86
EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	90
EK-3. Anket Formu.....	92
ÖZGEÇMİŞ	96

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Covid-19 ile enfekte hastaların başvuru nedenleri	10
Çizelge 2.2. Komorbid hastalık- CFR ilişkisi	11
Çizelge 2.3. Olası/kesin covid-19 hastalarında antiviral tedavi önerileri	12
Çizelge 2.4. Gingivitis aşamaları	16
Çizelge 2.5. DASS-21 skorları ve alt ölçek düzeyleri	24
Çizelge 4.1. Demografik özelliklere ait bulgular	29
Çizelge 4.2. Ağız hijyenine ait bulgular	31
Çizelge 4.3. Anamnez bulguları.....	31
Çizelge 4.4. Diş fırçalama sıklığına ait bulgular.....	33
Çizelge 4.5. Diş ipi kullanımına ait bulgular	35
Çizelge 4.6. Diş fırçalama süresine ait bulgular	40
Çizelge 4.7. Bireysel algılanan diş ve diş eti sağlığı bulguları	43
Çizelge 4.8. Diş fırçası değiştirme sıklığı bulguları	44
Çizelge 4.9. DASS-21 Anksiyete düzeyi bulguları	46
Çizelge 4.10. DASS-21 Depresyon düzeyi bulguları	48
Çizelge 4.11. DASS-21 stres düzeyi bulguları	52
Çizelge 4.12. DASS-21 Anksiyete alt ölçeği risk bulguları	55
Çizelge 4.13. DASS-21 Depresyon alt ölçeği risk bulguları	56
Çizelge 4.14. DASS-21 Depresyon alt ölçeği için çok değişkenli risk bulguları	56
Çizelge 4.15. DASS-21 Stres alt ölçeği risk bulguları.....	57

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. DASS-21 ölçeği bulguları.....	32
Şekil 4.2. Diş fırçalama sıklığı ile cinsiyet ilişkisi.....	34
Şekil 4.3. Diş fırçalama sıklığı ile günlük sigara kullanımı ilişkisi	34
Şekil 4.4. Diş fırçalama sıklığı ile sağlık çalışanı olma ilişkisi	35
Şekil 4.5. Diş ipi kullanımı ile DASS-21 anksiyete ilişkisi.....	37
Şekil 4.6. Diş ipi kullanımı ile DASS-21 depresyon ilişkisi	37
Şekil 4.7. Diş ipi kullanımı ile DASS-21stres ilişkisi.....	38
Şekil 4.8. Diş ipi kullanımı ile gelir düzeyi ilişkisi.....	38
Şekil 4.9. Diş ipi kullanımı ile medeni durum ilişkisi	39
Şekil 4.10. Yaş için diş ipi kullanımının dağılımı	39
Şekil 4.11. Diş fırçalama süresi ile cinsiyet ilişkisi	41
Şekil 4.12. Diş fırçalama süresi ile eğitim düzeyi ilişkisi.....	42
Şekil 4.13. Diş fırçalama süresi ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi.....	42
Şekil 4.14. “Size göre diş ve dişeti sağlığınız nasıl” sorusuna verilen yanıt ile sistemik hastalık ilişkisi	44
Şekil 4.15. Diş fırçası değiştirme sıklığı ile eğitim düzeyi ilişkisi	46
Şekil 4.16. DASS-21 anksiyete ile gelir düzeyi ilişkisi	47
Şekil 4.17. DASS-21 anksiyete ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi.....	48
Şekil 4.18. DASS-21 depresyon ile medeni durum ilişkisi	50
Şekil 4.19. DASS-21 depresyon ile gelir düzeyi ilişkisi.....	50
Şekil 4.20. DASS-21 depresyon ile çocuk varlığı ilişkisi.....	51
Şekil 4.21. DASS-21 depresyon ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi.....	51
Şekil 4.22. DASS-21 depresyon ile yaş ilişkisi	52
Şekil 4.23. DASS-21 stres ile gelir düzeyi ilişkisi.....	54
Şekil 4.24. DASS-21 stres ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi.....	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

ppm

Parts Per Million

Kısaltmalar

Açıklamalar

A.a

Aggregatibacter actinomycetemcomitans

ACE2

Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2

ADA

Amerikan Diş Hekimleri Birliği

ALT

Alanin Aminotransferaz

ARDS

Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

AST

Aspartat Aminotransferaz

BAÖ

Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ

Beck Depresyon Ölçeği

CDC

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

CFR

Vaka-Ölüm Oranı

CK

Kreatin Kinaz

COVID-19

Korona Virüs Hastalığı 2019

DASS

Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası

DKÖ/SKÖ

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

ELİSA

Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay

Ig

İmmünglobulin

IL-1 β

İnterlökin1beta

MERS

Orta Doğu Solunum Sendromu

NUG

Nekrotizan Ülseratif Gingivitis

OTD

Tat ve Koku Bozukluğu

P.gingivalis

Porphyromonas gingivalis

Kısaltmalar**Açıklamalar****PMN**

Polimorfonükleer Lökositler

rRT PCR

Reverse Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu

SARS

Şiddetli Akut Solunum Sendromu

SARS CoV-2

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

T.forsythia

Tannerella forsythia

 α -CoV

Alfa Coronavirus

 β -CoV

Beta Coronavirus



1. GİRİŞ

Salgın hastalıklar, insanoğlunun tarih boyunca karşılaştığı en büyük doğal felâketlerden biri olmuştur [1]. Bunun en önemli örneklerinden biri ise ciddi nüfus kayıpları ile dünya tarihinde “en ölümcül salgın” olarak bilinen “Kara Veba” salgınıdır [2].

Hastalık etkeni mikroorganizmaların vücuda girip çoğalmasına “bulaşma (enfeksiyon)”, hastalık tablosu oluşturmaya ise “bulaşıcı hastalık (enfeksiyon hastalığı)” adı verilmektedir [1]. Bu hastalıklar çeşitli bulaşma yollarıyla insanlarda büyüklük ve yayılım oranına göre dört şekilde salgın hastalıklara neden olmaktadır. Bunların ilki olan “endemi”, belirli bir topluluk veya bölgede çok sayıda kişide görülen salgın hastalıktır. Endemilerin daha yaygın hale gelerek farklı bölgelerde de görülmesi “salgın”, tüm ülkeyi etkisi altına alan salgınlara “epidemi”, farklı ülke ve kıtalar arası yayılım gösteren epidemilere ise “pandemi” adı verilmektedir [3].

21. yüzyılda görülen salgınların başında 2003 yılında Asya’da başlayan SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu), 2009 yılında İnfluenza, 2012-2013 yılları arasında Orta Doğu’da MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu) ve 2014 yılında Batı Afrika’da başlayan Ebola virüs salgınları gelmektedir. Bu salgınlar üç kıtaya da yayılarak pandemilere yol açmış, çok sayıda can kaybına ve ekonomik zararlara neden olmuştur [4].

Çağımızda en son görülen pandemi ise 2019 yılının Aralık ayında Çin’in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır [5]. İnsanlarda pnömonilere neden olan virüs, SARS etkeni virüsle yapısal benzerlikte bulunması sebebiyle “SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)” olarak isimlendirilmiştir. Virüsün neden olduğu hastalık ise “Koronavirüs hastalığı-2019 (Covid-19)” olarak tanımlanmış ve kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alarak 11 Mart 2020’de pandemi ilan edilmiştir [6].

Doğal afetler, salgınlar gibi travmatik olaylar toplumsal ve siyasi etkilerin yanı sıra ruh sağlığı üzerinde de ciddi bireysel psikolojik etkilere neden olmaktadır. İnsanların güvenlik hissini azaltabilmekte, ölüm gerçeği ile sıkça yüzleşmek psikolojik ve mental sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olmakta ve bu etkilerin sonuçları çok daha uzun sürmektedir [7].

Ayrıca, sosyal izolasyon ve ev karantinaları hastalığı önlemek açısından her ne kadar önemli ve gerekli olsa da psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlamakta ve psikolojik tedavide büyük önem arz eden sosyal desteği engellemektedir [8]. Bu nedenle Covid-19 salgınının anksiyete ve depresif bozukluklar üzerindeki etkisini incelemenin önemi yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır [9, 10].

SARS salgını sırasında hastalığı geçirip iyileşen bireyler üzerinde 1 ay sonra 195 yetişkin katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerde %10-%18 oranında travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon bulguları gözlenmiş, ayrıca cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklere göre semptomların şiddetinde farklılık görüldüğü bildirilmiştir [11].

Covid-19 pandemisinde de salgınla ilgili süreç ve tedaviye ilişkin bilinmezlikler, bireylerin kendileri ve yakınlarının sağlığıyla ilgili kaygıları, salgının neden olduğu olumsuz sonuçlara ilişkin bilgilere sürekli maruz kalma ve sosyal izolasyonun getirdiği yalnızlık hissi bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir [12].

Covid-19'un pandemi süresi boyunca ve ötesinde toplumlarda ruhsal bozuklukların yaygınlığında artışa neden olması beklenmekte ve halkın ruh sağlığına yönelik müdahalelere ihtiyaç olduğu bildirilmektedir. Bu hizmetlere duyulan ihtiyacın artacağı, pandeminin neden olduğu psikososyal sorunların salgın sürecinin farklı zaman noktalarında ve farklı toplumlar üzerindeki etkisine yönelik sistematik bilgilerin önemi ve gerekliliği çok sayıda çalışmada vurgulanmış [13-15], bu konudaki çalışmalar da pandemi süreci içinde popülerlik kazanmıştır.

Salgının başlarında Çin'de yapılan bir araştırmada, katılımcıların %16,5'i orta ila şiddetli depresif semptomlar, %28,8'i orta ila şiddetli anksiyete semptomları ve %8,1'i orta ila şiddetli stres seviyeleri olmak üzere, salgının ilk ortaya çıktığı bölgede bulunan bireylerin %53,8'i üzerinde salgının, orta ila şiddetli psikolojik etkileri olduğu bildirilmiştir [14].

Covid-19 salgının başlangıcından 1 ay sonra salgının ilk ortaya çıktığı ve en çok etkilendiği Wuhan şehrinde 285 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, travma sonrası stres belirtilerinin görülme sıklığı %7 olarak belirlenmiştir [16].

Üniversite öğrencilerinde salgının anksiyete üzerine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, öğrencilerin %0,9’unda şiddetli derecede anksiyete, %2,7’sinde orta düzeyde, %21,3’ünde de hafif düzeyde anksiyete geliştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, aile bireyleriyle birlikte ikamet etmenin, düzenli ekonomik gelire sahip olmanın ve kentsel alanda yaşamanın anksiyete düzeyini azaltan etkenler olduğu bulunmuştur [17].

Covid-19 pandemisi sırasında anksiyete ve depresyon belirtileri cinsiyet, meslek ve eğitim düzeyine göre de farklılık göstermiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınlarda erkeklere göre anksiyete riskinin 3,01 kat daha fazla olduğu, 40 yaş üzeri bireylerde 40 yaş altı bireylere göre riskin 0,4 kat arttığı belirlenmiştir. Ayrıca lisans mezunlarında lisans üstü mezunu bireylere göre depresyon riskinin 0,39 kat arttığı bildirilmiştir.[18].

Stres ve depresyon; bireylerde sağlıksız beslenme, sigara içme ve ağız hijyenini ihmal etme gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen davranışları artırabilmektedir. [19]. Ayrıca, periodontal doku yıkımına sebep olan IL-1 β (İnterlökin-1 β) düzeylerinin dişeti oluşu sıvısında artışına neden olmaktadır. Bu durumun hem periodontal hastalıkların temel etiyolojik faktörü olan dental plak birikiminde artışa neden olduğu, hem de plak birikimi ve stresin; IL1- β düzeylerini daha da artırarak periodontal hastalık riskini artırdığı, periodonsiyumun inflamatuvar yıkıma direncini azalttığı yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır [19-21].

Pandemilerde bireylerin sergilediği davranış modelleri ve korunmaya yönelik tutumları incelenerek, toplumun ağız sağlığı ve genel sağlığına yönelik riskler belirlenmektedir [22]. Covid-19 pandemisinde yapılan çok sayıda çalışma hastalığın sonuçlarına ve bireylerin sağlığa yönelik davranışsal tepkilerine odaklanmaktadır [22]. Ancak bireylerin bu süreçteki ağız sağlığına yönelik davranışlarıyla ilgili literatürde bildiğimiz kadarıyla yok denecek kadar az çalışma bulunmaktadır.

Özellikle dental tedavilerin sadece acil ve zorunlu işlemlerle kısıtlandığı bu süreçte ve sonrasında; dental ve periodontal hastalıkların artması veya mevcut hastalıkların ağırlaşması, hasta yığılmalarında artış potansiyeli, daha kapsamlı tedavi gereksinimleri veya tedavi maliyetlerinin artması gibi muhtemel sorunlar nedeniyle ağız hijyeni uygulamaları bu süreçte ve sonrasında oldukça önem arz etmektedir [23].

Ayrıca Covid-19 damlacık ve aerosollerle yayılmaktadır. Hastalığı bulunan bireylerden ortama dağılan damlacıkların; eller, nazal mukoza ve göz mukozası ile teması diğer bireyleri de enfekte etmektedir [24]. Covid-19'un tespitinde alt ve üst solunum yolu örnekleri alınmakta ve yapılan çalışmalarda oral hijyen yeterince sağlanmadığında viral nükleik asitler ağız boşluğunda birikerek viral yükü artırmakta ve hastalığın şiddetini artırabilmektedir [25]. Ayrıca toplanan örneklerdeki viral nükleik asitler enfeksiyöz olmasa bile testlerde tespit edilmeye devam edebilmektedir [26].

Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı, bireylerin pandemi sürecindeki depresyon, anksiyete, stres düzeylerini ve ilişkili olduğu sosyo demografik özellikleri belirlemektir. Ek olarak gerek pandemi süreci için gerek ağız sağlığı ve bu dönemdeki diş hekimliği hizmetleri için taşıdığı potansiyel riskler nedeniyle; pandemi dönemindeki ağız hijyeni uygulamalarının demografik özelliklere göre dağılımını belirlemek, pandemi sürecinin getirdiği ruhsal etkilerle ağız hijyeni tutumları arasındaki ilişkileri araştırmak amaçlanmaktadır.

Bu amaçla çalışmamızda demografik özellikleri ve ağız hijyeni tutumlarını belirlemek için anket soruları; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek için de DASS-21 ölçeği kullanılmıştır.

Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası (DASS); klinik ve klinik olmayan örneklemelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin aynı anda geçerli ve güvenilir olarak değerlendirildiği bir öz bildirim ölçeğidir [27]. İlk olarak 42 soruluk formu kullanılan ölçeğin daha sonra 21 soruluk formu "DASS-21" geliştirilmiştir [28]. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği de test edilip tüm ölçekler için onaylanmıştır [29].

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüsler

Koronavirüsler (CoV), Nidovirales takımının Coronaviridae ailesi Coronavirinae alt tipine aittir. Alfa, beta, gama ve delta olmak üzere dört tip koronavirüs tanımlanmıştır. Koronavirüsler zarflı, pozitif polariteli ribonükleik asit (RNA) virüsleridir. Koronavirüslerin elektron mikroskopunda zarflarında gözlenen büyük ve belirgin sivri, çubuksu uzantılara “korona (taç)” adı verilmektedir [30].

Yarasa, kemirgen ve kuşların koronavirüsler için rezervuar olduğu, ayrıca 4 tür koronavirüsten sadece Alfakoronavirüs (α -CoV)’lerin hafif ve Betakoronavirüs (β -CoV)’lerin ciddi olmak üzere, insanlarda solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu gösterilmiştir [31].

Viral membranda, transmembran matriks glikoproteini (M), başak glikoproteini (S) ve zarf proteini (E) bulunmaktadır. Virüsün konakçı hücrelere girişinde başak proteini esas rol almaktadır [32].

Koronavirüsler, uzun yıllar evcil hayvanlarda solunum yolu ve enteral enfeksiyon ajanları olarak tanımlanmıştır. İnsanlarda ise genellikle ağır olmayan üst solunum yolu enfeksiyonlarının %15’inden sorumlu olmuşlar, ancak 2003 yılından itibaren ilki SARS etkeni olan yeni koronavirüs türleri görülmeye başlamıştır [33].

2.2. Yeni Tip Koronavirüs Hastalıkları

2.2.1. Şiddetli akut solunum sendromu (SARS)

2003'te Çin'in Guangdong bölgesinde ortaya çıkan SARS salgını kısa sürede komşu ülkelere yayılarak yaklaşık % 10 ölüm oranına ve 8000 den fazla kişinin enfekte olmasına neden olmuştur [34].

SARS-CoV'un başak proteini anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2)'ye bağlanarak konak hücreye girmektedir [35]. ACE2'ye bağlanan SARS-CoV S proteini miktarı hastalığın prognozunu belirlemektedir [36, 37].

Hastalığın kuluçka süresi 2-10 gündür. Temel klinik belirtilerin 38°C'nin üzerinde ateş, baş dönmesi, baş ve boğaz ağrısı ile kuru öksürük olduğu bildirilmiştir. Hastalığın seyri asemptomatik vakalardan ARDS (akut solunum sıkıntısı sendromu), ciddi solunum yetmezliği ve ölüme kadar değişiklik göstermiştir [38].

Tedavide geniş spektrumlu antibiyotikler, glukokortikoidler, ribavirin ve interferonlar uygulanmıştır. Ayrıca gerekli durumlarda yoğun bakım servislerinde solunum desteği sağlanmıştır [39].

2.2.2. Orta doğu solunum sendromu (MERS)

MERS epidemisi 2012'de Suudi Arabistan' da başlamış ve 2494 vaka ile 858 ölüm rapor edilmiştir [40]. Etkeni olan Orta doğu solunum sendromu koronavirüsün (MERS-CoV), Betakoronavirüs türünde yer aldığı [41] ve hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı belirlenmiştir [42].

Hastalığın klinik özellikleri arasında titreme veya kasılma ile birlikte 38 °C ve üzeri ateş, myalji, halsizlik, nefes darlığı, öksürük, ishal, bulantı, kusma ve akut renal yetmezlik gibi semptomların olduğu belirlenmiştir. Laboratuvar bulguları ise nötrofillerde ve genel olarak beyaz kan hücrelerinde artış, lenfosit ve trombosit seviyelerinde azalma olarak bulunmuştur. Genel klinik özellikleri SARS ile benzerlik gösterse de MERS epidemisinin ölüm oranı % 34,7 olarak belirlenmiş ve SARS salgınından daha yüksek olmuştur [43].

Tedavide yaygın olarak interferonlar ile proteaz inhibitörü antiviraller kullanılmıştır [44].

2.2.3. Covid-19 (Koronavirüs Hastalığı-2019)

Epidemiyoloji

2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde yeni bir koronavirüs ortaya çıkmıştır [5]. Virüs SARS-CoV ile taksonomik benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Virüsün neden olduğu hastalık ise Covid-19 (Koronavirüs hastalığı 2019) olarak kabul edilmiştir [6].

Çin Ulusal Sağlık Komitesi tarafından 22 Ocak 2020 itibariyle 17 ölüm olduğu bildirilmiş, 25 Ocak 2020 tarihi itibariyle toplam 1975 vaka ve 56 ölüm raporlanmıştır. Ayrıca Tayland, Singapur, Malezya, Fransa, ABD gibi Çin dışındaki ülkelerde de 23 vaka doğrulanmıştır [45].

30 Ocak 2020'de Çin'de vaka sayısının 7734'e yükseldiği, ayrıca Tayvan, Vietnam, Malezya, Nepal, Kamboçya, Japonya, Singapur, Kore Cumhuriyeti gibi ülkelerde 90 vaka daha olduğu görülmüştür [46]. Salgın, DSÖ tarafından 11 Mart 2020 'de pandemi ilan edilmiştir [6].

Ülkemizde 10 Ocak 2020'de Covid-19 ile ilgili çalışmalara başlanmış ve ilk vaka 11 Mart 2020'de görülmüştür [47].

Covid-19'a bağlı ölümler genellikle ileri yaş veya hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalıkları ve diğer immünsüpresif durumların eşlik ettiği sistemik hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur [48].

Filo genetik analizler

Covid-19'un ilk olarak Çin'in Wuhan şehrindeki bir canlı hayvan pazarında bulunan insanlar arasında yaygın görülmesi ile rezervuar olarak zoonotik kaynak üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır [49]. Yapılan genomik sekans analizleri sonucunda SARS-CoV-2'nin %88 özdeşlikle iki yarası kaynaklı SARS-CoV benzeri koronavirüs olan Bat-SL-CoVZC45 ve Bat-SL-CoVZXC21 ile ilişkili olduğu bulunmuştur. SARS-CoV ile %80'den fazla özdeşlik olmakla birlikte farklı bir virüs olduğu belirlenmiştir. [50].

HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HKU1-CoV, SARS-CoV ve MERS-CoV olmak üzere insanları enfekte eden altı koronavirüs mevcuttur. Covid-19 bu grubun yedincisi olmuştur. Filogenetik analizler sonucunda 2019-nCoV'un Ortocoronavirinae ailesi, Betakoronavirüs türü, Sarbekovirüs alt türüne ait olduğu tespit edilmiştir [5]. Ancak SARS-CoV'dan çeşitli varyasyonlar göstermesine rağmen 2019-nCoV'un reseptör bağlanma alanı (RBD) dizisinin SARS-CoV'un ACE2 reseptörüne bağlanma alanı dizisi ile benzer şekilde olduğu homoloji modellemelerinde ortaya konulmuştur. Dolayısıyla Covid-19'un da SARS-CoV gibi akciğer epitelinde bulunan ACE2 reseptörüne bağlanarak konakçı hücrelere girdiği düşünülmektedir [51].

Bulaşma yolu ve süresi

Kişiler arası bulaşmadan damlacıklar ve aerosoller sorumlu tutulmuştur [52]. Öksürme, hapşırma veya konuşma esnasında Covid-19'lu bireylerden ortama dağılan damlacıklarda bulunan virüsün, direkt olarak solunması veya eller ile ağız, burun ve göz mukozasını kontamine etmesiyle hastalığın yayılmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle diğer bireylerle en az 2 metre sosyal mesafede durmak önerilmektedir [47]. Ayrıca son yapılan araştırmalarda oral-fekal bulaşın da mümkün olabileceği gösterilmiştir [53, 54].

Covid-19 ile enfekte olduğu doğrulanan hamile kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgular, hamile kadınlarda Covid-19 pnömonisinin klinik özelliklerinin Covid-19 pnömonisi geliştiren hamile olmayan yetişkin hastalar ile benzer olduğunu ve anneden bebeğe geçişin neden olduğu intrauterin enfeksiyona dair bir kanıt olmadığını göstermektedir [55].

Covid-19 semptomlarının başlaması ve ölüm arasındaki süre paylaşılan vaka raporları üzerinde yapılan çalışmalarda, 6-41 gün ortanca 14 gün olarak bulunmuştur. Bu süreyi etkileyen faktörler hasta yaşı ve bağışıklık sistemi olarak gözlenmiştir. 70 yaş üzeri bireylerde bu süre 70 yaş altı bireylerden daha kısa bulunmuştur [45].

Yapılan bir meta analiz çalışmasında da hastalığın inkübasyon periyodunun 4,8-6,8 ortanca 5,84 gün olduğu, genel inkübasyon süresinin ise 2-14 gün arasında değiştiği belirlenmiştir. [56].

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin, morbidite riski yüksek popülasyonu korumak ve virüsün yayılım hızını azaltmak için önerdiği önlemler [57]:

- Kalabalık ortamlardan uzak durmak,
- Kalabalık ve kapalı ortamlardan uzak durmak,
- Toplum içinde bulunulduğu zaman sosyal mesafeyi (1,5 metre) korumak,
- 2 yaş ve üzeri bireylerin halka açık alanda maske takması,
- Elleri sık sık sabun ve su ile yıkamak veya dezenfekte etmek.

Ülkemizde alınan önlemler

Ülkemizde ilk vaka, 11 Mart 2020’de bildirilmiştir [47]. TC. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Üyeleri’nin önerileri doğrultusunda ülkemizde çeşitli korunma önlemleri ve kısıtlamalar uygulanmıştır:

- Hastalık için asemptomatik taşıyıcı olma potansiyeli yüksek olan genç nüfusun evde kalmasını sağlamak amacıyla okullar tatil edilmiş ve evde izolasyon zorunlu tutulmuş,
- Hastalık için morbidite riski yüksek olan 65 yaş üstü bireylerin ve sistemik hastalığı olanların da evde izole kalmaları zorunlu tutulmuş,
- Esnek çalışma düzenlemeleri uygulanmış,
- Vakaların sık görüldüğü bölgelere seyahat yasakları getirilmiş,
Salgının seyrine göre çeşitli zaman dilimlerinde hafta sonları sokağa çıkma yasakları uygulanmış,
- Kamuya açık alanlarda sosyal mesafe ve maske takma kuralları zorunlu tutulmuştur [47].

Klinik ve radyolojik özellikler

Covid-19 pnömonisi olan 99 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalarda değişen oranlarda ateş, öksürük, nefes darlığı, kas ağrısı, konfüzyon, baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, göğüs ağrısı, ishal, mide bulantısı ve kusma bulguları görülmüştür. Radyografik incelemede ise 74 hastada bilateral pnömoni, 14 hastanın akciğer grafisinde çoklu düzensiz gölge görünümü ve buzlu cam opasitesi, 1 hastada pnömotoraks görülmüştür. 17 hastada tablo ağırlaşmış ve ARDS gelişmiştir. Bu 17 hastanın 11’i çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir [58] (çizelge 2.1.). Ayrıca hastanede yatan hipoksemi ve solunum güçlüğü artışı olan bazı vakaların radyografik görüntülerinde, akciğer üst lobunda infiltrasyonların olduğu izlenmiştir [59].

COVID-19’lu hastalarda klinik olarak hastalığın başlangıç bulgularından önce sıklıkla gelişen yeni bulguların koku ve tat bozuklukları olduğu bildirilmiştir [60]. Ayrıca konjunktivit semptomu görülen hastalardan yapılan oküler sürüntülerde de viral RNA gösterilmiştir [61].

Çizelge 2.1. Covid-19 ile enfekte hastaların başvuru nedenleri [58]

Klinik belirti ve bulgular	Hasta sayısı (%)
Ateş	82 (%83)
Öksürük	81 (%82)
Nefes darlığı	31(%31)
Kas ağrısı	11(%11)
Konfüzyon	9(%9)
Baş ağrısı	8(%8)
Boğaz ağrısı	5(%5)
Burun akıntısı	4(%4)
Göğüs ağrısı	2(%2)
İshal	2(%2)
Mide bulantısı ve kusma	1(%1)

Laboratuar tetkikleri

Hastaneye yatırılan COVID-19'lu hastalarda başvuru esnasında lenfositopeni, trombositopeni ve lökopeni görülmüş, çoğunda yüksek C-reaktif protein seviyeleri ile daha az yaygın olarak yüksek alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), kreatin kinaz (CK) ve d-dimer seviyeleri izlenmiştir. Hastalığın şiddetiyle birlikte laboratuar bulgularındaki değişim daha belirgin olmuştur [62].

Risk faktörleri

Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin yayınladığı doğrulanmış 44 000'in üzerinde vakada genel vaka-ölüm oranı (case fatality rate, CFR) %2,3 olarak açıklanmış, 9 yaş ve altı hasta grubunda ölüm gözlenmemiştir. Ancak yaşla birlikte CFR' de artış izlenmiştir. Önceden mevcut kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet, kronik solunum yolu hastalığı ve kanser gibi komorbid rahatsızlığı olanlarda da CFR' nin yükseldiği bildirilmiştir [48] (çizelge 2.2.).

Çizelge 2.2. Komorbid hastalık- CFR ilişkisi [48]

Sistemik hastalık	Vaka-ölüm oranı/CFR (%)
Kardiyovasküler hastalık	10,5
Hipertansiyon	6
Diyabet	7,3
Kronik solunum yolu hastalığı	6,3
Kanser	5,6

Tanı

Covid-19 vakalarının teşhisi için nazofaringeal sürüntülerde virüse ait RNA'nın özgül dizilerinin eş zamanlı olarak Reverse Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu (rRT-PCR) yöntemi kullanılmaktadır [63]. DSÖ, testin negatif sonuç vermesi durumunda özellikle klinik veya radyolojik olarak Covid-19 şüphesi yüksek bireylerde sadece üst solunum yolu örnekleri alınmış ise alt solunum yolu örneklerinin de alınmasını önermektedir [64].

Ayrıca doğrulamada IgM/IgG (İmmünglobulin M ve G) antikorlarının tespiti için ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) gibi serolojik testlerden faydalanılmaktadır [65].

Tedavi yöntemi

COVID-19'a özgü bir antiviral tedavi bulunmadığından mevcut tedaviler;

- Şiddetli enfeksiyon gelişen vakalara oksijen desteği sağlamak,
- Solunum yetmezliği gelişen hastalara mekanik ventilasyon desteği sağlamak ve
- Enfeksiyona bağlı septik şok durumunda hemodinamik desteği sağlamak gibi semptomatik tedaviler uygulanmaktadır [66].

Yapılan çalışmalarda çeşitli antiretroviraller (lopinavir, ritonavir, remdesivir gibi), antiparazitik ilaçlar (klorokin), antiinflamatuvarlar ve konvelesan plazma tedavileri uygulanmıştır [67-70].

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu, olası veya kesin tanı koyulmuş hastalara uygulanacak ilaç tedavisi protokolünü Covid-19 rehberinde yayınlamıştır [71] (Çizelge 2.3.).

Çizelge 2.3. Olası/kesin covid-19 hastalarında antiviral tedavi önerileri [71]

Tedavi türü	Ateşi olan kesin tanı Covid-19 hastalarında tedavi	Pnömonisi olan olası /kesin Covid-19 hastalarında tedavi	Günlük erişkin dozu, verilme yolu	Tedavi süresi (gün)
Hastalığın klinik şiddetine bakılmaksızın birincil tedavi	Oseltamivir tb 75 mg	Oseltamivir tb 75 mg	2x75 mg, oral	5 gün
	+ Hidroksiklorokin, 200 mg tablet	+ Hidroksiklorokin, 200 mg tablet	2x400 mg yükleme dozunu takiben, 2x200 mg tablet, oral	5 gün
Hekim kararına göre		Yukarıdakilere ilaveten ± Azitromisin	Birinci gün 500 mg tablet oral, Takip eden 4 gün 250 mg / gün	5 gün
Ağır seyirli hastalarda tedavi				
Favipravir 200 mg tablet			2 x 1600 mg yükleme, 2 x 600 mg idame	5- 7 gün
VEYA				
Lopinavir 200 mg/ritonavir 50 mg tablet			2x2 tablet, oral	10- 14 gün

2.3. Periodontal Dokular

Periodonsiyum, dişlerin fonksiyonunu sürdürebilmesi için gereken desteği sağlamakta, her biri konum, yapısal ve biyokimyasal özellik bakımından farklı olan dört ana bileşenden oluşmaktadır. Bu dokular [72]:

- Diş eti
- Periodontal ligament
- Sement
- Alveoler kemiktir.

Yapılan araştırmalar, periodontal bileşenlerin birbirinin hücrel aktivitesini ekstraselüler matriks yoluyla etkilediğini göstermektedir. Bu durum, periodontal dokuların birindeki patolojik durumun diğer periodontal dokuları da etkileyeceğini göstermektedir [73].

2.3.1. Diş eti

Mikroskobik olarak üstte skuamoz epitel, altta bağ dokudan oluşan diş eti; marjinal diş eti, yapışık diş eti ve interdental diş eti olmak üzere üçe ayrılmaktadır [74],

Marjinal diş eti

Apikokoronal ve mezyodistal boyutları 0,06 mm ile 0,96 mm arasında değişen diş eti kenarıdır [75]. Diş yüzeyinde sonlanan en apikal noktasına “zenit” adı verilmekte ve gingival sulkusun yumuşak doku duvarını oluşturmaktadır [72].

Gingival sulkus, bir tarafında diş yüzeyi diğer tarafında serbest diş eti kenarı epiteli bulunan boşluktur [72]. Klinik olarak gingival sulkus derinliğinin periodontal sond ile ölçümü, tanı parametresi olması bakımından önemlidir. Sondlama derinliği; sondun çapı, sondlama kuvveti ve diş eti inflamasyon durumuna göre değişmektedir [76].

Yapışık diş eti

Yapışık diş eti marjinal diş eti ile gevşek ve hareketli alveoler mukoza arasındaki kısımdır. Altta bulunan alveoler kemiğin periostuna ve semente, bağ doku aracılığıyla sıkıca tutunan dirençli bir yapı oluşturmaktadır. Yapışık diş eti genişliği de klinik değerlendirmede önemli bir kriterdir. Fasiyal yüzde yapışık diş eti genişliği ağzın farklı bölgelerinde değişen genişlikte olmakla birlikte; genellikle üst çene anterior bölgede en geniş (yaklaşık 3,5mm-4,5 mm), alt çene birinci premolar bölgede ise en dardır (üst birinci premolarlarda 1,9mm, alt birinci premolarlarda 1,8mm) [72].

İnterdental diş eti

İki komşu dişin temas bölgesinin altında bulunan interproksimal boşluğu dolduran diş eti papilidir. Papilin şeklini bitişik dişler arasındaki temas noktasının durumu, kemik kretine göre konumu ve diş eti çekilmesinin mevcut olup olmaması belirlemektedir [72].

2.3.2. Periodontal ligament

Diş kökünü alveoler kemiğe bağlayan periodontal dokudur. Kemik iliğiyle vasküler yapılar aracılığı ile ilişki kurmaktadır. Periodontal ligament genişliği farklılık göstermekle birlikte ortalama 0,2mm olarak belirlenmiştir. Yeni sürmüş veya fonksiyon görmeyen dişlerin çevresinde genişlik azalırken, hiper fonksiyonda olan dişlerde ise genişlik artmaktadır [72].

2.3.3. Sement

Diş kökünün etrafını saran kalsifiye damarsız mezenşimal bir dokudur. Hücreli ve hücreli olmak üzere iki ana sement türü bulunmaktadır. İki sement türünde de kalsifiye olmuş interfibriler matriks ve kollajen yer almaktadır [72].

2.3.4. Alveol kemiği

Alveoler kemik dişleri destekleyen yapıdır. Dişlerin sürmesiyle gelişip şekillenmekte, kaybıyla da rezorbe olmaktadır. Bu nedenle alveoler kemik morfolojisi dişlerin şekli, boyutu ve fonksiyonuna göre değişmektedir.

Yoğun olarak Sharpey lifleri içeren periodontal ligamente komşu kemiğe “Demet kemiği” adı verilmektedir. Alveol soketinde radyografik olarak ince radyoopak çizgi şeklindeki bu yapıya ise “Lamina dura” ismi verilmiştir. Alveoler soketlerin bukkal ve lingual bölümleri kompakt kemikten oluşurken, apikal bölgede ve kökler arası bölgede lamina dura etrafında süngerimsi kemik bulunmaktadır [72].

2.4. Periodontal Hastalıklar

Günümüze kadar periodontal hastalık ve koşullarının birçok sınıflaması yapılmıştır. Uzun süre 1999 yılında yapılan Armitage sınıflaması kullanılmış [77], 2017 yılında yapılan bir

Workshop Çalışması ile yeni bir sınıflama geliştirilmiştir [78]. Bu sınıflamada diş eti sağlığı, peri-implant sağlık tanımlarına da yer verilmiş ve periodonsiyumun sağlıklı veya azalmış olması ve uygulanan tedavilere göre periodontal sağlık, dört şekilde kategorize edilmiştir. Buna göre:

- Sağlıklı, bütünlüğü bozulmamış periodonsiyum ile birlikte periodontal sağlık,
- Sağlıklı, bütünlüğü bozulmamış periodonsiyum ile birlikte tedavi sonrası bireysel olarak iyi korunmuş klinik periodontal sağlık,
- Azalmış periodonsiyum desteği ve stabil periodontal hastalık ve
- Azalmış periodonsiyum desteği ile periodontal hastalığın remisyonu/kontrolü olarak düzenlenmiştir [79].

2.4.1. Gingivitis

Diş etinde sınırlı, ataşman ve kemik kaybı gözlenmeyen klinik enflamasyondur. Bağışıklık sistemi hücreleri, diş eti sağlığını korumak üzere çeşitli savunma mekanizmaları ile konak cevabını oluşturmaktadır. Diş eti iltihabının patolojik süreçleri de mikroorganizmalara konağın tepkisiyle başlamaktadır.

Klinik olarak sağlıklı diş etine ait biyopsilerde ağırlıklı olarak T lenfositler az miktarda da B lenfosit ve plazma hücrelerinin bulunduğu belirlenmiştir. Bu hücreler mikroorganizmalara karşı konak cevabını oluşturmakta, ancak konak dokularında bir hasara neden olmamaktadırlar.

Plak birikimiyle diş eti iltihabının geliştiği süreçler deneysel olarak araştırılmış ve diş eti iltihabı; ilk evre, erken evre, yerleşik ve ileri evre olmak üzere dört şekilde kategorize edilmiştir. Evreler arasında net sınırlar olmamakla birlikte ileri evre, periodontitis kabul edilmiştir [72] (Çizelge 2.4.).

Başlangıç lezyonu

Bakteri plağına ilk tepki, yerleşik lökositlerin ve endotel hücrelerinin uyarılması ile meydana gelmektedir. Bu evrede kılcal damarlarda genişleme ve kan akımında artış mevcuttur.

Mikroskopik olarak bağlantı epitelinin altındaki bağ dokuda akut inflamasyon hücreleri (PMNs, polimorfonükleer lökositler) görülmektedir [72].

Erken lezyon

Plak birikiminin devam etmesiyle ilk evreden erken evreye geçilmekte ve kızarıklık, sondalamada kanama gibi diş eti iltihabının klinik belirtileri de görülebilmektedir. Mikroskopik olarak çoğunluğunu T hücrelerinin oluşturduğu lenfositler baskın hücreler olarak izlenmektedir [72].

Yerleşik lezyon

Plak birikiminin 2-3 hafta devam etmesiyle ortaya çıkan kronik, orta veya şiddetli diş eti iltihabının görüldüğü evredir. Mikroskopik olarak B lenfositler baskın hücre konumundadır. B lenfositler ağırlıklı olarak Ig G1 ve Ig G3 üretmektedir [72].

İleri lezyon

Lezyonun alveolar kemiğe yayıldığı ve periodontitis olarak belirlenen aşamadır. Mikroskopik olarak dişetinde fibrozis ve yaygın doku hasarı ile bağ dokuda plazma hücrelerinin yoğunluğu görülmektedir. Birleşim epitelinde nötrofiller hakim hücre olmaya devam etmektedir [72].

Çizelge 2.4. Gingivitis aşamaları [72]

Evre	Zaman (gün)	Kılcal damarlar	Bileşim ve cep epiteli	Baskın immün hücre	Kollajen	Klinik özellik
I. Başlangıç lezyonu	2-4	Vasküler dilatasyon, vaskülit	PMNs infiltrasyonu	PMNs	Damarların etrafında kollajen kaybı	Diş eti oluşu sıvısında artış
II. Erken lezyon	4-7	Vasküler proliferasyon	I. Evreye ek olarak rete peg oluşumu ve atrofik alanlar	Lenfosit	İmmün hücreden yoğun bölgede artmış kayıp	Diş etinde kızarıklık ve sondalamada kanama
III. Yerleşik lezyon	14-21	II. Evreye ek olarak vasküler staz	II. Evreden daha ileri düzeyde	Plazma hücreleri	Devam eden kollajen kaybı	Diş eti renk, yapı ve boyutunda değişiklik

2.4.2. Periodontitis

Periodontitis, "Belirli mikroorganizmaların veya mikroorganizma gruplarının neden olduğu, diş destek dokularının iltihaplı bir hastalığıdır. Bu hastalık; sondalama derinliğinde artma, azalma veya her ikisinin gözlemlendiği süreçleri içermekte ve periodontal ligamentin ve alveolar kemiğin ilerleyici yıkımıyla sonuçlanmaktadır." [72, 80].

Periodontitisi gingivitisten ayıran temel klinik özellik, periodontal ligament ve alveoler kemik kaybı nedeniyle meydana gelen ataşman kaybı olmasıdır. Ataşman kaybıyla birlikte marjinal diş eti çekilmesi de meydana gelebilmektedir [72].

Periodontal hastalıklar için temel risk faktörleri; sigara kullanımı, diyabet, patojen mikroorganizmalar ve dişler üzerindeki mikrobiyal eklentilerdir [74].

Yapılan çalışmalarda plak birikimiyle meydana gelen diş eti iltihabının sigara içenlerde azaldığı; ancak sigaranın periodontal yıkımın şiddetini artırdığı gözlenmiştir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre cep derinliğinin, ataşman kaybının ve alveoler kemik kaybının daha şiddetli ve yaygın olduğu belirlenmiştir [74, 81-83].

Metabolik kontrolün ve oral hijyenin iyi olmadığı diyabetli hastalarda diş eti iltihabının daha şiddetli olduğu, daha derin periodontal ceplerin oluştuğu, kemik kaybının daha hızlı olduğu ve sık tekrarlayan periodontal apselerin görüldüğü daha şiddetli periodontitis tablosu izlenmiştir [72]. Ayrıca, periodontal tedavilerin de diyabetli hastalarda glisemik kontrolü iyileştirdiği gözlenmiştir [84].

Periodontitis etiyolojisinden üç bakteri sorumlu tutulmuştur:

- *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a)
- *Porphyromonas gingivalis* (P.gingivalis)
- *Tannerella forsythia* (T.forsythia)

Bu mikroorganizmalardan A.a agresif periodontitisten sorumlu tutulurken, P.gingivalis ve T.forsythia sıklıkla kronik periodontitisle ilişkilendirilmiştir [74].

Bakteri plağının diş eti iltihabına yol açtığı ve ağız hijyeni uygulamaları ile plak uzaklaştırıldığında iltihabın çözüldüğü bildirilmiştir. Böylece bakteri plağı, diş eti iltihabının nedeni olarak gösterilmiştir [74]. Bunun yanı sıra kök iç bükeylikleri, gelişimsel oluklar, furkasyon yapısı, servikal bölgede mine çıkıntılarının bulunması gibi çeşitli anatomik oluşumlar, bakteriyel plak tutunmasına yol açması, temizlenmesi esnasında da hastalara ve hekimlere zorluk oluşturmaları yönüyle periodontal hastalığa yatkınlığı artırmaktadır [74]. Ayrıca, plak tutunmasına yol açan diş taşları da özellikle düzenli hekim kontrolüne gitmeyen ve kötü kontrollü diyabeti olan bireylerde periodontal hastalıklar için risk faktörü olarak belirtilmiştir [85].

2.4.3. Periodontal hastalık risk belirleyicileri

Genetik faktörler

Yapılan çalışmalarda IL-1 genlerindeki değişikliklerin şiddetli kronik periodontitis ile ilişkili olduğu sigara içmeyen bireylerde gösterilmiştir [86]. Ayrıca, nötrofil anomalilerinin ve *A. actinomycetemcomitans*'a karşı üretilen IgG2 antikör titrelerinin agresif periodontitisle ilişkili olduğu bulunmuştur [87].

2018 yılında yayınlanan yeni periodontal hastalık sınıflamasında; agresif periodontitis ile ilgili hastalığın başlangıcından itibaren değerlendirilen çalışmaların eksik olması, farklı toplumları ve çoklu zaman noktalarını içeren boylamsal çalışmaların eksikliği gerekçesiyle kronik ve agresif periodontitis ayrımı kaldırılmış ve genel olarak “Periodontitisler” olarak sınıflandırılmıştır. Hastalığın şiddeti “Stage” olarak, yayılım hızı ise “Grade” olarak kategorize edilmiştir [88].

Yaş

Yaşlanmak tek başına periodontal hastalığa neden olmamakta veya periodontal hastalıklara duyarlılığı artırmamaktadır. Özellikle genç yaşlarda periodontal hastalık hikayesi olan bireyler, yaş ile birlikte hastalığa sebep olan faktörlere daha uzun süre maruz kalmaları sebebiyle periodontal hastalık sonuçları bakımından risk taşımaktadırlar [72].

Cinsiyet

Cinsiyetin rolü daha çok periodontal hastalıklara karşı bireysel koruyucu yöntemlerin uygulanmasında önem kazanmaktadır. Erkeklerin kadınlara oranla ağız hijyeninin daha kötü olduğu, plak ve diş taşı seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir [72].

Sosyoekonomik durum

Tek başına düşük sosyoekonomik durumun periodontitis riskini artırmadığı; ancak yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylere kıyasla bu bireylerde, ağız diş sağlığı bilinci ve düzenli diş hekimi ziyaretlerinin daha az olması ile ilgili olarak diş eti iltihabı ve kötü ağız hijyeni görülme olasılığı artabilmektedir [72].

Stres

Stres özellikle Nekrotizan Ülseratif Gingivitis (NUG) ile olan bağlantısı nedeniyle periodontal hastalıklar için risk faktörü olarak ilişkilendirilmiştir [74]. Stresli yaşam olaylarının periodontitis sıklığını artırdığı, tedavi başarısını da düşürdüğü görülmüştür [89]

Stresin aynı zamanda sigara içme, ağız hijyenini ihmal etme gibi periodontitis açısından riskli davranışlara da neden olduğu gösterilmiştir [90].

2.5. Ağız Hijyeni Uygulamaları

Mikrobiyal plak biyofilminin elimine edilmesi, diş eti iltihabı tedavisinin birincil basamağını oluşturmakta, periodontal hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde de en önemli rolü üstlenmektedir. Supragingival plağın etkili bir şekilde uzaklaştırılması ile subgingival alanda da plak biyofilminin büyümesi kontrol altına alınmakta, sağlıklı bir mikroflora gelişimi için uygun koşullar oluşturulmakta ve diş taşı oluşumu da azalmaktadır [74].

Dişler üzerindeki plak biyofilminin uzaklaştırılması, ağız hijyeni uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Bu amaçla diş fırçaları, ara yüz fırçası, diş ipi, kürdan gibi araçlarla mekanik temizliğin sağlanması periodontal dokuların sağlığı açısından önem arz etmektedir.

2.5.1. Diş fırçalama

Diş fırçalama günlük ağız hijyeni sağlamanın temel yoludur. Mikrobiyal biyofilm bir kez fırçalama esnasında yeterince uzaklaştırılamayacağından Amerikan Diş Hekimliği Birliği (ADA), bakteriyel plağı etkili bir şekilde uzaklaştırmak için günde iki kez diş fırçalama ve günde bir kez diş ipi kullanımını önermektedir [72].

Diş fırçaları kıl sertliği, uzunluğu ve yapısına göre çok çeşitli tasarımlarda üretilmektedir. Diş fırçalarının kıl demetleri genellikle üç veya dört sıra olarak düzenlenmektedir. Fırça kıllarının uç kısımları düz veya yuvarlatılmıştır. Yuvarlatılmış kıl uçları daha az diş eti iritasyonuna yol açmaktadır. Fırçalar, kıl çapının karesiyle orantılı olarak çeşitli sertlik derecesine sahiptir:

- 0,2mm yumuşak
- 0,3mm orta sert
- 0,4mm ise sert fırça kategorisindedir.

Fırça sap tasarımları kişisel tercih olmakla birlikte genellikle yumuşak kıl formundaki fırçalar daha yaygın kullanılmaktadır.

Sert kıllı fırçaların kullanımı diş eti çekilmelerine neden olabilmektedir. Ancak fırçanın kıl sertliği kadar fırçalama yöntemi, kullanılan diş macununun aşındırıcı içeriği de diş eti çekilmesi ve diş aşınmalarında etkili olan faktörlerdir. Özellikle fırçalarken uygulanan yoğun kuvvet, dişlerde servikal alanda kama şeklinde abrazyonlara, diş etinde yaranmalara neden olabilmektedir.

Fırça kıllarında zamanla deformasyon görülmektedir. Bu durum fırçanın plak kaldırma etkinliğini azaltmaktadır. Bu nedenle ortalama 3-4 ayda bir diş fırçalarının değiştirilmesi önerilmektedir.

Günümüzde çeşitli diş fırçalama yöntemleri bulunmaktadır. Fırçalama hareketlerine göre kategorize edilen bu yöntemler:

- Yuvarlak hareket: Roll ve Modifiye Stillman tekniği
- Titreşim hareketi: Stillman, Charters ve Bass tekniği
- Sirküler hareket: Fones tekniği
- Vertikal hareket: Leonard tekniği
- Horizontal hareket: Scrub tekniğidir.

Diş ve diş eti birleşim bölgesinin etkin bir şekilde temizlenmesi, çürük ve periodontal hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Fırça kıllarının bu bölgeye yerleştirildiği bu nedenle en sık önerilen fırçalama yöntemi olan Bass tekniğinde,

- ❖ Fırça; dişin uzun aksına 45° açıyla, fırça kılları diş eti sulkusunun içine girecek şekilde yerleştirilir.
- ❖ Diş etini beyazlatmaya yetecek kuvvette baskı ile hafif ileri-geri titreşim hareketleri uygulanarak fırça koronal yönde çekilir.
- ❖ Fırçalamaya diş arkının en distalinden başlayarak mesiale doğru düzenli bir sırayı takip ederek ilerlenir [72].

2.5.2. Diş macunları

Diş fırçaları ile birlikte kullanılan diş macunlarının içeriğinde su, nemlendirici, deterjan özelliğinde maddeler, tatlandırıcılar, aşındırıcılar, florür gibi tedavi edici maddeler bulunmaktadır.

Milyonda 1000-1100 birim (ppm) florür bulunan ADA tarafından onaylı macunlar çürük önleyici özelliktedir [72].

2.5.3. Ara yüz temizliği

Bakteriyel biyofilm en çok diş fırçasının ulaşamadığı dişler arası bölgelerde bulunmakta, periodontal hastalıklar da yoğun olarak bu bölgelerde görülmektedir. Ayrıca, periodontal hastalığa sahip bireylerde dişler arası bölgelerdeki deformiteler ve bu hastalara uygulanan cerrahi tedaviler bu bölgenin daha hassas temizlenmesini gerektirmektedir.

Ara yüz temizliği için diş ipi, ara yüz fırçaları, kürdanlar, tek kıl demetli fırçalar gibi ürünler çeşitli ara yüz konkavitetlerine uygun olarak seçilip kullanılmalıdır [72].

2.6. Depresyon-Anksiyete-Stres

2.6.1. Stres

Rahatsız edici ve olumsuz durumlardan kaçınmak için bireyin gösterdiği psikolojik ve fizyolojik gerilimdir. Strese neden olan uyarıcılar, durum veya koşullar stres etkeni veya “stresör” olarak ifade edilmektedir. Stresörlere karşı gösterilen tepkilerin sonucunda anksiyete, depresyon, azalmış bilişsel aktivite düzeyi, benlik saygısında değişimler görülebilmektedir [91].

2.6.2. Depresyon

En az 2 hafta süren, yoğun ve sürekli hissedilen üzüntü ve umutsuzluk duyguları, depresyon olarak tanımlanmaktadır. Genel belirtileri arasında yorgunluk ve enerji kaybı, kilo değişiklikleri (kilo alma veya verme), günlük faaliyetlere duyulan ilginin azalması, uyku düzensizlikleri, konsantrasyon ve karar vermede zorlanma, suçluluk duygusu gelişimi, intihar düşüncesi veya davranışı bulunmaktadır [92].

2.6.3. Anksiyete

Anksiyete (endişe), bireyin hoşlanmadığı bir durumda hissettiği korku, tehlike ve gerginliktir [29]. Genel belirtileri arasında kalp çarpıntısı, nefes alma güçlüğü, ellerde titreme, terleme gibi somatik belirtilerin yanı sıra sıkıntı, tedirginlik, heyecan gibi psikolojik belirtiler de bulunmaktadır [93].

2.6.4. Depresyon-anksiyete-stres ölçümünde sıklıkla kullanılan ölçekler

BAÖ (Beck Anksiyete Ölçeği)

Kaygılı duygu duruma yönelik ifadeler, korkuya yönelik ifadeler ve motor gerilime yönelik ifadelerin yer aldığı toplam 21 maddeden oluşan anksiyete şiddetini ölçen, her bir maddenin

0 (hiç) ile 3 (şiddetli) puan arasında değerlendirildiği bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte toplam puan 63 olup skor yükseldikçe anksiyete düzeyi artmaktadır [94].

BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği)

Üzüntü, geleceğe dair umutsuzluk, intihar düşünceleri, yorgunluk gibi depresyonun birey üzerindeki etkilerine yönelik toplam 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her kategori 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Toplam puan 63'tür. Semptomların şiddeti 0'dan 3'e artış göstermektedir [95]. Buna göre depresyon için puanlar:

- 0-13 puan; Minimal düzeyi
- 14-19 puan; Hafif düzeyi
- 20-28 puan; Orta düzeyi
- 29-63 puan; Şiddetli düzeyi temsil etmektedir [96].

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DKÖ/SKÖ)

Bu ölçek 2 alt birimden oluşmaktadır. İlki, bireyin test sırasındaki anlık kaygı düzeyini ölçen Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ); diğeri ise genel kaygısını ölçen Sürekli Kaygı Ölçeğidir (SKÖ). Her iki alt ölçek 20 madde olmak üzere toplam 40 madde içermektedir. Her iki alt ölçekte de 1 puan (hiç) ile 4 puan (tamamen) arasında 4'lü Likert şeklinde derecelendirme yapılmaktadır. Ölçeklerde yer alan tersine dönük sorularda puanlama da 4 puandan 1 puana şeklinde değerlendirilmektedir. Toplam puan 20-80 puan aralığındadır [97].

Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası (DASS)

Lovibond ve Lovibond tarafından oluşturulan bu ölçeğin ilk formunda; Depresyon için 14, Anksiyete için 14 ve Stres için 14 olmak üzere toplam 42 soru bulunmaktadır. DASS'ın Depresyon alt ölçeği, üzüntü ve değersizlik hissi gibi belirtiler içermektedir.

Anksiye alt ölçeği; titreme, nefes alma güçlüğü, kalp çarpıntısı gibi somatik korku ve kaygı bulgularını içermektedir.

Stres alt ölçeği de BAI ölçeğinden farklı olarak sinirlilik ve olaylara aşırı tepki verme eğilimi gibi bulguları içermektedir [27].

DASS'ın 42 soruluk formu daha sonra kısaltılarak 21 soruluk formu olan DASS-21 geliştirilmiştir [28]. Yapılan çalışmalarda ölçek uzunluğunun artmasının ekonomik olarak yük getirdiği, kısa ölçeklerle de uzun ölçeklere benzer hatta daha yüksek geçerlilik ve güvenilirlik sağlandığı belirtilmiştir [98]. DASS-21'in Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucu alt ölçeklerin hepsinin geçerliliği ve güvenilirliği onaylanmıştır [29]. Böylece daha kısa zamanda depresyon-stres-anksiyete düzeylerini aynı anda değerlendirebilen ve birbirinden ayırtılabilen, hem klinik olarak hasta bireylere hem de sağlıklı bireylere uygulanabilen bir öz bildirim ölçeği oluşturulmuştur [28, 29].

DASS-21 ölçeğinde 21 soru bulunmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinin her biri için 7'şer soru içermektedir. Depresyon alt ölçeğinde umutsuzluk, kendini değersiz hissetme, yaşamın anlamsız hissedilmesi gibi ifadeler yer almaktadır. Anksiyete alt ölçeğinde kaygının somatik etkilerine ve öznel algılarına yönelik ifadeler bulunmaktadır. Stres alt ölçeğinde ise sinirlilik, gevşeyip rahatlamakta zorlanma, tedirgin hissetme gibi ifadeler bulunmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipi bir ölçek olup 0; "bana hiç uygun değil", 1; "bana biraz uygun", 2; "bana genellikle uygun" ve 3; "bana tamamen uygun" şeklinde "0 ile 3 puan" arasında skorlanmaktadır. Hastaların her bir bölümdeki 7 soru için verdiği puanlar toplanıp 2 ile çarpılır ve o bölümün skoru elde edilir. Elde edilen skorlar bireyin depresyon-anksiyete-stres düzeylerinin "normal", "hafif düzey", "orta düzey", "şiddetli düzey" veya "çok şiddetli düzey" şeklinde değerlendirilmesini sağlamaktadır [99] (Çizelge 2.5).

DASS-21 ölçeği klinik teşhis koydurmaya yönelik bir ölçek olmamakla birlikte, bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini nicel olarak değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir.

Çizelge 2.5. DASS-21 skorları ve alt ölçek düzeyleri

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Hafif düzey	10-13	8-9	15-18
Orta düzey	14-20	10-14	19-25
Şiddetli düzey	20-27	15-19	26-33
Çok şiddetli düzey	28 ve üzeri	20 ve üzeri	34 ve üzeri

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi

Araştırma Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvuran 18-75 yaş aralığındaki 75 kadın 75 erkek toplam 150 birey çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 -75 yaş aralığında olan bireyler
- Anket sorularına yanıt verebilecek herhangi bir engeli olmayan bireyler
- Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler

3.1.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

- Anket sorularına yanıt vermesine herhangi bir engeli olan bireyler
- 18 yaş altı bireyler
- Aktif radyoterapi/kemoterapi alan bireyler
- Gebelik
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler

Tüm bireylere çalışma öncesinde çalışmanın önemi ve yöntemi ayrıntılı bir şekilde açıklanmış, hastaların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler

Çalışmaya katılan bireylere Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) ile birlikte 23 soruluk bir anket yöneltilerek cevaplamaları istenmiştir (Ek 1).

Katılımcılara, sorular araştırmacı tarafından detaylı bir şekilde açıklanarak, diğer hastalardan ayrı bir şekilde rahatça cevaplamaları sağlanmıştır.

Anket aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

1. Demografik özelliklerin yer aldığı sorular
2. Ağız hijyeni tutumlarının yer aldığı sorular
3. Anamnez soruları
4. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeğı (DASS-21)

3.2.1. Demografik özelliklerin yer aldığı soru formu

Çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi gibi demografik özelliklerine ait sorular yer almaktadır. Ayrıca ev halkının kimlerden oluştuğı, çocuk sahibi olma durumu, sigara kullanımı, sağık çalışan olma durumunu öğrenmeyi amaçlayan sorular bulunmaktadır.

3.2.2. Ağız hijyeni tutumlarının yer aldığı soru formu

Diş fırçalama sıklığı, diş fırçalama süresi, diş ipi kullanımı, diş fırçalama alışkanlığı, diş macunu içeriğı, en son diş hekimi ziyareti, diş fırçası değıştirme sıklığı, ilk diş hekimi ziyaret yaşı gibi ağız hijyeni tutumlarını ve çalışmaya katılan gönüllülerin bireysel diş ve diş eti sağılığı değışlendirmesini içeren sorular bulunmaktadır.

3.2.3. Anamnez formu

Çalışmaya katılan gönüllülerin sistemik hastalık, kullanılan ilaçlar gibi genel sağık durumunu değışlendirmek ve daha önceden var olan psikolojik hastalık öyküsünü belirlemek için kullanılan soru formudur.

3.2.4. Depresyon-anksiyete-stres ölçeğı (DASS-21)

Çalışmamızda hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini değışlendirmek amacıyla DASS-21 ölçeğı kullanılmıştır.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizinde “SPSS 11,5” programından faydalanılmıştır. Veriler, kategorik değerler arasındaki farklılıklar için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik veriler arasındaki ilişki incelenmek için ise Ki-kare ve

Fisher-exact testleri kullanılmıştır. Depresyon-anksiyete-stres düzeylerine etki ettiği düşünülen risk faktörlerini belirlemek için ise Tek ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak alınmıştır.





4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Bulguları

Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 18-74 arasında değişmektedir. Yaş ortalamaları $39,67 \pm 13,62$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 150 bireyin %50'si erkek %50'si de kadındır.

Çalışmaya katılan bireylerin 35(%23,3)'i ilköğretim mezunu, 46(%30,7)'sı lise mezunu ve 69(%46,0)'u ise lisans ve lisansüstü mezunu olarak belirlenmiştir.

Medeni durumlar incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin 107(%71,3)'si evli, 43(%28,7)'ü bekar iken bireylerin 99(%66,0)'u ise çocuk sahibidir. Ayrıca 10(%6,7) kişi yalnız yaşıyorken, 104(%69,3) kişi eşi ve çocukları ile, 10(%6,7) kişi 65 yaş üstü aile bireyleriyle, 26(%17,3) kişi de anne ve babasıyla birlikte yaşamaktadır.

Çalışmaya katılanların 17(%11,3)'si asgari ücretin altında gelire sahipken, 36(%24)'sı asgari ücret düzeyinde, 97(%64,7)'si ise asgari ücretin üzerinde gelire sahiptir.

38(%25,3) kişi sigara içerken, bu kişilerden 11(%7,3)'i günde 1-9 adet, 27(%18)'si ise günde 10 adet ve üzeri sigara içmektedir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerden 11(%7,3)'i de sağlık çalışanıdır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Demografik özelliklere ait bulgular

Yaş	Ort $\pm$ SS Ortanca (Min.-Maks.)	39,67 $\pm$ 13,62 38,00 (18,00-74,00)
Cinsiyet, n(%)	Kadın Erkek	75 (50,0) 75 (50,0)
Eğitim Durumu, n(%)	İlköğretim Lise Lisans ve üstü	35 (23,3) 46 (30,7) 69 (46,0)
Medeni Durum, n(%)	Evli Bekar	107 (71,3) 43 (28,7)
Çocuk Varlığı, n(%)	Hayır Evet	51 (34,0) 99 (66,0)
Gelir Düzeyi, n(%)	Asgari Ücretten Az Asgari Ücret Asgari Ücretten Fazla	17 (11,3) 36 (24,0) 97 (64,7)

Çizelge 4.1. (devam) Demografik özelliklere ait bulgular

Ev Halkı, n(%)	Yalnız Yaşayan	10 (6,7)
	Eş ve Çocuklar	104 (69,3)
	65 yaş üstü aile bireyleriyle	10 (6,7)
	Aile (anne baba)	26 (17,3)
Sigara Kullanımı, n(%)	Hayır	112 (74,7)
	Evet	38 (25,3)
Günlük Sigara Kullanımı, n(%)	Yok	112 (74,7)
	1-9 adet	11 (7,3)
	10 adet ve üzeri	27 (18,0)
Sağlık Çalışanı olma durumu, n(%)	Hayır	139 (92,7)
	Evet	11 (7,3)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Ağız Hijyenine Ait Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 150 kişiden 29(%19,3)'u günde bir defadan az, 70(%46,7)'i günde bir defa, 51(%34)'i ise günde en az iki kez dişlerini fırçaladığını beyan etmiştir. Bu bireylerden 50(%33,3)'si bir dakikadan az sürede, 78(%52)'i 1-2 dakika arası, 22(%14,7)'si ise 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır.

Diş ipi kullanan bireylerin sayısı 15(%10) olarak bulgulanmıştır.

115(%76,7) kişi florürlü, 35(%23,3) kişi florürsüz diş macunu kullanmaktadır.

64(%42,7) kişinin son diş hekimi ziyareti bir yıldan uzun zaman önce iken 86(%57,3) kişi ise son bir yıl içinde diş hekimini ziyaret etmiştir.

“Size Göre Diş ve Dişeti Sağlığınız Nasıl?” sorusuna 54(%36) kişi “zayıf”, 58(%38,7) kişi “orta”, 38(%25,3) kişi “iyi” ve “mükemmel” cevabını vermiştir.

“Diş Fırçası Değiştirme Sıklığı” sorusuna 67(%44,7) kişi 3 aydan az sürede, 49(%32,7) kişi 3-6 ay arasında, 34(%22,6) kişi ise 6 aydan fazla sürede cevabını vermiştir.

Kişilerin ilk diş hekimi ziyaret yaşı 2-60 yaşlar arasında değişmiş, ortalama $17,97 \pm 11,46$ olarak hesaplanmıştır (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Ağız hijyenine ait bulgular

Diş Fırçalama Sıklığı, n (%)	Günde 1 defadan az Günde 1 kez Günde 2 kez ve üzeri	29 (19,3) 70 (46,7) 51 (34,0)
Diş Fırçalama Süresi, n (%)	1 dakikadan az 1-2 dk. arası 2 dakikadan fazla	50 (33,3) 78 (52,0) 22 (14,7)
Diş İpi Kullanımı, n (%)	Hayır Evet	135 (90,0) 15 (10,0)
Diş Fırçalama Alışkanlığı, n (%)	Günde 1 defadan az Günde 1 kez Günde 2 kez ve üzeri	29 (19,3) 70 (46,7) 51 (34,0)
En Son Diş Hekimi Ziyareti, n(%)	1 yıl içinde 1 yıldan uzun süre	86 (57,3) 64 (42,7)
Diş Macunu İçeriği, n (%)	Florürlü Florürsüz	115 (76,7) 35 (23,3)
Diş Fırçası Değişirme Sıklığı, n (%)	3 aydan az 3-6 ay arası 6 aydan fazla	67 (44,7) 49 (32,7) 34 (22,6)
İlk Diş Hekimi Ziyaret Yaşı	Ort.±SS Ortanca (Min.-Maks.)	17,97±11,46 15,00 (2,00-60,00)
Bireysel Diş ve Dişeti Sağlığı Değerlendirmesi, n (%)	Zayıf Orta İyi ve Mükemmel	54 (36,0) 58 (38,7) 38 (25,3)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.3. Anamnez Bulguları

Çalışmaya dahil edilen bireylerin 13(%8,7)'ünde psikolojik hastalık öyküsü, 28(%18,7)'inde ise sistemik hastalık olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3.).

Çizelge 4.3. Anamnez bulguları

Sistemik Hastalık, n (%)	Hayır Evet	122 (81,3) 28 (18,7)
Psikolojik Hastalık Öyküsü, n (%)	Hayır Evet	137 (91,3) 13 (8,7)

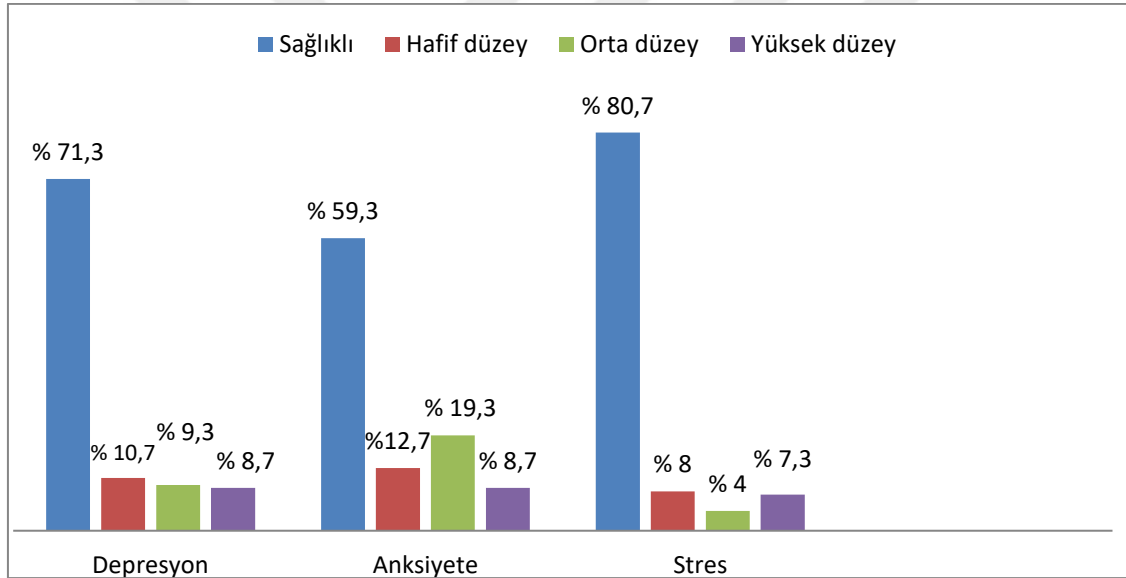
4.4. DASS-21 Ölçeği Bulguları

Çalışmaya katılan bireylere uygulanan DASS-21 ölçeği için alınan toplam puana ait ortalama 22,33±19,44'tür.

DASS-21 “Anksiyete” alt ölçeğine göre 89(%59,3) kişi sağlıklı iken; 19(%12,7) kişi hafif düzey, 29(%19,3) kişi orta düzey, 13(%8,7) kişi ise ileri ve çok ileri(yüksek) düzeyde anksiyete bulguları vermiştir.

DASS-21 “Depresyon” alt ölçeğine göre 107(%71,3) kişi sağlıklı iken; 16(%10,7) kişi hafif düzey, 14(%9,3) kişi orta düzey, 13(%8,7) kişi ise ileri ve çok ileri düzeyde depresyon bulguları vermiştir.

DASS-21 “Stres” alt ölçeğine göre 121(%80,7) kişi sağlıklı iken; 12(%8) kişi hafif düzey, 6(%4) kişi orta düzey, 11(%7,3) kişi ise ileri ve çok ileri düzeyde stres bulguları vermiştir (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. DASS-21 ölçeği bulguları

4.5. Ağız Hijyeni ile İlişkili Bulgular

4.5.1. Diş fırçalama sıklığı ile ilişkili bulgular

Diş fırçalama sıklığının DASS-21 alt ölçekleri, demografik veriler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.4.’te verilmiştir.

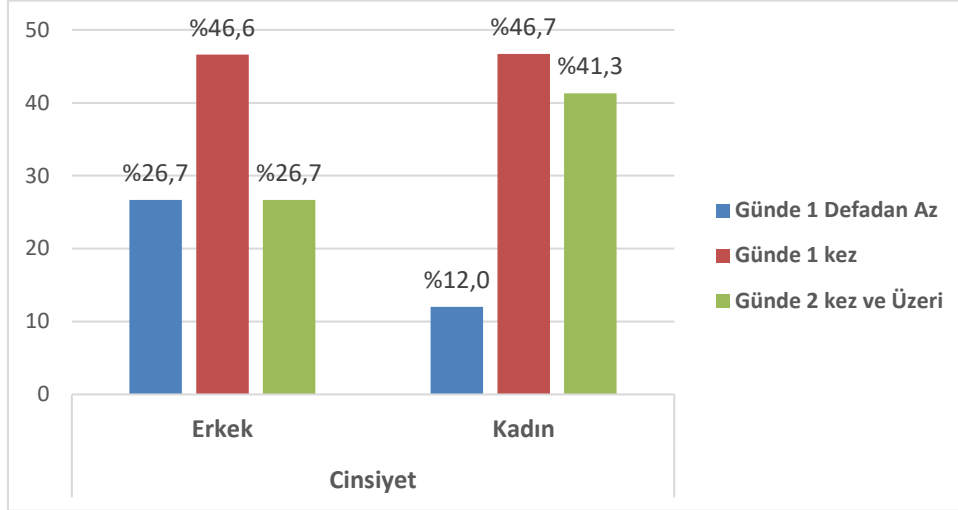
Çizelge 4.4. Diş fırçalama sıklığına ait bulgular

		Diş Fırçalama Sıklığı						p değeri
		Günde 1 Defadan Az		Günde 1 kez		Günde 2 kez ve Üzeri		
		N	%	N	%	N	%	
DASS-21 Anksiyete	Sağlıklı	18	20,2	42	47,2	29	32,6	0,447 ^b
	Hafif	6	31,6	7	36,8	6	31,6	
	Orta	4	13,8	12	41,4	13	44,8	
	İleri ve Üstü	1	7,7	9	69,2	3	23,1	
DASS-21 Depresyon	Sağlıklı	22	20,6	50	46,7	35	32,7	0,945 ^b
	Hafif	3	18,8	7	43,8	6	37,4	
	Orta	1	7,1	7	50,0	6	42,9	
	İleri ve Üstü	3	23,1	6	46,1	4	30,8	
DASS-21 Stres	Sağlıklı	21	17,4	56	46,2	44	36,4	0,482 ^b
	Hafif	5	41,7	4	33,3	3	25,0	
	Orta	1	16,7	3	50,0	2	33,3	
	İleri ve Üstü	2	18,2	7	63,6	2	18,2	
Cinsiyet	Erkek	20	26,7	35	46,6	20	26,7	0,038 ^a
	Kadın	9	12,0	35	46,7	31	41,3	
Eğitim Durumu	İlköğretim	11	31,4	16	45,7	8	22,9	0,137 ^a
	Lise	9	19,6	23	50,0	14	30,4	
	Lisans ve üstü	9	13,0	31	44,9	29	42,1	
Sigara Kullanımı	Hayır	17	15,2	54	48,2	41	36,6	0,080 ^a
	Evet	12	31,6	16	42,1	10	26,3	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	17	15,2	54	48,2	41	36,6	0,028 ^a
	1-9 adet	2	18,2	3	27,3	6	54,5	
	10 adet ve üzeri	10	37,0	13	48,2	4	14,8	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	2	11,8	9	52,9	6	35,3	0,195 ^a
	Asgari ücret	3	8,3	17	47,3	16	44,4	
	Asgari ücretten fazla	24	24,7	44	45,4	29	29,9	
Medeni Durum	Bekar	6	14,0	21	48,8	16	37,2	0,564 ^a
	Evli	23	21,5	49	45,8	35	32,7	
Sistemik Hastalık	Hayır	22	18,0	55	45,1	45	36,9	0,283 ^a
	Evet	7	25,0	15	53,6	6	21,4	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	28	20,4	61	44,5	48	35,0	0,276 ^b
	Evet	1	7,7	9	69,2	3	23,1	
Sağlık Çalışanı mısınız?	Hayır	29	20,9	67	48,2	43	30,9	0,027 ^b
	Evet	0	0,0	3	27,3	8	72,7	
Yaş	Ort.±SS	40,79±13,04		41,23±13,39		36,88±14,06		0,111 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	39,00 (18,00-69,00)		40,00 (19,00-74,00)		34,00 (18,00-74,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

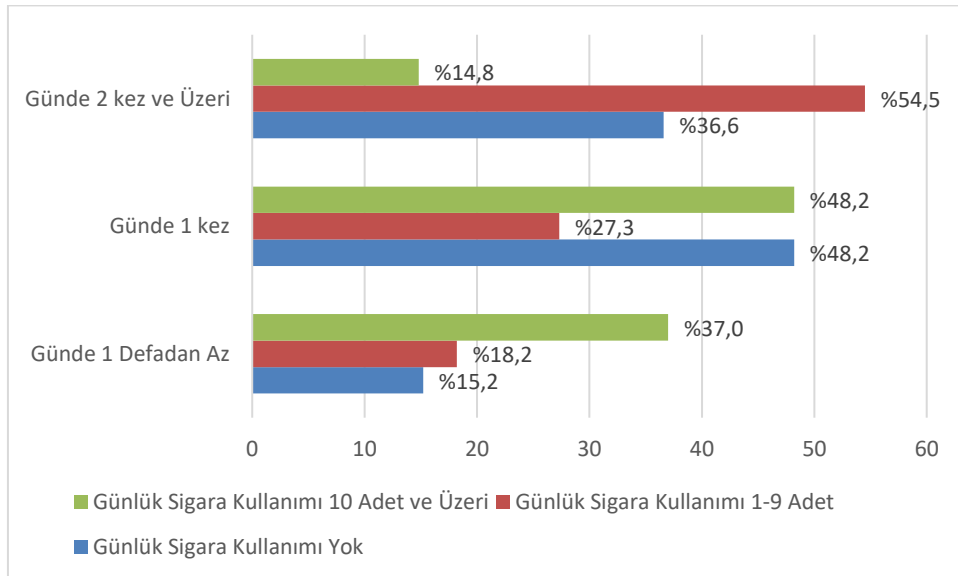
Diş fırçalama sıklığı ile cinsiyet, günlük sigara kullanımı ve sağlık çalışanı olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,028$ ve $p=0,027$). Bulguların dağılımı Şekil 4.2., Şekil 4.3. ve Şekil 4.4.'te özetlenmiştir.

Erkeklerin %26,7'si günde bir defadan az, %46,6'sı günde bir kez, %26,7'si günde 2 kez ve üzeri diş fırçalarken; kadınların ise %12,0'si günde bir defadan az, %46,7'si günde bir kez, %41,3'ü ise günde 2 kez ve üzeri diş fırçalamaktadır (Şekil 4.2.).



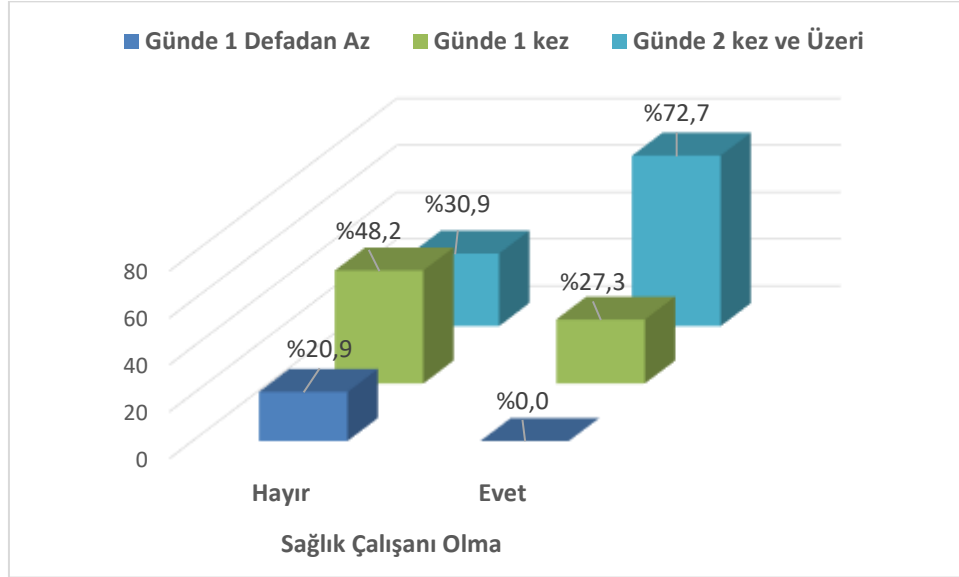
Şekil 4.2. Diş fırçalama sıklığı ile cinsiyet ilişkisi

Sigara içmeyenlerin %48,2'si günde bir kez, %36,6'sı günde 2 kez ve üzeri diş fırçalarken; günde 1-9 adet arası sigara içenlerin %27,3'ü günde 1 kez, %54,5'i günde 2 kez ve üzeri diş fırçalamaktadır. Günde 10 adet ve üzeri sigara içenlerin ise %48,2'si günde bir kez, %14,8'i günde 2 kez ve üzeri diş fırçalamaktadır (Şekil 4.3.).



Şekil 4.3. Diş fırçalama sıklığı ile günlük sigara kullanımı ilişkisi

Sağlık çalışanlarının %72,7'si günde 2 kez ve üzeri diş fırçalarken, sağlık çalışanı olmayanların ise %30,9'u günde 2 kez ve üzeri diş fırçalamaktadır (Şekil 4.4.).



Şekil 4.4. Diş fırçalama sıklığı ile sağlık çalışanı olma ilişkisi

DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Depresyon, DASS-21 Stres, eğitim durumu, sigara kullanımı, gelir düzeyi, medeni durum, sistemik hastalık, psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri ile diş fırçalama sıklığı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,447$, $p=0,945$, $p=0,482$, $p=0,137$, $p=0,080$, $p=0,195$, $p=0,564$, $p=0,283$ ve $p=0,276$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da diş fırçalama sıklığı kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,111$).

4.5.2. Diş ipi kullanımı ile ilişkili bulgular

Diş ipi kullanımının demografik özellikler, DASS-21 alt ölçekleri ve anamnez bulgularına göre dağılımı Çizelge 4.5.'te özetlenmektedir.

Çizelge 4.5. Diş ipi kullanımına ait bulgular

		Diş İpi Kullanımı				
		Hayır		Evet		
		N	%	N	%	
DASS-21 Anksiyete	Sağlıklı	80	89,9	9	10,1	0,046 ^b
	Hafif	19	100,0	0	0,0	
	Orta	27	93,1	2	6,9	
	İleri ve Üstü	9	69,2	4	30,8	

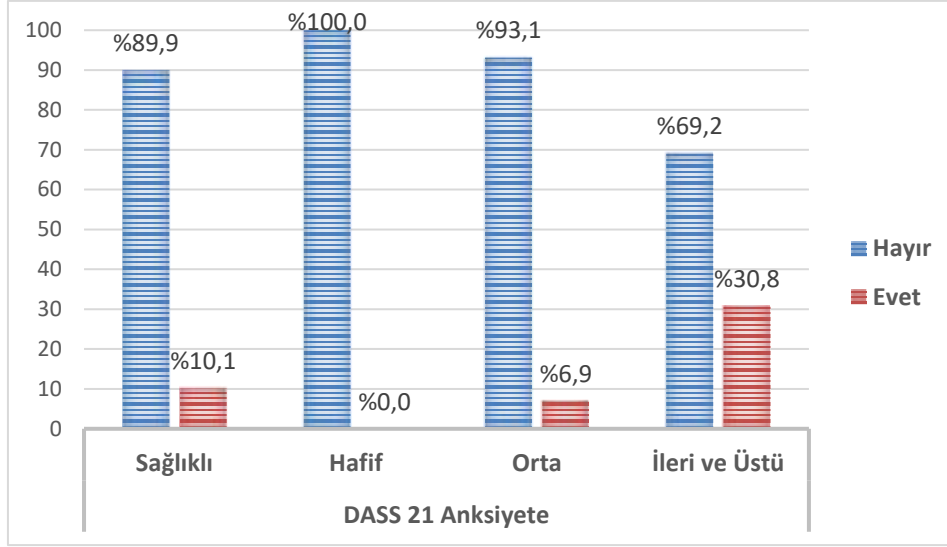
Çizelge 4.5. (devam) Diş ipi kullanımına ait bulgular

DASS-21 Depresyon	Sağlıklı	101	94,4	6	5,6	0,011 ^b
	Hafif	13	81,2	3	18,8	
	Orta	12	85,7	2	14,3	
	İleri ve Üstü	9	69,2	4	30,8	
DASS-21 Stres	Sağlıklı	112	92,6	9	7,4	0,015 ^b
	Hafif	11	91,7	1	8,3	
	Orta	3	50,0	3	50,0	
	İleri ve Üstü	9	81,8	2	18,2	
Cinsiyet	Erkek	68	90,7	7	9,3	0,785 ^a
	Kadın	67	89,3	8	10,7	
Eğitim Durumu	İlköğretim	34	97,1	1	2,9	0,175 ^b
	Lise	42	91,3	4	8,7	
	Lisans ve üstü	59	85,5	10	14,5	
Sigara Kullanımı	Hayır	99	88,4	13	11,6	0,357 ^b
	Evet	36	94,7	2	5,3	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	99	88,4	13	11,6	0,082 ^b
	1-9 adet	9	81,8	2	18,2	
	10 adet ve üzeri	27	100,0	0	0,0	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	12	70,6	5	29,4	0,015 ^b
	Asgari ücret	35	97,2	1	2,8	
	Asgari ücretten fazla	88	90,7	9	9,3	
Medeni Durum	Bekar	35	81,4	8	18,6	0,036 ^b
	Evli	100	93,5	7	6,5	
Sistemik Hastalık	Hayır	108	88,5	14	11,5	0,306 ^b
	Evet	27	96,4	1	3,6	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	123	89,8	14	10,2	1,000 ^b
	Evet	12	92,3	1	7,7	
Sağlık Çalışan mısınız?	Hayır	127	91,4	12	8,6	0,082 ^b
	Evet	8	72,7	3	27,3	
Yaş	Ort.±SS	40,33±13,24		33,73±15,93		0,035 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	39,00 (18,00-74,00)		26,00 (19,00-70,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Mann Whitney U testi

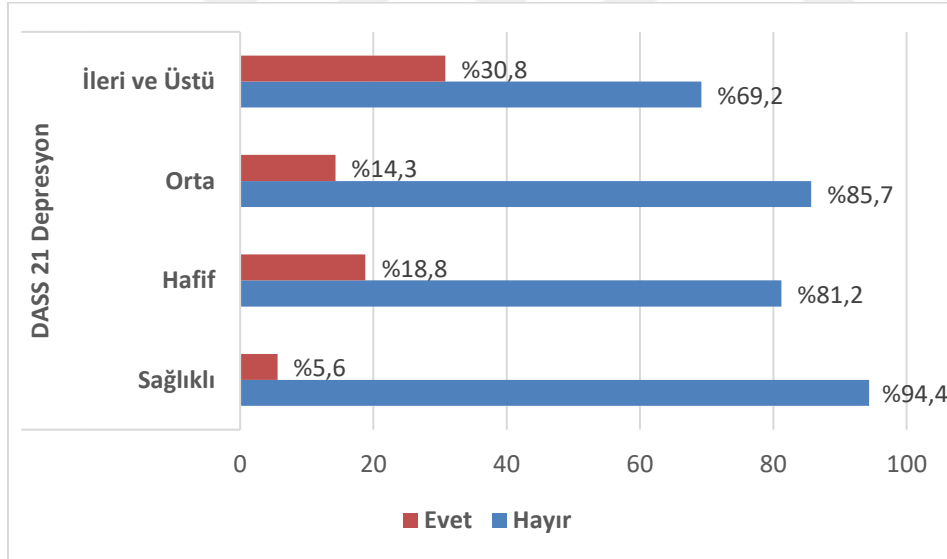
Diş ipi kullanımı ile DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Depresyon, DASS-21 Stres, gelir düzeyi, medeni durum değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,046$, $p=0,011$, $p=0,015$, $p=0,015$ ve $p=0,036$).

DASS-21 Anksiyete düzeyi için sağlıklı olanların %10,1'i, ileri ve çok ileri düzey anksiyete bulgusu olanların %30,8'i diş ipi kullanırken, hafif düzey anksiyetesi olanların ise hiçbiri diş ipi kullanmamaktadır (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Diş ipi kullanımı ile DASS-21 anksiyete ilişkisi

DASS-21 Depresyon düzeyi için sağlıklı olanların %5,6'sı, hafif düzey olanların %18,8'i, orta düzey olanların %14,3'ü ve ileri ve çok ileri düzey depresyon bulgusu olanların ise %30,8'i diş ipi kullanmaktadır (Şekil 4.6).



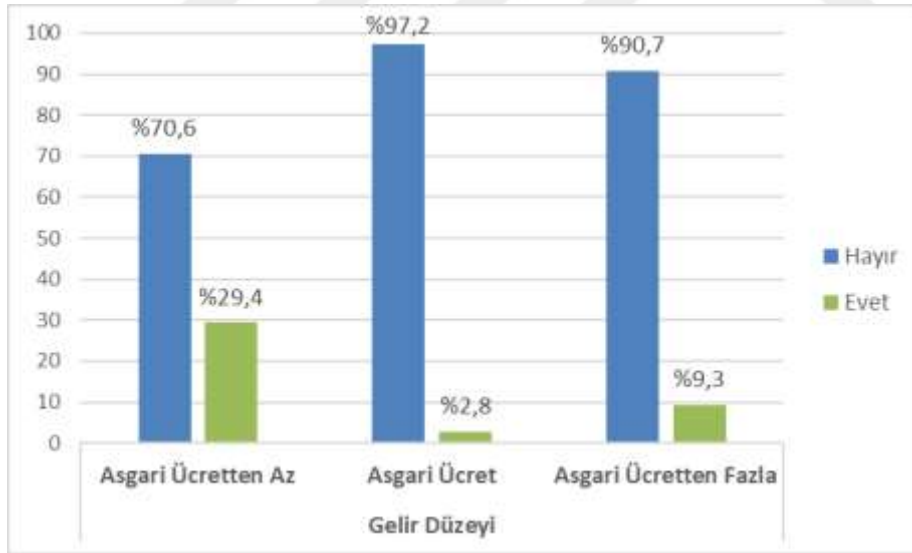
Şekil 4.6. Diş ipi kullanımı ile DASS-21 depresyon ilişkisi

DASS-21 Stres düzeyi için ise sağlıklı olanların %7,4'ü, hafif düzey olanların %8,3'ü, orta düzey olanların %50,0'si ve ileri ve çok ileri düzey stres bulgusu olanların ise %18,2'si diş ipi kullanmaktadır (Şekil 4.7).



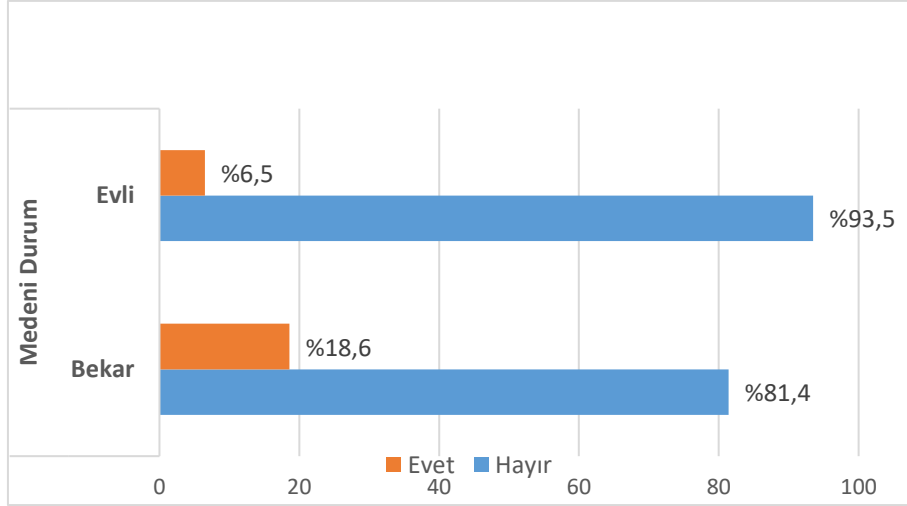
Şekil 4.7. Diş ipi kullanımı ile DASS-21stres ilişkisi

Gelir düzeyi asgari ücretin altında olanların %29,4'ü diş ipi kullanırken bu oran gelir düzeyi asgari ücret seviyesinde olanlarda %2,8 ve asgari ücretten fazla olanlarda ise %9,3'tür (Şekil 4.8.).



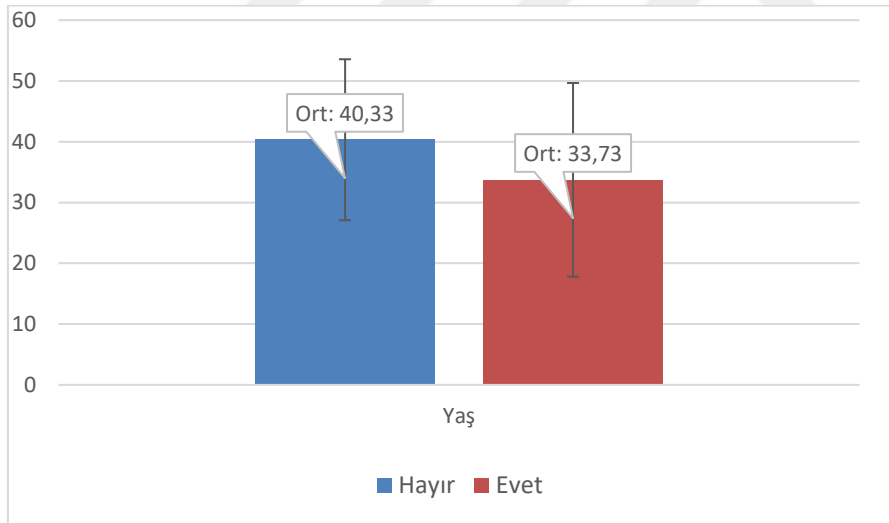
Şekil 4.8. Diş ipi kullanımı ile gelir düzeyi ilişkisi

Evli olanların %6,5'i, bekar olanların ise %18,6'sı diş ipi kullanmaktadır (Şekil 4.9.)



Şekil 4.9. Diş ipi kullanımı ile medeni durum ilişkisi

Ayrıca yaş değişkeni bakımından diş ipi kullanımı kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,035$). Diş ipi kullananlara ait yaş ortalaması $33,73 \pm 15,93$ iken kullanmayanlarda ise $40,33 \pm 13,24$ 'tür (Şekil 4.10.).



Şekil 4.10. Yaş için diş ipi kullanımının dağılımı

Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, günlük sigara kullanımı, sistemik hastalık, psikolojik hastalık öyküsü ve sağlık çalışanı olma değişkenleri ile diş ipi kullanımı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,785$, $p=0,175$, $p=0,357$, $p=0,082$, $p=0,306$, $p=1,000$ ve $p=0,082$).

4.5.3. Diş fırçalama süresi ile ilişkili bulgular

Diş fırçalama süresinin DASS-21 alt ölçekleri, demografik özellikler ve anamnez bulgularına göre dağılımı Çizelge 4.6.'da özetlenmiştir.

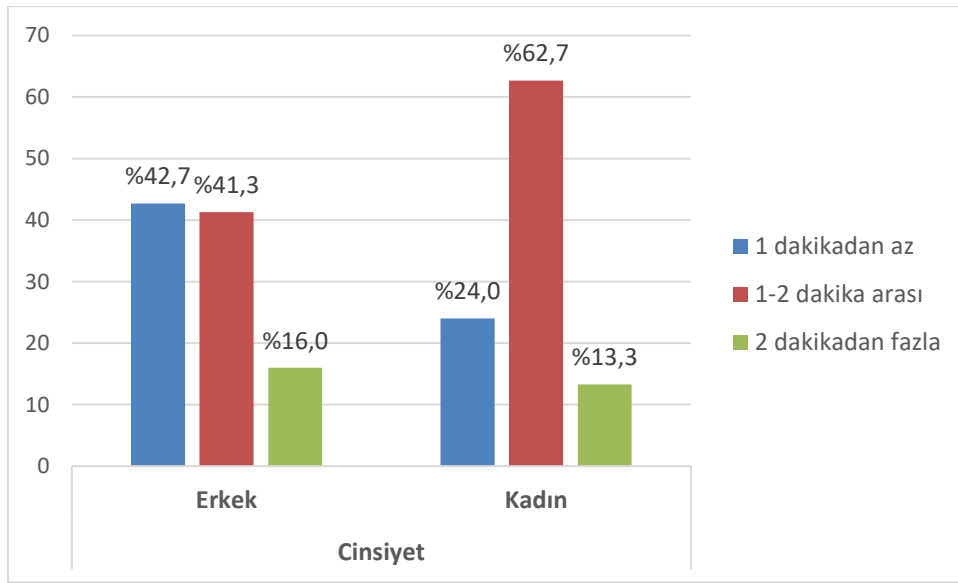
Çizelge 4.6. Diş fırçalama süresine ait bulgular

		Diş Fırçalama Süresi						p değeri
		1 Dakikadan Az		1-2 dk arası		2 Dakikadan Fazla		
		N	%	N	%	N	%	
DASS-21 Anksiyete	Sağlıklı	32	36,0	42	47,2	15	16,8	0,567 ^b
	Hafif	7	36,8	9	47,4	3	15,8	
	Orta	9	31,0	18	62,1	2	6,9	
	İleri ve Üstü	2	15,4	9	69,2	2	15,4	
DASS-21 Depresyon	Sağlıklı	39	36,4	56	52,3	12	11,2	0,312 ^b
	Hafif	5	31,2	8	50,0	3	18,8	
	Orta	2	14,3	9	64,3	3	21,4	
	İleri ve Üstü	4	30,8	5	38,4	4	30,8	
DASS-21 Stres	Sağlıklı	40	33,1	65	53,7	16	13,2	0,569 ^b
	Hafif	6	50,0	4	33,3	2	16,7	
	Orta	2	33,3	3	50,0	1	16,7	
	İleri ve Üstü	2	18,2	6	54,5	3	27,3	
Cinsiyet	Erkek	32	42,7	31	41,3	12	16,0	0,025 ^a
	Kadın	18	24,0	47	62,7	10	13,3	
Eğitim Durumu	İlköğretim	17	48,6	11	31,4	7	20,0	0,020 ^a
	Lise	17	37,0	26	56,5	3	6,5	
	Lisans ve üstü	16	23,2	41	59,4	12	17,4	
Sigara Kullanımı	Hayır	32	28,6	63	56,2	17	15,2	0,099 ^a
	Evet	18	47,3	15	39,5	5	13,2	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	32	28,6	63	56,2	17	15,2	0,187 ^b
	1-9 adet	4	36,4	6	54,5	1	9,1	
	10 adet ve üzeri	14	51,9	9	33,3	4	14,8	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	6	35,3	9	52,9	2	11,8	0,584 ^a
	Asgari ücret	9	25,0	19	52,8	8	22,2	
	Asgari ücretten fazla	35	36,1	50	51,5	12	12,4	
Medeni Durum	Bekar	11	25,6	24	55,8	8	18,6	0,388 ^a
	Evli	39	36,4	54	50,5	14	13,1	
Sistemik Hastalık	Hayır	38	31,2	67	54,9	17	13,9	0,325 ^a
	Evet	12	42,9	11	39,2	5	17,9	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	49	35,8	71	51,8	17	12,4	0,017 ^b
	Evet	1	7,7	7	53,8	5	38,5	
Sağlık Çalışanı mısınız?	Hayır	49	35,2	71	51,1	19	13,7	0,121 ^b
	Evet	1	9,1	7	63,6	3	27,3	
Yaş	Ort.±SS	41,94±13,40		38,37±13,64		39,09±13,98		0,281 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	40,00 (18,00-69,00)		37,00 (18,00-74,00)		41,50 (20,00-66,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

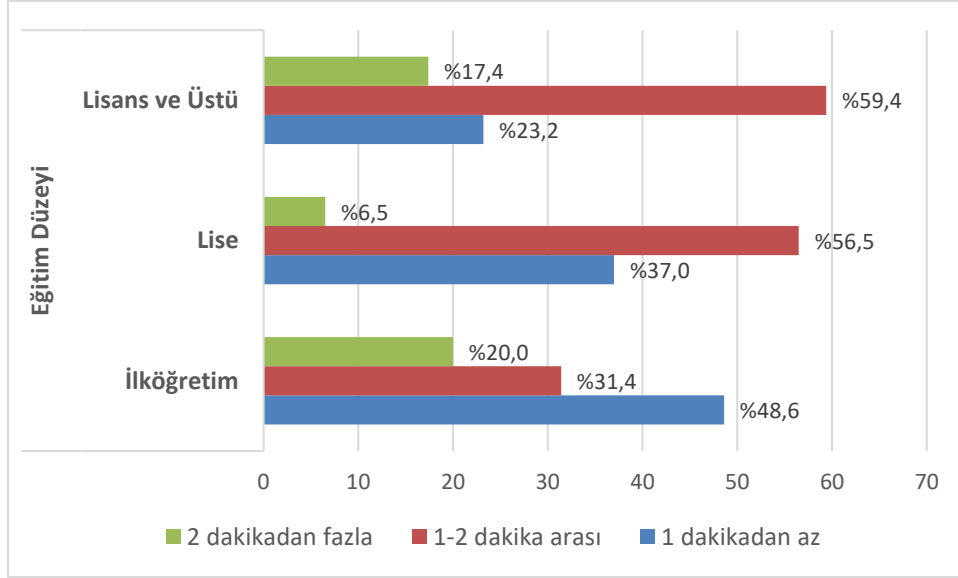
Diş fırçalama süresi ile cinsiyet, eğitim durumu, psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,025$, $p=0,020$ ve $p=0,017$).

Erkeklerin %42,7'si bir dakikadan az, %41,3'ü 1-2 dakika(dk.) arası, %16,0'sı 2 dakikadan fazla süre diş fırçalarken, kadınların ise %24,0'ü 1 dakikadan az, %62,7'si 1-2 dk. arası, %13,3'ü ise 2 dakikadan fazla süre diş fırçalamaktadır (Şekil 4.11.).



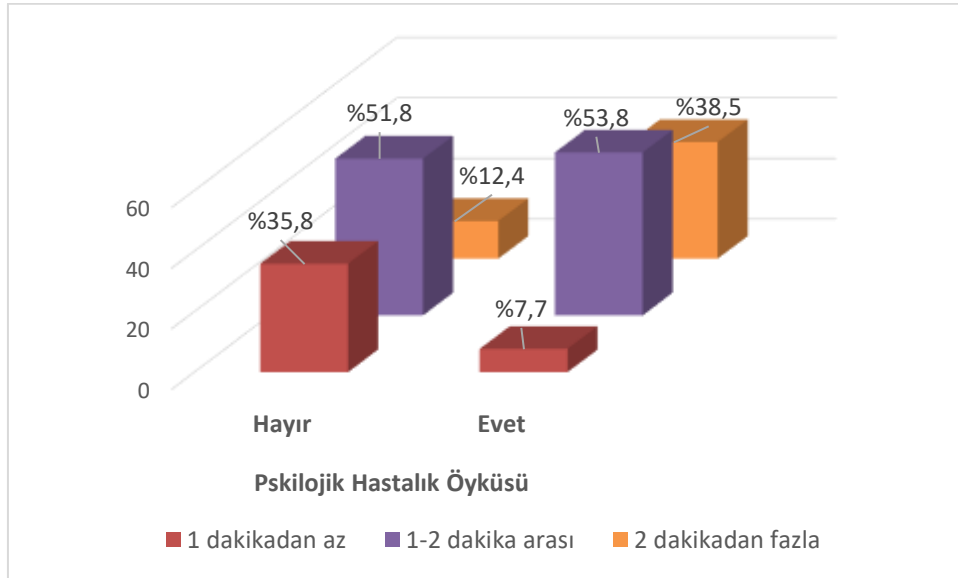
Şekil 4.11. Diş fırçalama süresi ile cinsiyet ilişkisi

İlköğretim mezunu olanların %48,6'sı 1 dakikadan az, %31,4'ü 1-2 dk. arası sürede, %20'si 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır. Lise mezunu olanların %37,0'si 1 dakikadan az, %56,5'i 1-2 dk. arası, %6,5'i 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır. Lisans ve lisans üstü mezunu olanların ise %23,2'si 1 dakikadan az sürede, %59,4'ü 1-2 dk. arası sürede %17,4'ü 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır (Şekil 4.12.).



Şekil 4.12. Diş fırçalama süresi ile eğitim düzeyi ilişkisi

Psikolojik hastalık öyküsü olanların %7,7'si 1 dakikadan az sürede, %51,8'i 1-2 dk. arası sürede ve %12,4'ü 2 dakikadan uzun sürede diş fırçalamaktadır. Psikolojik hastalık öyküsü olmayanların ise %35,8'i 1 dakikadan az sürede, %53,8'i 1-2 dk. arası sürede ve %38,5'i ise 2 dakikadan uzun sürede diş fırçalamaktadır (Şekil 4.13.).



Şekil 4.13. Diş fırçalama süresi ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi

DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Depresyon, DASS-21 Stres, sigara kullanımı, gelir düzeyi, medeni durum, sistemik hastalık, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile diş fırçalama süresi arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,567$, $p=0,312$, $p=0,569$, $p=0,099$,

$p=0,187$, $p=0,584$, $p=0,388$, $p=0,325$ ve $p=0,121$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da diş fırçalama süresi kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,281$).

4.5.4. “Size göre diş ve diş eti sağlığınız nasıl?” sorusu ile ilişkili bulgular

Bireysel algılanan diş ve diş eti sağlığı ile demografik özellikler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.7.’de özetlenmiştir.

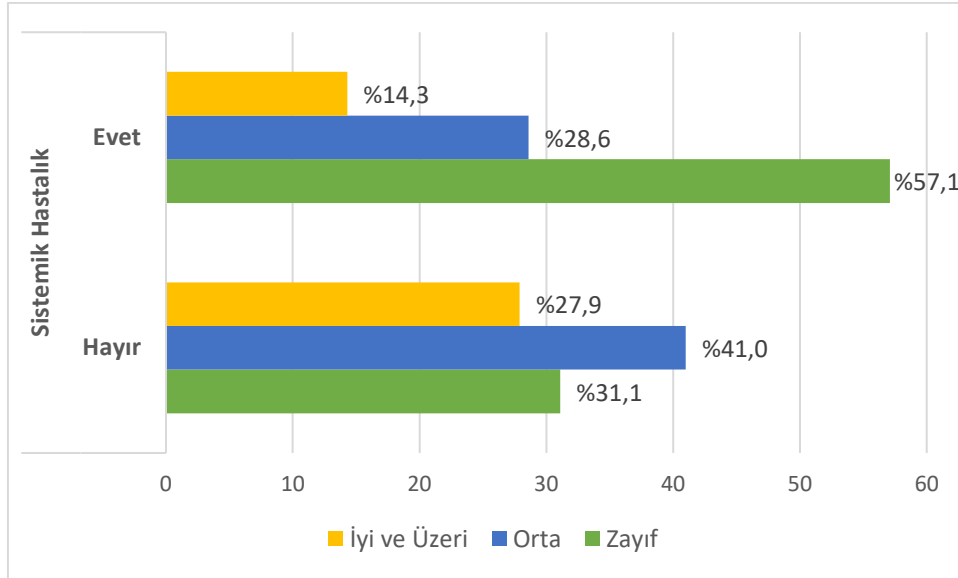
Çizelge 4.7. Bireysel algılanan diş ve diş eti sağlığı bulguları

Değişkenler		Size Göre Diş ve Dişeti Sağlığınız Nasıl						p değeri
		Zayıf		Orta		İyi ve Üzeri		
		N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	24	32,0	31	41,3	20	26,7	0,592 ^a
	Kadın	30	40,0	27	36,0	18	24,0	
Eğitim Durumu	İlköğretim	19	54,3	11	31,4	5	14,3	0,069 ^a
	Lise	17	37,0	18	39,1	11	23,9	
	Lisans ve üstü	18	26,1	29	42,0	22	31,9	
Sigara Kullanımı	Hayır	35	31,2	47	42,0	30	26,8	0,112 ^a
	Evet	19	50,0	11	28,9	8	21,1	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	35	31,2	47	42,0	30	26,8	0,336 ^b
	1-9 adet	5	45,4	3	27,3	3	27,3	
	10 adet ve üzeri	14	51,9	8	29,6	5	18,5	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	4	23,5	10	58,9	3	17,6	0,303 ^a
	Asgari ücret	16	44,4	13	36,2	7	19,4	
	Asgari ücretten fazla	34	35,1	35	36,1	28	28,8	
Medeni Durum	Bekar	14	32,6	17	39,5	12	27,9	0,832 ^a
	Evli	40	37,4	41	38,3	26	24,3	
Sistemik Hastalık	Hayır	38	31,1	50	41,0	34	27,9	0,033 ^a
	Evet	16	57,1	8	28,6	4	14,3	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	49	35,8	54	39,4	34	24,8	0,816 ^b
	Evet	5	38,4	4	30,8	4	30,8	
Sağlık Çalışan mısınız?	Hayır	51	36,7	53	38,1	35	25,2	0,856 ^b
	Evet	3	27,3	5	45,4	3	27,3	
Yaş	Ort.±SS	41,83±13,05		38,45±13,32		38,45±14,78		0,341 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	39,50 (21,00-74,00)		37,00 (18,00-74,00)		38,50 (18,00-70,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

“Size Göre Diş ve Dişeti Sağlığınız Nasıl?” sorusuna verilen yanıt ile sistemik hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,033$).

Sistemik hastalık öyküsü olmayanların %31,1’i bu soruya zayıf, sistemik hastalık öyküsü bulunanların ise %57,1’i bu soruya zayıf cevabını vermiştir (Şekil 4.14.).



Şekil 4.14. “Size göre diş ve dişeti sağlığınız nasıl” sorusuna verilen yanıt ile sistemik hastalık ilişkisi

Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, gelir düzeyi, medeni durum, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile soruya verilen yanıt arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,783$, $p=0,495$, $p=0,592$, $p=0,069$, $p=0,112$, $p=0,336$, $p=0,303$, $p=0,832$, $p=0,816$ ve $p=0,856$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da “Size göre diş ve dişeti sağlığınız nasıl?” sorusuna verilen yanıt kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,341$).

4.5.5. Diş fırçası değiştirme sıklığı ile ilişkili bulgular

Diş fırçası değiştirme sıklığı ile DASS-21 alt ölçekleri, demografik özellikler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.8.’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.8. Diş fırçası değiştirme sıklığı bulguları

Değişkenler		Dış Fırçası Değiştirme Sıklığı						p değeri
		≤ 3 Ay		3-6 Ay Arası		6 aydan Fazla		
		N	%	N	%	N	%	
DASS-21 Anksiyete	Sağlıklı	40	44,9	31	34,8	18	20,3	0,781 ^b
	Hafif	9	47,4	4	21,1	6	31,5	
	Orta	14	48,3	9	31,0	6	20,7	
	İleri ve Üstü	4	30,8	5	38,4	4	30,8	
DASS-21 Depresyon	Sağlıklı	46	43,0	35	32,7	26	24,3	0,417 ^b
	Hafif	10	62,5	4	25,0	2	12,5	
	Orta	7	50,0	6	42,9	1	7,1	
	İleri ve Üstü	4	30,8	4	30,8	5	38,4	
DASS-21 Stres	Sağlıklı	52	43,0	42	34,7	27	22,3	0,217 ^b
	Hafif	8	66,7	1	8,3	3	25,0	
	Orta	1	16,7	4	66,6	1	16,7	

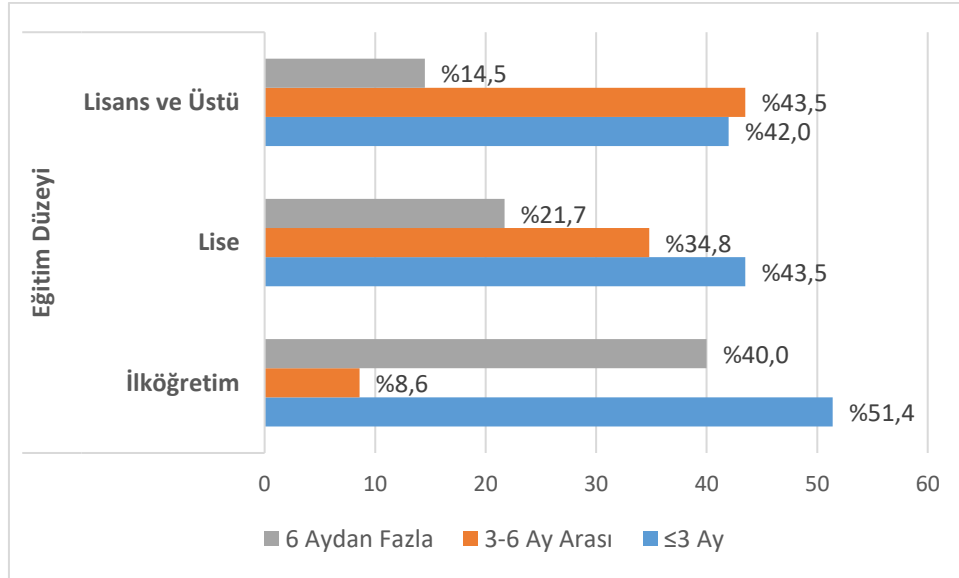
Çizelge 4.8. (devam) Diş fırçası değiştirme sıklığı bulguları

	İleri ve Üstü	6	54,5	2	18,2	3	27,3	
Cinsiyet	Erkek	27	36,0	27	36,0	21	28,0	0,086 ^a
	Kadın	40	53,3	22	29,3	13	17,3	
Eğitim Durumu	İlköğretim	18	51,4	3	8,6	14	40,0	0,003 ^a
	Lise	20	43,5	16	34,8	10	21,7	
	Lisans ve üstü	29	42,0	30	43,5	10	14,5	
Sigara Kullanımı	Hayır	50	44,7	38	33,9	24	21,4	0,773 ^a
	Evet	17	44,7	11	28,9	10	26,4	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	50	44,7	38	33,9	24	21,4	0,885 ^b
	1-9 adet	6	54,5	3	27,3	2	18,2	
	10 adet ve üzeri	11	40,7	8	29,6	8	29,6	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	7	41,2	6	35,3	4	23,5	0,676 ^a
	Asgari ücret	20	55,6	9	25,0	7	19,4	
	Asgari ücretten fazla	40	41,2	34	35,1	23	23,7	
Medeni Durum	Bekar	21	48,8	15	34,9	7	16,3	0,494 ^a
	Evli	46	43,0	34	31,8	27	25,2	
Sistemik Hastalık	Hayır	58	47,5	41	33,6	23	18,9	0,061 ^a
	Evet	9	32,1	8	28,6	11	39,3	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	61	44,5	47	34,3	29	21,2	0,249 ^b
	Evet	6	46,2	2	15,4	5	38,4	
Sağlık Çalışan mısınız?	Hayır	62	44,6	44	31,7	33	23,7	0,522 ^b
	Evet	5	45,5	5	45,5	1	9,0	
Yaş	Ort.±SS	37,97±12,88		39,45±13,13		43,32±15,33		0,305 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	38,00 (18,00-66,00)		38,00 (18,00-74,00)		40,50 (21,00-74,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

Diş fırçası değiştirme sıklığı ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,003$).

İlköğretim mezunu olanların %40'ı diş fırçasını 6 aydan uzun sürede değiştirirken, lise mezunu olanların %21,7'si, lisans ve lisans üstü mezunu olanların ise %14,5'i 6 aydan uzun sürede diş fırçasını değiştirmektedir (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. Diş fırçası değiştirme sıklığı ile eğitim düzeyi ilişkisi

DASS-21 Anksiyete, DASS-21 Depresyon, DASS-21 Stres, cinsiyet, sigara kullanımı, gelir düzeyi, medeni durum, sistemik hastalık, psikolojik hastalık öyküsü, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile diş fırçası değiştirme sıklığı arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,781$, $p=0,417$, $p=0,217$, $p=0,086$, $p=0,773$, $p=0,885$, $p=0,676$, $p=0,494$, $p=0,061$, $p=0,249$ ve $p=0,522$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da diş fırçası değiştirme sıklığı kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,305$).

4.6. DASS-21 Alt Ölçekleri ile İlişkili Bulgular

4.6.1. DASS-21 Anksiyete düzeyi ile ilişkili bulgular

DASS-21 Anksiyete alt ölçeği ile demografik özellikler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.9.'da özetlenmiştir.

Çizelge 4.9. DASS-21 Anksiyete düzeyi bulguları

		DASS-21 Anksiyete								p değeri
		Sağlıklı		Hafif		Orta		İleri ve Üstü		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	51	68,0	8	10,7	11	14,7	5	6,6	0,191 ^a
	Kadın	38	50,6	11	14,7	18	24,0	8	10,7	
Eğitim Durumu	İlköğretim	17	48,6	6	17,1	8	22,9	4	11,4	0,657 ^b
	Lise	27	58,7	5	10,9	11	23,9	3	6,5	
	Lisans ve üstü	45	65,2	8	11,6	10	14,5	6	8,7	
Medeni Durum	Bekar	25	58,1	5	11,6	7	16,3	6	14,0	0,512 ^a
	Evli	64	59,8	14	13,1	22	20,6	7	6,5	

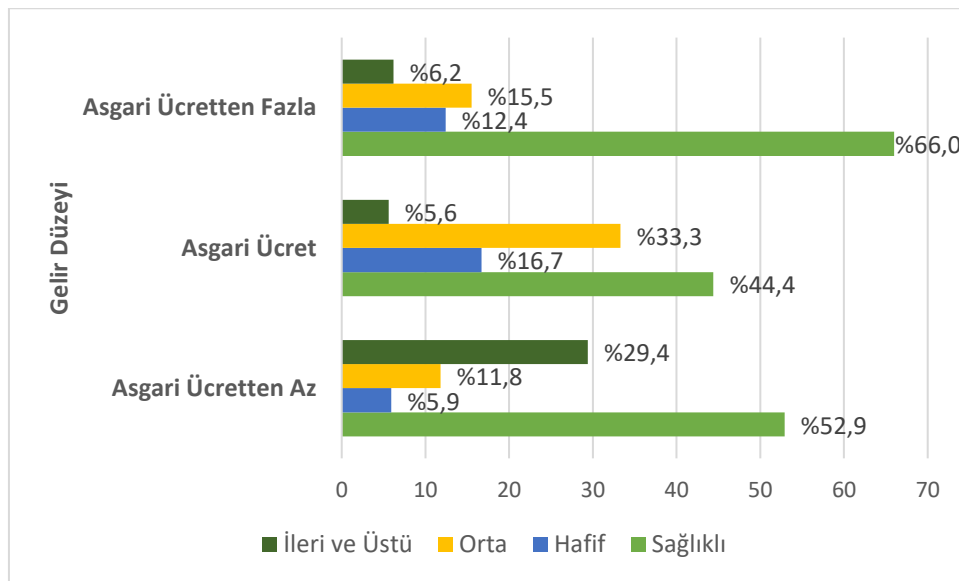
Çizelge 4.9. (devam) DASS-21 Anksiyete düzeyi bulguları

Çocuk Varlığı	Hayır	30	58,8	5	9,8	9	17,6	7	13,7	0,407 ^a
	Evet	59	59,6	14	14,1	20	20,2	6	6,1	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	9	52,9	1	5,9	2	11,8	5	29,4	0,018 ^a
	Asgari ücret	16	44,4	6	16,7	12	33,3	2	5,6	
	Asgari ücretten fazla	64	66,0	12	12,4	15	15,5	6	6,2	
Sigara Kullanımı	Hayır	67	59,8	15	13,4	21	18,8	9	8,0	0,922 ^b
	Evet	22	57,9	4	10,5	8	21,1	4	10,5	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	67	59,8	15	13,4	21	18,8	9	8,0	0,864 ^b
	1-9 adet	5	45,4	2	18,2	3	27,3	1	9,1	
	10 adet ve üzeri	17	63,0	2	7,4	5	18,5	3	11,1	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	84	61,3	17	12,4	28	20,4	8	5,8	0,005 ^b
	Evet	5	38,5	2	15,4	1	7,7	5	38,5	
Sistemik Hastalık	Hayır	75	61,5	16	13,1	22	18,0	9	7,4	0,460 ^b
	Evet	14	50,0	3	10,7	7	25,0	4	14,3	
Sağlık Çalışan mısınız?	Hayır	84	60,4	18	12,9	26	18,6	11	7,9	0,434 ^b
	Evet	5	45,5	1	9,1	3	27,3	2	18,1	
Yaş	Ort.±SS	39,27±13,14		39,89±13,46		41,52±13,93		37,92±17,25		0,771 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	38,00 (18,00-74,00)		38,00 (22,00-68,00)		40,00 (18,00-74,00)		38,00 (20,00-70,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

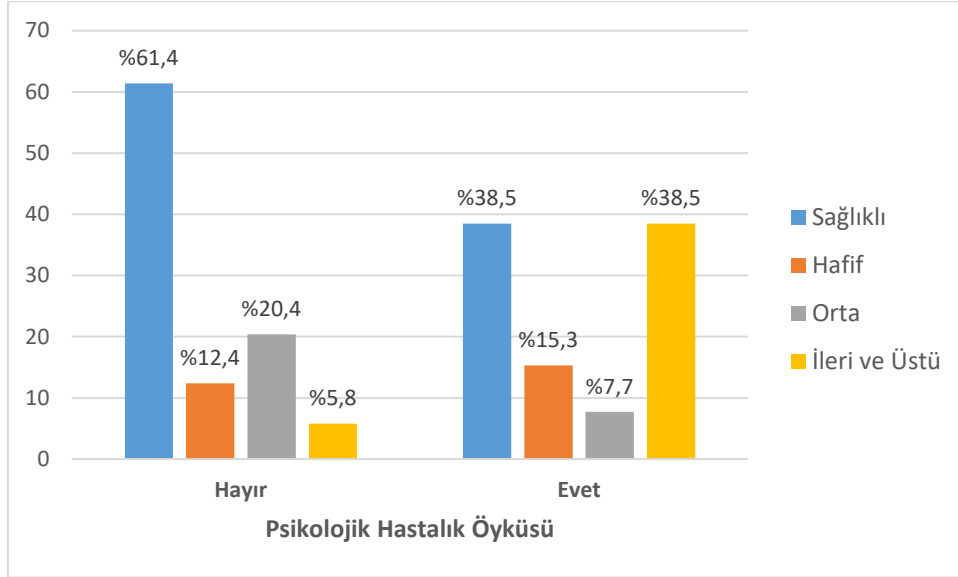
DASS-21 Anksiyete düzeyi ile gelir düzeyi ve psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,018$ ve $p=0,005$).

Asgari ücretten az gelir düzeyine sahip olanların %29,4'ü ileri ve çok ileri düzey anksiyeteye sahipken, bu oran asgari ücret civarı geliri olanlarda %5,6 ve asgari ücretten fazla gelire sahip olanlarda %6,2'dir (Şekil 4.16.).



Şekil 4.16. DASS-21 anksiyete ile gelir düzeyi ilişkisi

Psikolojik hastalık öyküsü olanların %38,5'inin anksiyete düzeyi ileri ve çok ileri düzey iken, psikolojik hastalık öyküsü olmayanlarda bu oran %5,8'dir (Şekil 4.17.).



Şekil 4.17. DASS-21 anksiyete ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, sigara kullanımı, günlük sigara kullanımı, sistemik hastalık, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile DASS-21 Anksiyete düzeyi arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır

(Sırasıyla $p=0,191$, $p=0,657$, $p=0,512$, $p=0,407$, $p=0,922$, $p=0,864$, $p=0,460$ ve $p=0,434$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da DASS-21 Anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,771$).

4.6.2. DASS-21 Depresyon düzeyi ile ilişkili bulgular

DASS-21 Depresyon alt ölçeği ile demografik özellikler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.10'da özetlenmiştir.

Çizelge 4.10. DASS-21 Depresyon düzeyi bulguları

Değişkenler		DASS-21 Depresyon								p değeri
		Sağlıklı		Hafif		Orta		İleri ve Üstü		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	57	76,0	10	13,3	3	4,0	5	6,7	0,081 ^a
	Kadın	50	66,7	6	8,0	11	14,7	8	10,7	
Eğitim Durumu	İlköğretim	28	80,0	1	2,9	2	5,7	4	11,4	0,393 ^b
	Lise	35	76.1	5	10.9	3	6.5	3	6.5	

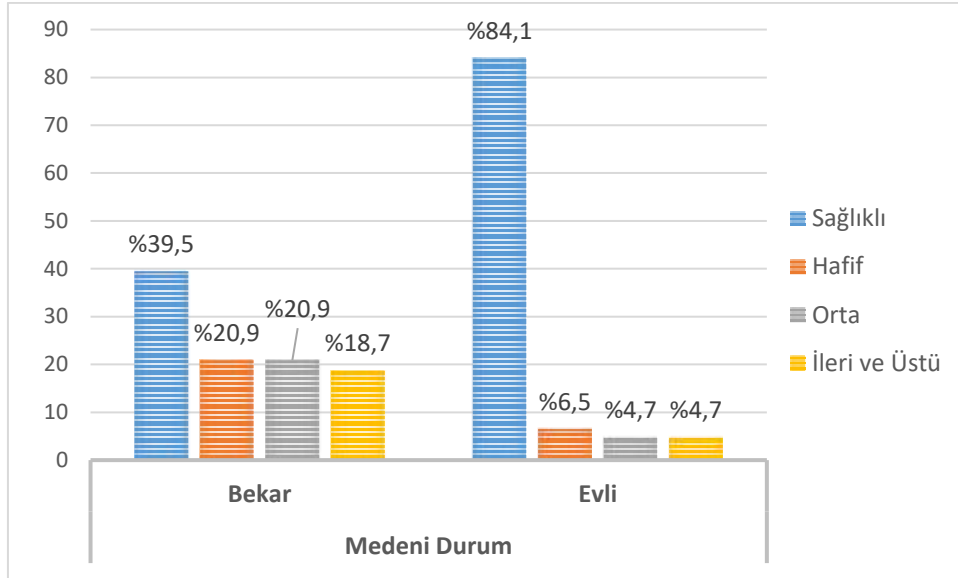
Çizelge 4.10. (devam) DASS-21 Depresyon düzeyi bulguları

	Lisans ve üstü	44	63,8	10	14,5	9	13,0	6	8,7	
Medeni Durum	Bekar	17	39,5	9	20,9	9	20,9	8	18,7	<0,001 ^b
	Evli	90	84,1	7	6,5	5	4,7	5	4,7	
Çocuk Varlığı	Hayır	23	45,1	9	17,6	10	19,6	9	17,6	<0,001 ^b
	Evet	84	84,8	7	7,1	4	4,0	4	4,0	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	4	23,5	2	11,8	3	17,6	8	47,1	<0,001 ^b
	Asgari ücret	28	77,8	4	11,1	3	8,3	1	2,8	
	Asgari ücretten fazla	75	77,4	10	10,3	8	8,2	4	4,1	
Sigara Kullanımı	Hayır	82	73,3	11	9,8	10	8,9	9	8,0	0,777 ^b
	Evet	25	65,8	5	13,2	4	10,5	4	10,5	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	82	73,3	11	9,8	10	8,9	9	8,0	0,581 ^b
	1-9 adet	6	54,5	3	27,3	1	9,1	1	9,1	
	10 adet ve üzeri	19	70,4	2	7,4	3	11,1	3	11,1	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	102	74,5	15	10,9	13	9,5	7	5,1	<0,001 ^b
	Evet	5	38,5	1	7,7	1	7,7	6	46,1	
Sistemik Hastalık	Hayır	85	69,7	13	10,7	12	9,8	12	9,8	0,798 ^b
	Evet	22	78,6	3	10,7	2	7,1	1	3,6	
Sağlık Çalışanısınız?	Hayır	100	71,9	14	10,1	13	9,4	12	8,6	0,788 ^b
	Evet	7	63,6	2	18,2	1	9,1	1	9,1	
Yaş	Ort.±SS	41,99±13,17		37,13±12,94		31,43±11,09		32,54±15,35		0,003 ^c
	Ortanca (Min.-Maks.)	40,00 (18,00-74,00)		36,00 (19,00-59,00)		29,50 (18,00-58,00)		24,00 (20,00-70,00)		

a: Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi, c:Kruskal Wallis H testi

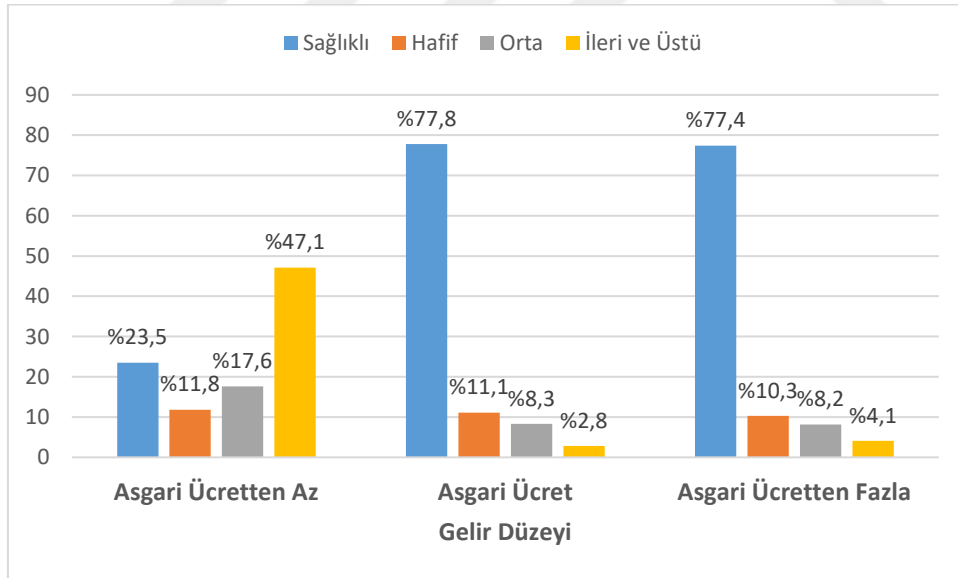
DASS-21 Depresyon düzeyi ile medeni durum, yaş, çocuk varlığı, gelir düzeyi ve psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Evli olanların %84,1'i sağlıklı iken bekar olanların ise %20,9'u hafif düzey, %20,9'u orta düzey ve %18,7'si ise ileri ve çok ileri depresyon düzeyine sahiptir (Şekil 4.18.).



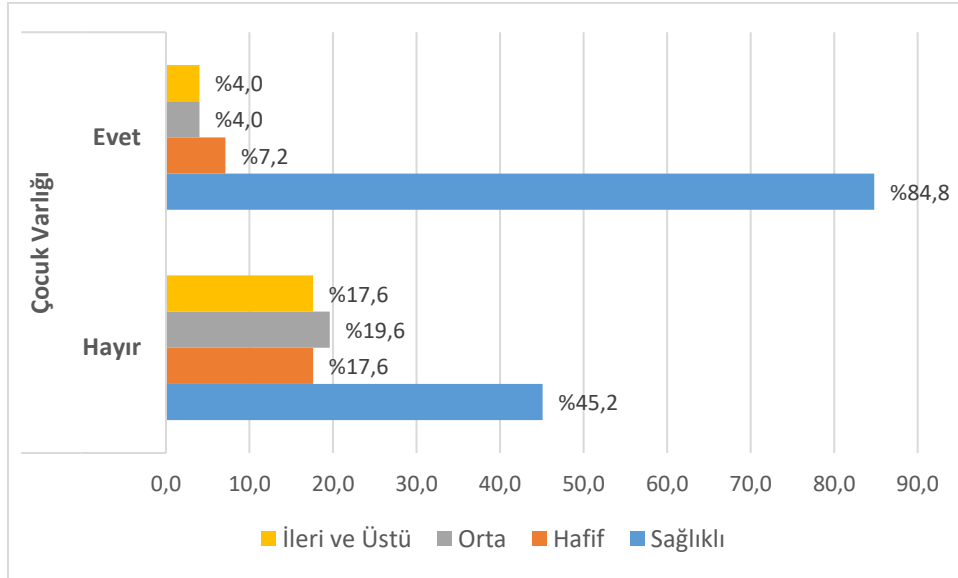
Şekil 4.18. DASS-21 depresyon ile medeni durum ilişkisi

Asgari ücretten az gelir düzeyine sahip olanların %47,1'i ileri ve çok ileri depresyon düzeyine sahipken, bu oran asgari ücret civarı geliri olanlarda %2,8 ve asgari ücretten fazla gelire sahip olanlarda %4,1'dir (Şekil 4.19.)



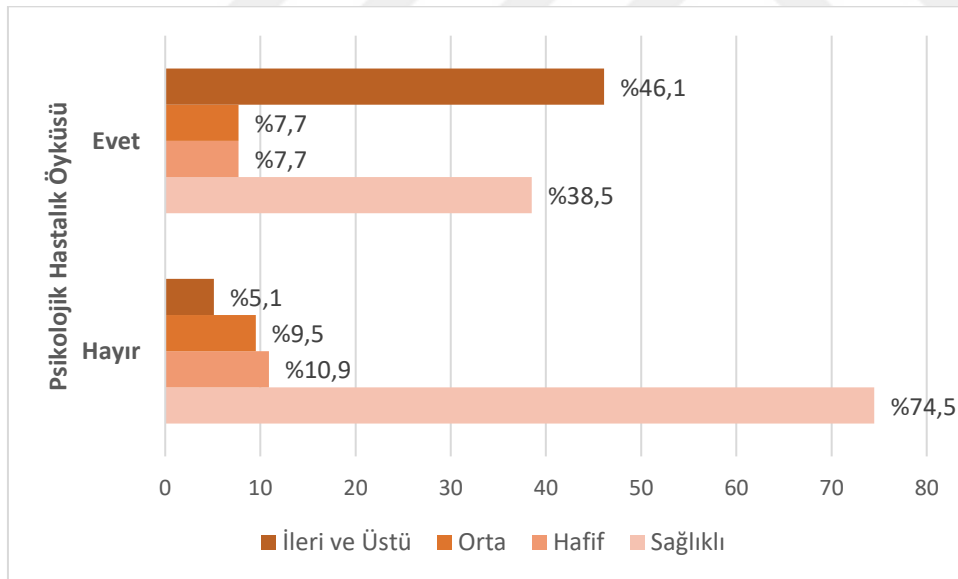
Şekil 4.19. DASS-21 depresyon ile gelir düzeyi ilişkisi

Çocuk sahibi olanların %84,8'i sağlıklı iken çocuk sahibi olmayanların %17,6'sı hafif düzey, %19,6'sı orta düzey ve %17,6'sı ise ileri ve çok ileri depresyon düzeyine sahiptir (Şekil 4.20.).



Şekil 4.20. DASS-21 depresyon ile çocuk varlığı ilişkisi

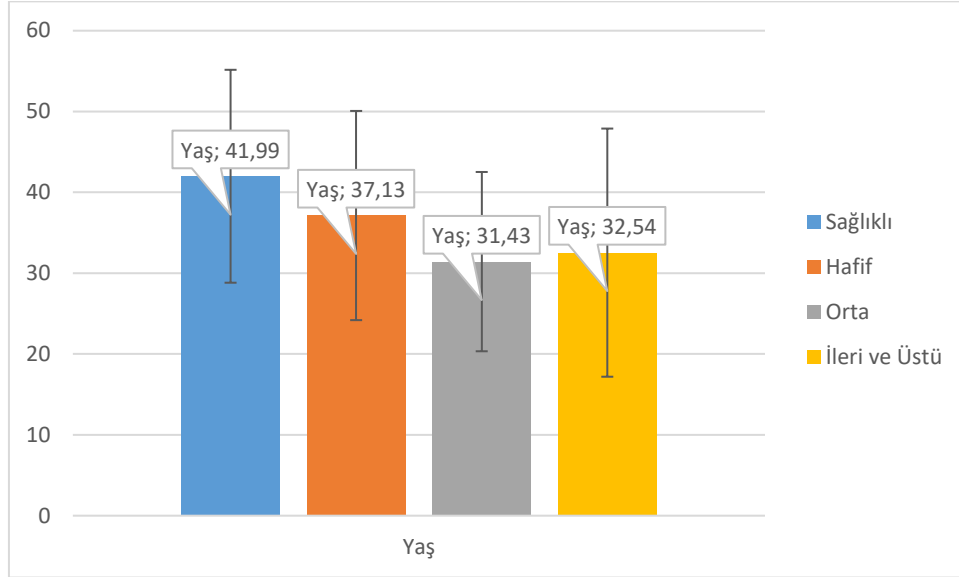
Psikolojik hastalık öyküsü olanların %46,1'inin depresyon düzeyi ileri ve çok ileri düzey iken, psikolojik hastalık öyküsü olmayanlarda bu oran %5,1'dir (Şekil 4.21.).



Şekil 4.21. DASS-21 depresyon ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi

Ayrıca yaş değişkeni bakımından da DASS-21 Depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,003$). Sağlıklı olanlara ait yaş ortalaması $41,99 \pm 13,17$ (ortanca:40, 18-74 yaş aralığı) iken, depresyon düzeyi hafif olanlarda bu ortalama $37,13 \pm 12,94$ (ortanca:36, 19-59 yaş aralığı), orta düzey depresyonu olanlarda

31,43±11,09 (ortanca:29,5; 18-58 yaş aralığı), ileri ve çok ileri düzey depresyonu olanlarda ise 32,54±15,35(ortanca:24, 20-70 yaş aralığı)'tir (Şekil 4.22.).



Şekil 4.22. DASS-21 depresyon ile yaş ilişkisi

Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, günlük sigara kullanımı, sistemik hastalık, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile DASS-21 Depresyon düzeyi arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,081$, $p=0,393$, $p=0,777$, $p=0,581$, $p=0,798$ ve $p=0,788$).

4.6.3. DASS-21 Stres düzeyi ile ilişkili bulgular

DASS-21 Stres düzeyi ile demografik özellikler ve anamnez bulguları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.11.'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.11. DASS-21 stres düzeyi bulguları

		DASS-21 Stres								p değeri
		Sağlıklı		Hafif		Orta		İleri ve Üstü		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	61	81,3	6	8,0	2	2,7	6	8,0	0,905 ^a
	Kadın	60	80,0	6	8,0	4	5,3	5	6,7	
Eğitim Durumu	İlköğretim	26	74,3	3	8,6	2	5,7	4	11,4	0,473 ^a
	Lise	39	84,8	5	10,9	0	0,0	2	4,3	
	Lisans ve üstü	56	81,2	4	5,8	4	5,8	5	7,2	
Medeni Durum	Bekar	30	69,8	7	16,2	3	7,0	3	7,0	0,055 ^a
	Evli	91	85,0	5	4,7	3	2,8	8	7,5	

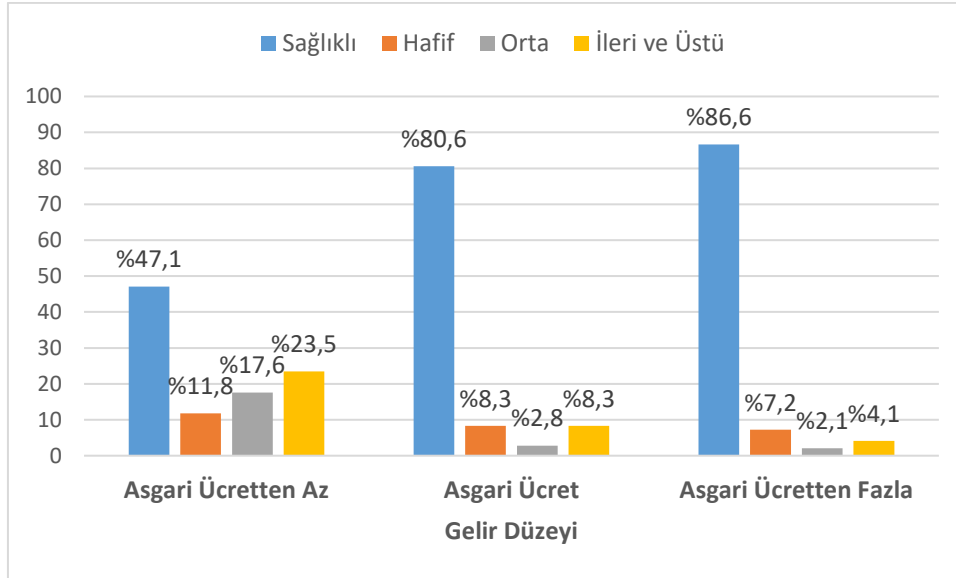
Çizelge 4.11. (devam) DASS-21 stres düzeyi bulguları

Çocuk Varlığı	Hayır	38	74,5	6	11,8	3	5,9	4	7,8	0,444 ^a
	Evet	83	83,8	6	6,1	3	3,0	7	7,1	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretten az	8	47,1	2	11,8	3	17,6	4	23,5	0,005 ^a
	Asgari ücret	29	80,6	3	8,3	1	2,8	3	8,3	
	Asgari ücretten fazla	84	86,6	7	7,2	2	2,1	4	4,1	
Sigara Kullanımı	Hayır	93	83,0	6	5,4	6	5,4	7	6,2	0,078 ^a
	Evet	28	73,7	6	15,8	0	0,0	4	10,5	
Günlük Sigara Kullanımı	Yok	93	83,0	6	5,4	6	5,4	7	6,2	0,202 ^a
	1-9 adet	9	81,8	1	9,1	0	0,0	1	9,1	
	10 adet ve üzeri	19	70,4	5	18,5	0	0,0	3	11,1	
Psikolojik Hastalık Öyküsü	Hayır	113	82,5	11	8,0	6	4,4	7	5,1	0,030 ^a
	Evet	8	61,5	1	7,7	0	0,0	4	30,8	
Sistemik Hastalık	Hayır	96	78,7	11	9,0	4	3,3	11	9,0	0,200 ^a
	Evet	25	89,3	1	3,6	2	7,1	0	0,0	
Sağlık Çalışan mısınız?	Hayır	114	82,0	11	7,9	5	3,6	9	6,5	0,117 ^a
	Evet	7	63,6	1	9,1	1	9,1	2	18,2	
Yaş	Ort.±SS	40,10±13,38		35,17±13,57		37,33±16,73		41,09±15,48		0,614 ^b
	Ortanca (Min.-Maks.)	39,00 (18,00-74,00)		36,00 (19,00-55,00)		29,50 (24,00-66,00)		40,00 (20,00-70,00)		

a: Fisher-exact testi, b:Kruskal Wallis H testi

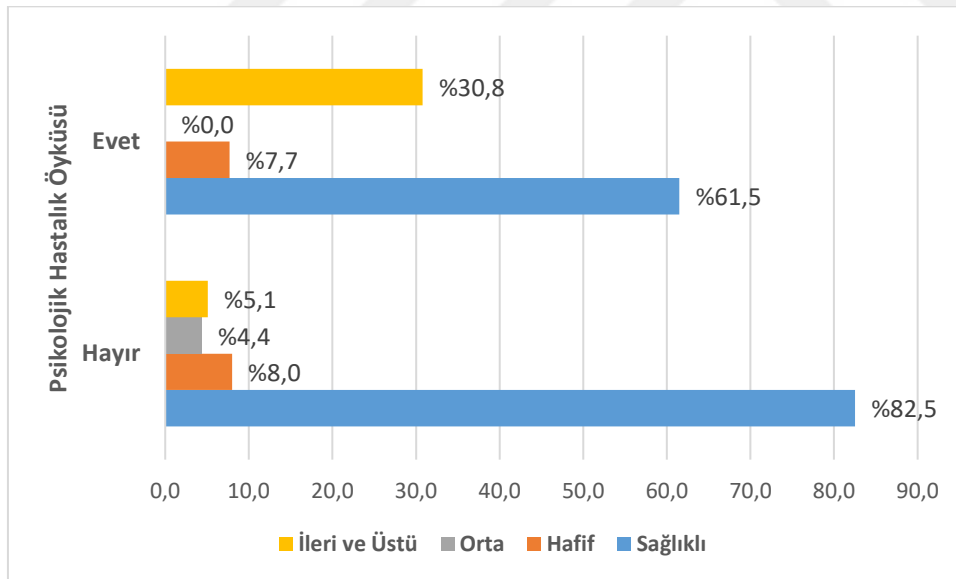
DASS-21 Stres düzeyi ile gelir düzeyi ve psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,005$ ve $p=0,030$).

Asgari ücretten az gelir düzeyine sahip olanların %23,5'i ileri ve çok ileri stres düzeyine sahipken, bu oran asgari ücret civarı geliri olanlarda %8,3 ve asgari ücretten fazla gelire sahip olanlarda %4,1'dir (Şekil 4.23.).



Şekil 4.23. DASS-21 stres ile gelir düzeyi ilişkisi

Psikolojik hastalık öyküsü olanların %30,8'inin stres düzeyi ileri ve çok ileri iken, psikolojik hastalık öyküsü olmayanlarda bu oran %5,1'dir (Şekil 4.24.).



Şekil 4.24. DASS-21 stres ile psikolojik hastalık öyküsü ilişkisi

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk varlığı, sigara kullanımı, günlük sigara kullanımı, sistemik hastalık, sağlık çalışanı olma değişkenleri ile DASS-21 Stres düzeyi arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,905$, $p=0,473$, $p=0,055$, $p=0,444$, $p=0,078$, $p=0,202$, $p=0,200$ ve $p=0,117$). Ayrıca yaş değişkeni bakımından da DASS-21 Stres düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,614$).

4.7. DASS-21 Anksiyete Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları

DASS-21 Anksiyete düzeyi açısından cinsiyet anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur ($p=0,032$). Cinsiyetin kadın olması erkek olmasına göre anksiyete riskini 2,069 kat artırmaktadır (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. DASS-21 Anksiyete alt ölçeği risk bulguları

		P değeri	OO
Yaş		0,665	1,005
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0,032	2,069
Eğitim Durumu (Lisans ve Üstü)	İlköğretim	0,104	1,985
	Lise	0,479	1,319
Medeni Durum (Evli)	Bekar	0,850	1,072
Gelir Düzeyi (Asgari Ücretten Fazla)	Asgari Ücretten Az	0,305	1,724
	Asgari Ücret	0,026	2,424
Çocuk varlığı (Evet)	Hayır	0,927	1,032
Psikolojik Hastalık Öyküsü (Hayır)	Evet	0,119	2,536
Sistemik Hastalık Varlığı (Hayır)	Evet	0,267	1,596
Sağlık Çalışanı Olma (Hayır)	Evet	0,336	1,833

OO: Odds Oranı

Yaş ($p=0,665$), eğitim durumu (ilköğretim için $p=0,104$ ve lise için $p=0,479$), medeni durum ($p=0,850$), gelir düzeyi (asgari ücretten az için $p=0,305$ ve asgari ücret için $p=0,026$), çocuk varlığı ($p=0,927$), psikolojik hastalık öyküsü ($p=0,119$), sistemik hastalık varlığı ($p=0,267$) ve sağlık çalışanı olma ($p=0,336$) ise anlamlı bulunamamıştır.

4.8. DASS-21 Depresyon Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları

DASS-21 Depresyon düzeyi açısından yaş, medeni durum, çocuk varlığı ve psikolojik hastalık öyküsü anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ vep= $0,011$) ve çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir.

Yaşın bir birim artması depresyon riskini 0,950 kat azaltmaktadır. Bekar olmak evli olmaya göre depresyon riskini 8,097 kat, çocuk sahibi olmamak, çocuk sahibi olmaya göre depresyon riskini 6,817 kat, psikolojik hastalık öyküsü olması ise olmamasına göre depresyon riskini 4,663 kat artırmaktadır (Çizelge 4.13.).

Çizelge 4.13. DASS-21 Depresyon alt ölçeği risk bulguları

		p değeri	OO
Yaş		0,001	0,950
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0,208	1,583
Eğitim Durumu (İlköğretim)	Lise	0,675	1,257
	Lisans ve Üstü	0,095	2,273
Medeni Durum (Evli)	Bekar	<0,001	8,097
Gelir Düzeyi (Asgari Ücretten Fazla)	Asgari Ücretten Az	<0,001	11,080
	Asgari Ücret	0,955	0,974
Çocuk Var mı? (Evet)	Hayır	<0,001	6,817
Psikolojik Hastalık Öyküsü (Hayır)	Evet	0,011	4,663
Sistemik Hastalık Varlığı (Evet)	Hayır	0,351	1,596
Sağlık Çalışanı Olma (Hayır)	Evet	0,560	1,465

OO: Odds Oranı

Cinsiyet ($p=0,308$), eğitim durumu (lise için $p=0,675$ ve lisans ve üstü için $p=0,095$), gelir düzeyi (asgari ücretten az için $p<0,001$ ve asgari ücret için $p=0,955$), sistemik hastalık varlığı ($p=0,351$) ve sağlık çalışanı olma ($p=0,560$) ise anlamlı bulunamamıştır.

4.8.1. DASS-21 depresyon alt ölçeği için çok değişkenli risk analizi bulguları

Çok değişkenli risk analizi sonuçlarına göre oluşturulan modelde medeni durum ve psikolojik hastalık öyküsü değişkenleri birlikte anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,013$). Bekar olmak evli olmaya göre depresyon riskini 8,454 kat; psikolojik hastalık öyküsü olması ise olmamasına göre depresyon riskini 5,304 kat artırmaktadır (Çizelge 4.14.).

Çizelge 4.14. DASS-21 Depresyon alt ölçeği için çok değişkenli risk bulguları

		p değeri	OO
Medeni Durum (Evli)	Bekar	<0,001	8,454
Psikolojik Hastalık Öyküsü (Hayır)	Evet	0,013	5,304

OO: Odds Oranı

4.9. DASS-21 Stres Alt Ölçeği İçin Risk Analizi Bulguları

DASS-21 Stres alt ölçeği için medeni durum anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur ($p=0,035$). Bekar olmak evli olmaya göre stres riskini 2,465 kat artırmaktadır (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. DASS-21 Stres alt ölçeği risk bulguları

		p değeri	OO
Yaş		0,426	0,988
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0,836	1,089
Eğitim Durumu (Lisans ve Üstü)	İlköğretim	0,419	1,491
	Lise	0,616	0,773
Medeni Durum (Evli)	Bekar	0,035	2,465
Gelir Düzeyi (Asgari Ücretten Fazla)	Asgari Ücretten Az	0,001	7,269
	Asgari Ücret	0,389	1,560
Çocuk Var mı? (Evet)	Hayır	0,174	1,775
Psikolojik Hastalık Öyküsü (Hayır)	Evet	0,078	2,943
Sistemik Hastalık Varlığı (Evet)	Hayır	0,210	2,257
Sağlık Çalışanı Olma (Hayır)	Evet	0,150	2,606

OO: Odds Oranı

Yaş ($p=0,426$), cinsiyet ($p=0,836$), eğitim durumu (ilköğretim için $p=0,419$ ve lise için $p=0,616$), gelir düzeyi (asgari ücretten az için $p=0,001$ ve asgari ücret için $p=0,389$), çocuk varlığı ($p=0,174$), psikolojik hastalık öyküsü ($p=0,078$), sistemik hastalık varlığı ($p=0,210$) ve sağlık çalışanı olma ($p=0,150$) ise anlamlı bulunamamıştır.

Yaş ($p=0,426$), cinsiyet ($p=0,836$), eğitim durumu (ilköğretim için $p=0,419$ ve lise için $p=0,616$), gelir düzeyi (asgari ücretten az için $p=0,001$ ve asgari ücret için $p=0,389$), çocuk varlığı ($p=0,174$), psikolojik hastalık öyküsü ($p=0,078$), sistemik hastalık varlığı ($p=0,210$) ve sağlık çalışanı olma ($p=0,150$) ise anlamlı bulunamamıştır.



5. TARTIŞMA

Covid-19 pandemisi insanların fiziksel sağlıklarını ve yaşamlarını tehdit etmenin yanında psikolojik sağlığı da olumsuz etkilemektedir [100]. Özellikle salgının kontrol altına alınabilmesi için gerekli ve önemli olan izolasyon önlemleri, sosyal desteği azaltarak salgının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini artırmaktadır. Bu durumun pandemi sürecinde ve sonrasında panik bozukluk, anksiyete, depresyon gibi rahatsızlıklara neden olduğu yapılan çok sayıda çalışmada rapor edilmiştir [101, 102].

DASS-21 ölçeği depresyon, anksiyete ve stres düzeyini klinik ve klinik olmayan örneklemelerde birlikte değerlendirmeyi sağlayan ve kısa sürede uygulanabilen bir öz bildirim ölçeğidir [28]. Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği de tüm alt ölçekler için onaylanmıştır [29].

Pandemi sürecinde pek çok araştırmacı DASS-21 ölçeğini kullanmış ve alt ölçeklerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum gibi demografik verilerle ve eşlik eden kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü, sağlık çalışanı olma gibi riskli gruplarla ilişkisini ortaya koymuştur [103-105]. Bizim çalışmamızda da DASS-21 ölçeği kullanılmış, demografik verilerle ve riskli gruplarla ilişkisini değerlendirmek için katılımcılara bu bilgileri içeren anket formu yöneltilmiştir.

Covid-19'un şiddeti ile yakından ilişkili bulunan inflamatuvar sitokinler; IL-6, TNF- α ve IL-8 olarak belirlenmiş [106], Covid-19'a bağlı komorbiditenin en çok diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları olduğu bildirilmiştir [107]. Bu bulgular ve risk faktörleri, periodontal hastalıklar için de benzer bulgu ve risk faktörleri olarak ilişkilendirilmiştir [108].

Ayrıca Covid-19 hastalarında, bakteriyel süperenfeksiyonun; sepsis, septik şok, ARDS ve ölüm gibi komplikasyon riskini artırabileceği, bu nedenle de ağızdaki bakteriyel yükün azaltılması gerektiği belirtilmekte, kötü ağız hijyeninin Covid-19 için risk kabul edilmesi önerilmektedir [109]. Bunun yanı sıra uzun süre mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, diş hekimi gözetiminde etkili ağız hijyeni önlemleri alınmasının, mekanik ventilasyon pnömonisine bağlı morbiditelerin ve ölümlerin azalmasına katkı sağladığı ve bu ekipmanların kullanım süresini artırdığı tespit edilmiştir [110].

Pandemilerde bireylerin sergilediği davranış modelleri ve korunmaya yönelik tutumları incelenerek, toplumun ağız sağlığı ve genel sağlığına yönelik riskler belirlenmektedir [22]. Covid-19 pandemisinde yapılan çok sayıda çalışma; hastalığın sonuçlarına ve bireylerin bu süreçte alınan tedbirlere uyumlarına odaklanmaktadır [111]. Ancak bireylerin bu süreçteki ağız sağlığına yönelik davranışlarıyla ilgili literatürde bildiğimiz kadarıyla yok denecek kadar az çalışma bulunmaktadır.

Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı, bireylerin pandemi sürecindeki depresyon, anksiyete, stres düzeylerini ve ilişkili olduğu sosyo demografik özellikleri belirlemektir. Ek olarak gerek pandemi süreci için gerek ağız sağlığı ve bu dönemdeki diş hekimliği hizmetleri için taşıdığı potansiyel riskler nedeniyle; pandemi dönemindeki ağız hijyeni uygulamalarının demografik özelliklere göre dağılımını belirlemek, pandemi sürecinin getirdiği ruhsal etkilerle ağız hijyeni tutumları arasındaki ilişkileri araştırmak amaçlanmaktadır.

Çalışmamız kesitsel bir anket çalışmasıdır. Anket soruları, farklı araştırmacıların yaptığı çalışmalardan yararlanılarak oluşturulmuş ve çalışma tasarımıımıza göre modifiye edilmiştir [27, 112-114].

Araştırmacıların büyük bir kısmı çalışmalarında çevrim içi anketleri kullanmıştır [114-116]. Ancak web tabanlı anketlerde sahte kimliklerle araştırma yapılması veya bilgilerin paylaşılması gibi etik sorunlar, seçim önyargısı riski ve internet kullanamayan popülasyonların çalışmaya dahil edilememesi nedeniyle yanıt dağılımı önyargısı riski olduğu bildirilmiştir [117-119]. Biz de bu sebeplerden çalışmamızda hastalara kağıda basılı anketleri kullanmayı ve hastalarla yüz yüze görüşme ile gerekli açıklamaları yaparak çalışmaya katılımlarını sağlamayı tercih ettik.

Çalışmamıza 75(%50) erkek, 75(%50) kadın toplam 150 birey dahil edilmiş ve yaş ortalamaları $39,67 \pm 13,62$ olarak hesaplanmıştır.

Bireylere uygulanan DASS-21 ölçeği için alınan toplam puana ait ortalama $22,33 \pm 19,44$ 'tür. DASS-21 Anksiyete alt ölçeğine göre bireylerin %59,3'ü sağlıklı iken %12,7'si hafif, %19,3'ü orta, %8,7'si ise yüksek (ileri ve çok ileri düzey) anksiyete düzeyine sahiptir. DASS-21 Depresyon alt ölçeğine göre bireylerin %71,3'ü sağlıklı iken %10,7'si hafif,

%9,3'ü orta, %8,7'si ise yüksek depresyon düzeyine sahiptir. DASS-21 Stres alt ölçeğine göre bireylerin %80,7'si sağlıklı iken %8'i hafif, %4'ü orta, %7,3'ü ise yüksek stres düzeyine sahiptir (Şekil 4.1.).

Tee ve arkadaşlarının DASS-21 ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, katılımcıların depresyon alt ölçeği için %11,9'u hafif depresif semptomlar, %12,7'si orta düzey depresif semptomlar, %4,2'si ileri ve çok ileri düzeyde depresif semptomlar bildirmiştir. Anksiyete alt ölçeği için katılımcıların %9,6'sı hafif anksiyete semptomları, %17,7'si orta düzey anksiyete semptomları ve %11,1'i ileri ve çok ileri düzey anksiyete semptomları bildirmiştir. Stres alt ölçeği için ise; katılımcıların %26,4'ü hafif stres bulguları, %9,5'i orta düzey stres bulguları %3,9'u ileri ve çok ileri düzey stres bulguları bildirmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması ise $34,5 \pm 13,4$ olarak rapor edilmiştir [103].

Mazza ve arkadaşlarının İtalya'da salgının ilk haftasında ruhsal durumu değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, katılımcılara DASS-21 ölçeği uygulanmıştır. Depresyon alt ölçeği için; katılımcıların %67,3'ü ortalama düzey (sağlıklı, hafif düzey ve orta düzey depresyon), %32,4'ü ileri ve çok ileri düzeyde depresyon bildirmiştir. Anksiyete alt ölçeği bulguları; %81,3 ortalama düzey anksiyete, %19,7 ileri ve çok ileri düzey anksiyete olarak belirtilmiştir. Stres alt ölçeği için ise; katılımcıların %72,8'i ortalama düzeyde stres, %27,2'si ileri ve çok ileri düzeyde stres bildirmiştir. Örneklemin yaş ortalaması ise $32,94 \pm 13,2$ olarak rapor edilmiştir [120].

Çalışmamıza katılan bireylere ait yaş ortalaması bulgumuz, Mazza ve arkadaşları ile Tee ve arkadaşlarının çalışmalarına ait yaş ortalamasına benzetilmektedir. Ancak depresyon ve anksiyete alt ölçekleri bizim çalışmamızda Tee ve arkadaşlarının bildirdiği DASS-21 alt ölçek bulguları ile uyumlu iken Mazza ve arkadaşlarının bildirdiği depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinden daha düşük bulgulanmıştır.

Psikolojik durumlar zaman içinde ve bireyin çevre koşullarındaki değişimlerden etkilenmektedir [121]. Mazza ve arkadaşları çalışmalarını pandeminin başlangıcında yapmış, bizim çalışmamız ise pandemiden 9 ay sonra tamamlanmıştır. Zamanla bireylerde pandeminin etkilerini kabullenme, alışma olabilmektedir. Bu nedenle çalışma bulgularımızın farklı olması, pandemi sürecinin coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesine ve çalışmaların periyodik doğasına bağlanmaktadır.

Lei ve arkadaşları Çin’de pandeminin ilk döneminde anksiyete ve depresyon bulguları üzerine yaptıkları bir çalışmada; daha düşük gelir düzeyine sahip bireylerde, eğitim seviyesi daha düşük olanlarda ve psikolojik desteğe sahip olmayan bireylerde anksiyete ve depresyon bulgularının karantinadan etkilenmeyenlere kıyasla karantina sürecinden etkilenen grupta anlamlı olarak arttığını rapor etmişlerdir [122].

Özdin ve Bayrak Özdin’in 14-16 Nisan 2020 tarihleri arasında Türk toplumunda anksiyete, depresyon ve sağlık anksiyetesi düzeylerini araştırmak için yaptıkları çalışmada; kadınlarda, kentsel alanlarda yaşayanlarda, yakınlarına Covid-19 teşhisi konulanlarda, mevcut veya daha önce var olan psikiyatrik hastalığı bulunanlarda ve kronik hastalığı bulunanlarda depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir [7].

Benzer şekilde bizim çalışmamızda da anksiyete düzeyi ile gelir düzeyi ve eşlik eden psikiyatrik hastalık öyküsü arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca risk analizi bulgularımıza göre cinsiyetin kadın olması, erkek olmasına göre anksiyete riskini 2,069 kat artırmaktadır.

Wang, Di, Ye ve Wei Çin’de 600 katılımcı üzerinde anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadınların anksiyete riskinin erkeklerden 3,01 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir [18]. Bizim çalışmamızda da kadınların anksiyete için erkeklere göre risk altında olduğu belirlenmiş; ancak çalışma bulgumuz Wang ve arkadaşlarının bildirdiği risk düzeyinden daha düşük olmuştur. Wang ve arkadaşlarının çalışma örnekleminde kadınların dağılımı %55,5; erkeklerin dağılımı %44,5’tir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin %72,17’si anksiyete düzeyinin yüksek olduğu 18-40 yaş aralığındadır. Çalışma bulgumuzdaki farklılık, çalışmaya katılan bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımındaki farka bağlanmaktadır.

Covid-19’un fiziksel ve psikolojik sağlığın yanı sıra ekonomik etkileri de bulunmaktadır. Gelir düzeyi düşük olan bireyler; karantinaya alınmış olmak, işe geri dönmekle ilgili sorunlar, kredi başvurusunda bulunmak gibi salgının getirdiği ekonomik risklerle karşı karşıya kalmaktadır [122]. Finansal zorluklar, yaşam kalitesinin düşmesi ve bu durumun ne kadar süreceğine dair bilinmezlikler, bireyleri psikolojik açıdan olumsuz etkilemekte; alkol, madde kötüye kullanımı, intihar düşünceleri gibi riskli başa çıkma yollarına sürüklemektedir [123]. Bizim çalışmamızda da asgari ücretten az gelir düzeyine sahip bireylerin ileri ve çok

ileri düzey anksiyete için dağılımı %29,4 olmuştur. Gelir düzeyi asgari ücret seviyesi olan bireylerde ileri ve çok ileri düzey anksiyete dağılımı %5,6; asgari ücretten fazla gelir düzeyine sahip bireylerde ise %6,2 dağılımındadır.

Benzer şekilde asgari ücretten az gelir düzeyine sahip bireylerin ileri ve çok ileri düzey depresyon bulguları için dağılımı %47,1 olmuştur. Gelir düzeyi asgari ücret seviyesi olan bireylerde ileri ve çok ileri düzey depresyon dağılımı %2,8; asgari ücretten fazla gelir düzeyine sahip bireylerde ise %4,1 dağılımındadır. DASS-21 Depresyon alt ölçeği ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiler çalışmamızda anlamlı bulunmuştur.

Stres alt ölçeği bulgularımız ile de gelir düzeyi ve psikolojik hastalık varlığı arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca bekar olmak stres riskini evli olmaya göre 2,465 kat artırmaktadır. Bunun nedeni, eşlerin stres ve kaygıyı paylaşabilmeleri olabilmektedir.

Çalışmamızda DASS-21 depresyon alt ölçeği düzeyi medeni durum, yaş, çocuk varlığı, gelir düzeyi ve eşlik eden psikiyatrik hastalık öyküsü bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Moghanibashi-Mansourieh'in İran'da ruhsal durumu değerlendirmek için 1-9 Mart 2020 tarihleri arasında DASS-21 ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada; anksiyete düzeyinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğunu bulgulamıştır. Ayrıca 21-40 yaş aralığında, diğer yaş gruplarına göre anksiyetenin arttığını, eğitim seviyesi arttıkça da anksiyete düzeyinin anlamlı olarak arttığını rapor etmiştir [124].

Huang ve Zhao'nun Çin'de yaptığı bir çalışmada 35 yaş altı katılımcıların, Covid-19 salgını sırasında 35 yaş üzeri katılımcılardan daha fazla anksiyete ve depresif belirtiler geliştirme olasılığı olduğunu bildirilmiştir [125].

Wang ve arkadaşları Çin'de salgının ruhsal etkilerini değerlendirdikleri çalışmada bekarlarda, Wuhan şehrini ziyaret edenlerde, daha genç yaş grubunda ve salgınla ilgili medya haberlerine daha sık maruz kalanlarda psikolojik sıkıntıların daha fazla olduğunu bildirmiştir [126].

Gao ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, sosyal medyada en sık vakit geçiren bireylerin yaş ortalamasının 21-30 yaş aralığı olduğunu bildirmişlerdir [127].

Televizyon ve sosyal medya, kitlesel şiddet ve doğal afet haberlerine maruz kalmaya aracılık etmektedir [128]. Çalışma bulgularımızda, en az orta düzey depresyona sahip bireylerin yaş ortalamasının 30 yaş civarı olması, bu yaş grubunun sosyal medyada sık vakit geçirme ve pandemi süreciyle ilgili yoğun bilgi akışına maruz kalmaları ihtimaline bağlanmaktadır.

Yeni Elbay, Kurtulmuş, Arpacıoğlu ve Karadere, hekimlerde depresyon, anksiyete, stres düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, katılımcıların %19,7'sinde ileri ve çok ileri düzey depresyon, %22,1'inde ileri ve çok ileri düzey anksiyete ve %15,4'ünde de ileri ve çok ileri stres düzeyi bulguları olduğunu bildirmiştir. DASS-21'in her alt ölçeği için kadın, genç ve bekar olmak, daha az iş tecrübesine sahip olmak, ön saflarda çalışmak daha yüksek puanlarla, çocuk sahibi olmak ise daha düşük puanlarla ilişkilendirilmiştir [129].

Benzer şekilde çalışma bulgularımıza göre bekar olmak ve çocuk sahibi olmamak evli bireylere ve çocuk sahibi olan bireylere göre depresyon ve stres riskini artırmaktadır. Evliliğin ve çocuk sahibi olmanın sosyal destek sağlayarak salgının olumsuz psikolojik etkisine karşı koruyucu rolünün önemi yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [126, 130]. Çalışma bulgularımızdaki bekar ve çocuk sahibi olmayan bireylerdeki artan depresyon ve stres riski sosyal destek faktörünün önemini düşündürmektedir.

Hao ve arkadaşlarının psikiyatrik hastalığı olan bireylerde Covid-19'un ruhsal etkilerini değerlendirdikleri çalışmada, sağlıklı bireylere kıyasla psikiyatrik hastalığı olan bireylerde DASS-21 depresyon, anksiyete, stres alt ölçeklerinin hepsinde anlamlı olarak daha yüksek bulgular rapor edilmiştir [131].

Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların anksiyete, depresyon ve stres ile ilişkisine dair çalışma bulgularımız, Hao ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumludur.

Covid-19 pandemisinde eşlik eden psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanların ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörler; psikotrop ilaçların alınmasında yaşanabilecek gecikme ve aksaklıklar, tedavi merkezlerine erişim kısıtlılığı, karantina sürecinde sosyal desteğin

azalması gibi nedenler olarak bildirilmiştir [131]. Çalışma bulgularımız benzer sebeplere bağlanmaktadır.

Diş çürüğü ve periodontal hastalıklardan mikrobiyal dental plak sorumlu tutulmaktadır. Diş fırçalama, plak biyofilmini uzaklaştırmanın ve günlük ağız hijyeni sağlamanın temel yoludur. Bakteriyel plağı etkili bir şekilde uzaklaştırmak için günde iki kez florürlü bir diş macunu ile diş fırçalama ve diş ipi kullanımı önerilmektedir [72].

Çalışmamızda ağız hijyeni tutumlarına yönelik bulgularımıza göre çalışmamıza katılan bireylerden %34'ü günde en az 2 kez dişlerini fırçaladığını beyan etmiştir. Günde 1 kez diş fırçalayan bireylerin dağılımı %46,7; günde 1 defadan az diş fırçalayan bireylerin dağılımı ise %19,3 olmuştur.

Birant ve arkadaşları, 2018 yılında toplumun ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık %53'ünün dişlerini günde iki kez; %37'sinin günde bir kez ve %11'inin ise dişlerini günde 1 defadan az fırçaladığını bildirmiştir [132].

Karaaslan ve Dikilitaş'ın pandemi döneminde ağız sağlığı davranışlarındaki değişiklikleri değerlendirdikleri çalışmada, günde 2 kez ve üzeri diş fırçalayan bireylerin dağılımının pandemi döneminde, pandemi öncesine göre %41'den %48,4'e yükseldiği bildirilmiştir [22].

Günde 2 kez ve üzeri diş fırçalayan bireylerin dağılımına ait çalışma bulgularımız, pandemi öncesi dönemde Birant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan ve Karaaslan ve Dikilitaş'ın bildirdiği bulgulardan daha düşük olmuştur.

Karaaslan ve Dikilitaş'ın çalışmasında, çalışmaya katılan bireylerin %61,2'sinin kadın olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Birant ve arkadaşlarının çalışma grubunun da %70,6'sı kadındır. Ağız hijyeni davranışları ve bilinci bakımından riskli grup olan erkek bireylerin dağılımının düşük olması, çalışma bulgularımızdaki farklılığın nedeni olarak düşünülmektedir. Bunun yanı sıra pandeminin erken dönemlerinde diş hekimine gitmenin getireceği bulaş riskinden dolayı fırçalama sayısında artma olabilir. Çalışmamızın gerçekleştiği dönemdeki rahatlamayla birlikte ise eski alışkanlıklar geri gelmektedir. Ayrıca

Karaaslan ve Dikilitaş'ın çalışmasında bireylerin pandemi öncesi dönemdeki diş fırçalama alışkanlıklarına ilişkin bilgiler, bireylerden hatırlamaları istenerek elde edilmiştir. Bu durumun hatırlama ön yargısına yol açmış olabileceği de yazarlar tarafından belirtilmiştir [22].

Diş fırçalama sıklığına ilişkin bulgularımız ile cinsiyet, sağlık çalışanı olmak ve günlük tüketilen sigara miktarı bulguları arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır.

Erkeklerin kadınlara oranla ağız hijyeninin daha kötü olduğu, plak ve diş taşı seviyelerinin daha yüksek olduğu literatürde sıklıkla bildirilmiştir [72]. Bizim çalışma bulgularımızda da günde 2 kez ve üzeri diş fırçalayan kadınların dağılımı %41,3; erkeklerin dağılımı %26,7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda günde 10 adet ve üzeri sigara içen bireylerin %37'si; günde 1-9 adet sigara kullanan bireylerin %18,2'si; sigara kullanmayan bireylerin ise %15,2'si dişlerini günde 1 defadan az fırçalamaktadır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre cep derinliğinin, ataşman kaybının ve alveoler kemik kaybının daha şiddetli ve yaygın olduğu belirlenmiştir [81-83]. Sigara kullanımının periodontal sağlık açısından oluşturduğu riskler göz önüne alındığında çalışma bulgularımız endişe vericidir.

Çalışmamıza katılan bireylerden sağlık çalışanlarının günde 2 kez ve üzeri diş fırçalama dağılımı %72,7 iken sağlık çalışanı olmayanların %30,9'u dişlerini günde 2 kez ve üzeri fırçaladığını beyan etmiştir. Bulgularımıza göre sağlık çalışanlarının günde 2 kez ve üzeri diş fırçalama dağılımının yüksek olması, sağlık çalışanlarının pandemi süreciyle ilgili yüksek öz farkındalıklarından kaynaklanma olasılığını düşündürmektedir.

DASS-21 depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri dağılımı bakımından; ileri ve çok ileri düzey anksiyete, depresyon ve stres düzeyindeki bireylerin; sağlıklı bireylere göre günde 2 kez ve üzeri diş fırçalama dağılımı daha düşük olmakla birlikte, diş fırçalama sıklığı ile DASS-21 alt ölçekleri arasındaki ilişkilere ait bulgularımız istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %14,7'si diş fırçalama süresinin 2 dakikadan fazla olduğunu, %52'si diş fırçalama süresinin 1-2 dakika arası olduğunu, %33,3'ü ise diş fırçalama

süresinin 1 dakikadan az olduğunu beyan etmiştir. Diş ipi kullanan bireylerin dağılımı ise %10'dur.

Çalışmamızda diş fırçalama süresi 2 dakikadan fazla olan bireylerin %13,3'ü kadın, %16'sı erkektir.

Coşkun ve Ünlü'nün Türkiye'deki bir diş hekimliği fakültesine başvuran hastaların ağız hijyeni davranışlarını ve periodontal durumunu pandemi öncesinde değerlendirdikleri çalışmada, kadınlar ve erkekler arasında diş fırçalama süresinin kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmektedir. 2 dakikadan uzun süre diş fırçalama dağılımı kadınlarda %11,3; erkeklerde %0 olarak belirtilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi bakımından 2 dakikadan uzun süre diş fırçalayan bireylerin dağılımı en fazla ilköğretim mezunlarında görülmüştür [133]. Bizim çalışmamızda da 2 dakikadan uzun süre diş fırçalama süresi dağılımı en fazla ilköğretim mezunlarında olmuştur. Ancak diş fırçalama süresinin cinsiyete göre dağılımına ilişkin çalışma bulgularımız ise farklıdır.

Çalışmamızda demografik verilere ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sigara kullanımı bulgularımız Coşkun ve Ünlü'nün çalışmasıyla uyumludur. Diş fırçalama süresine ilişkin bulgularımız arasındaki fark, Covid-19'un aerosollerle yayılımı konusundaki bilgi düzeylerinin ağız hijyeni davranışına yansması olasılığını düşündürmektedir.

Köseoğlu ve arkadaşlarının Türk toplumunun ağız hijyeni uygulamalarını değerlendirmek için yaptığı çalışmada, bireylerin %38,2'sinin diş fırçalama süresinin 2 dakika olduğu, %58'inin günde 2 kez diş fırçaladığı, %50,4'ünün diş ipi, kürdan veya gargara kullandığı bildirilmiştir [134].

Bizim çalışmamızda diş ipi kullanım dağılımı %10, günde en az 2 kez diş fırçalayan bireylerin dağılımı %34, günde 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalayan bireylerin dağılımı ise %14,7 olarak bulgulanmıştır.

Köseoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %65,8'i 18-25 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Ayrıca katılımcıların %68'i kadındır. Çalışma bulgularımızdaki farklılıklar çalışma örneklemelerindeki eğitim düzeyi, yaş ve cinsiyet özellikleri arasındaki farka bağlanmaktadır.

Pandemiden önceki çalışmalarda psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerde zayıf oral hijyen ve yoğun plak birikimi bulguları rapor edilmiştir [135-137].

Çalışma bulgularımıza göre, eşlik eden psikiyatrik hastalığı olan bireylerin %38,5'i 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalarken, %53,8'i 1-2 dakika arası, %7,7'si günde 1 dakikadan az sürede dişlerini fırçaladığını beyan etmiştir. Psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerin ise %12,4'ü 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalama dağılımı göstermektedir (Şekil 4.13.).

Ayrıca diş ipi kullanımı bulgularımız DASS-21 alt ölçekleri, medeni durum ve gelir düzeyi ile anlamlı ilişkiler göstermektedir. DASS-21 Anksiyete düzeyi için sağlıklı olanların %10,1'i, orta düzey anksiyeteye sahip olanların %6,9'u, ileri ve çok ileri düzey anksiyetesi olanların %30,8'i diş ipi kullanırken, hafif olanların ise hiçbiri diş ipi kullanmamaktadır. DASS-21 Depresyon düzeyi için sağlıklı olanların %5,6'sı, hafif düzey depresyonu olanların %18,8'i, orta düzey depresyonu olanların %14,3'ü ve ileri ve çok ileri düzey depresyonu olanların %30,8'i diş ipi kullanmaktadır. DASS-21 Stres düzeyi için ise sağlıklı olanların %7,4'ü, hafif stres düzeyinde olanların %8,3'ü, orta düzey stresi olanların %50,0'si ve ileri ve çok ileri düzey stresi olanların ise %18,2'si diş ipi kullanmaktadır (Şekil 4.5., Şekil 4.6., Şekil 4.7.).

Çalışmamızda sağlıklı bireylere göre ileri ve çok ileri düzey depresyon, anksiyete ve stres bulguları olan hastalarda diş ipi kullanımı daha yüksek dağılım göstermektedir.

Bireyler stresörlere yanıt olarak problem odaklı veya duygusal başa çıkma yolları geliştirmektedir. Problem odaklı başa çıkma, problemi ortadan kaldırıcı eylemleri içermektedir. Buna karşılık duygusal başa çıkma, stres kaynağının neden olduğu duygusal rahatsızlığı ortadan kaldırmayı içeren bir süreçtir. Problem odaklı başa çıkma psikolojik sıkıntı düzeylerini azaltırken [138], duygusal başa çıkma yolları ise "iyi olma hali" ile tutarsız sonuçlara neden olmaktadır [139]. Covid-19'un aerosollerle yayılımı düşünüldüğünde, psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin diş fırçalama süresi ve diş ipi kullanımı dağılımına ait çalışma bulgularımızın pandemi öncesindeki çalışmalardan farklı olması, hastalık bulaşıcılığı ile ilgili pandeminin getirdiği kaygılara ve bireylerin kaygılarla başa çıkma yöntemine bağlanmaktadır.

Çalışmamıza katılan bireylerin %42,7'si diş hekimi ziyaretinin 1 yıldan uzun süre önce, %57,3'ü ise 1 yıldan kısa sürede olduğunu beyan etmiştir.

Mumcu ve arkadaşlarının pandemi öncesinde Türkiye’de diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada, son 1 yıl içinde diş hekimini ziyaret eden yetişkinlerin %40,4 olduğu bildirilmiştir [140]. Çalışma bulgularımız Mumcu ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek olmuştur.

Çalışmayı yürüttüğümüz süreç Eylül-Kasım aylarıdır ve Türkiye’de kısıtlamaların esnetilip “yeni normal” sürecinde bulunduğumuz zaman dilimidir. Çalışmamızda hastaların diş hekimliği hizmetine artan talebinin, karantina sürecinde yaşanan acil diş ve diş eti sorunlarının çözümü ve yarım kalan diş tedavilerini tamamlama ihtiyacından kaynaklanma olasılığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda diş fırçası değiştirme sıklığı bakımından bireylerin %44,7'si 3 aydan kısa sürede; 32,7'si 3-6 ay arası sürede ve %22,6'sı 6 aydan uzun sürede diş fırçalarını değiştirmektedir.

Baskaran’ın özel bir diş hekimliği fakültesine başvuran hastalarda ağız hijyeni uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada, 3 ay ve daha kısa sürede diş fırçası değiştirme sıklığı %40 olarak bildirilmiş ve kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur [141]. Bizim çalışma bulgumuzda da 3 aydan kısa sürede diş fırçasını değiştirenlerin dağılımı kadınlarda yüksek olmakla birlikte bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışma bulgularımız Baskaran’ın çalışmasıyla uyumludur.

Ayrıca çalışmamızda diş fırçası değiştirme sıklığı bulgularımız ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. 3-6 ay arası sürede diş fırçasını değiştiren bireylerin dağılımına yönelik bulgularımız, lisans ve lisans üstü mezunlarında %43,5; ilköğretim mezunlarında %8,6 olmuştur.

Hastalara sorulan “Size göre diş ve diş eti sağlığınız nasıl?” sorusu ile hastaların diş ve diş eti sağlıklarını nasıl algıladıklarını belirlemek amaçlanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda hastaların genel sağlık ve ağız sağlığıyla ilgili öz bildirim raporlarının sağlık uzmanlarının yaptığı değerlendirmelerden farklı özellikler içerdiği bildirilmiştir [113].

Çalışma bulgularımıza göre “Size göre diş ve dişeti sağlığınız nasıl?” sorusuna katılımcıların %36’sı zayıf, %38,7’si orta, %25,3’ü ise iyi ve mükemmel cevabını vermiştir.

Ayrıca çalışmamızda “Size göre diş ve dişeti sağlığınız nasıl?” sorusuna verilen yanıt ile sistemik hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Sistemik hastalığı olmayanların %31,1’i bu soruya zayıf cevabını verirken, sistemik hastalığı olanların ise %57,1’i zayıf cevabını vermiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin bireysel ağız sağlığını “zayıf” olarak değerlendirmeleri, bu bireylerin ağız sağlıklarını yeterli bulmadığı; ancak gereken özeni de göstermedikleri şeklinde yorumlanmaktadır.

Kronik hastalıkların komplikasyonları ağız sağlığını ikinci planda bırakma nedeni olabilmektedir [142]. Ayrıca yapılan çalışmalarda hematolojik bozukluklar; diyabet, tiroid ve paratiroid hastalıkları gibi hormonal bozukluklar, Lupus ve Pemfigus gibi otoimmün hastalıklar ve böbrek hastalıkları gibi birçok sistemik hastalığın oral ve periodontal sorunlara neden olduğu bildirilmiştir [143].

Bireysel algılanan diş ve diş eti sağlığına ilişkin çalışma bulgularımız, sistemik hastalığı olan bireylerdeki sistemik hastalık komplikasyonları ve/veya sistemik hastalıkların ağız bulgularından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 pandemisi sürecinde depresyon, anksiyete, stres düzeylerine yönelik çalışma bulgularımıza göre;

- Çalışmamıza katılan bireylerin %40,7'sinde en az hafif düzey anksiyete, %28,7'sinde en az hafif düzey depresyon ve %19,3'ünde en az hafif düzey stres bulguları gözlenmiştir.
- Kadın olmak, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, düşük gelir düzeyi, daha genç yaş ve eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığı ruhsal bozukluklar için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Ağız hijyeni uygulamalarına ilişkin bulgularımıza göre;

- Çalışmamıza katılan bireylerin %34'ü günde 2 kez ve üzeri; %14,7'si ise 2 dakikadan fazla sürede diş fırçalamaktadır. %10'u da diş ipi kullanmaktadır.
- Bu süreçteki ağız hijyeni uygulamalarının daha önceki çalışmalarda bildirilenlere göre düşük düzeyde olduğu görülmektedir.
- Cinsiyet, eğitim düzeyi, eşlik eden psikiyatrik hastalık varlığı; DASS-21 anksiyete, depresyon ve stres alt ölçekleri, sigara kullanımı, sağlık çalışanı olmak, gelir düzeyi ve medeni durum diş fırçalama sıklığı, süresi ve diş ipi kullanımı ile ilişkilidir.
- Çalışmamıza katılan bireylerin %36'sı diş ve diş eti sağlığını zayıf olarak değerlendirmiştir. Bireysel diş ve diş eti sağlığı algısı, sistemik hastalık varlığı ile ilişkilidir.
- Diş fırçası değiştirme sıklığı bakımından bireylerin %77,4'ü 6 aydan kısa sürede diş fırçası değiştirmektedir. Diş fırçası değiştirme sıklığı eğitim düzeyi ile ilişkilidir.
- Çalışmamızın sınırlılığı ise kesitsel çalışma tasarımımızın nedensellik ilişkisine izin vermemesidir. Böyle bir ilişki için boylamsal çalışmalar gerekmektedir.
- Bir diğer sınırlamamız ise DASS-21 ölçeği bir öz bildirim ölçeğidir. Klinik tanı yerine geçmemektedir.
- Pandeminin farklı zaman noktalarında bireylerin ağız sağlığına yönelik davranışlarının, ruh sağlığı için belirlenen riskli gruplardaki daha geniş kitlelerde araştırılmasına ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. ARIK FŞ. Selçuklular Zamanında Anadolu'da Veba Salgınları. Tarih Araştırmaları Dergisi. 1991;15(26):27-57.
2. Kaplan H, Sevinç K, İşbilen N. Doğal Afetleri Anlamlandırma ve Başa Çıkma: Covid-19 Salgını Üzerine Bir Araştırma. Electronic Turkish Studies. 2020;15(4):579-98.
3. Aslan R. Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. Ayrıntı Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi 2020;8(85):35-41.
4. BOZKURT Y, ZEYBEK Z, AŞKIN R. Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(37):304- 18.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. New England Journal of Medicine. 2020.
6. Helmy YA, Fawzy M, Elaswad A, Sobieh A, Kenney SP, Shehata AA. The COVID-19 pandemic: a comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. Journal of clinical medicine. 2020;9(4):1225.
7. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. International Journal of Social Psychiatry. 2020;66(5).
8. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. Psychoneuroendocrinology. 2004;29(5):593-611.
9. Gallagher MW, Zvolensky MJ, Long LJ, Rogers AH, Garey L. The impact of covid-19 experiences and associated stress on anxiety, depression, and functional impairment in American adults. Cognitive Therapy and Research. 2020:1-9.
10. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry. 2020;7(3):228-9.
11. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies. 2005;18(1):39-42.
12. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. International Journal of Social Psychiatry. 2020:0020764020927051.
13. Lange KW. Mental health problems in COVID-19 and the need for reliable data. Movement and Nutrition in Health and Disease. 2020;4.

14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5):1729.
15. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*. 2020:102066.
16. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*. 2020:112921.
17. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. 2020:112934.
18. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*. 2020:1-10.
19. Ravishankar T, Ain TS, Gowhar O. Effect of academic stress on plaque and gingival health among dental students of Moradabad, India. *Journal of the International Academy of Periodontology*. 2014;16(4):115-20.
20. Deinzer R, Schüller N. Dynamics of stress-related decrease of salivary immunoglobulin A (sIgA): relationship to symptoms of the common cold and studying behavior. *Behavioral Medicine*. 1998;23(4):161-9.
21. Deinzer R, Förster P, Fuck L, Herforth A, Stiller-Winkler R, Idel H. Increase of crevicular interleukin 1b under academic stress at experimental gingivitis sites and at sites of perfect oral hygiene. *Journal of Clinical Periodontology*. 1999;26(1):1-8.
22. Karaaslan F, Dikilitas A. The effect of coronavirus disease 2019 pandemic on oral health behavior of Turkish society. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*. 2020;9(4):187-95.
23. KILIÇARSLAN MA. COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 2020;3:36-42.
24. Rabi FA, Al Zoubi MS, Kasasbeh GA, Salameh DM, Al-Nasser AD. SARS-CoV-2 and coronavirus disease 2019: what we know so far. *Pathogens*. 2020;9(3):231.
25. Passarelli P, Passarelli G, Charitos I, Rella E, Santacroce L, D'Addona A. COVID-19 and Oral Diseases: How can we Manage Hospitalized and Quarantined Patients while Reducing Risks?. *Electron J Gen Med*. 2020; 17 (6): em238. 2020.
26. Warabi Y, Tobisawa S, Kawazoe T, Murayama A, Norioka R, Morishima R, et al. Effects of oral care on prolonged viral shedding in coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Special Care in Dentistry*. 2020;40(5):470-4.
27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.

28. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*. 1998;10(2):176.
29. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA)*. 2017;2(2):78-91.
30. Fehr A.R., Perlman S. (2015) Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. In: Maier H., Bickerton E., Britton P. (eds) *Coronaviruses. Methods in Molecular Biology*. 1282: 1-23. Humana Press, New York, NY.
31. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*. 2020;25(3):278-80.
32. Graham RL, Baric RS. Recombination, reservoirs, and the modular spike: mechanisms of coronavirus cross-species transmission. *Journal of virology*. 2010;84(7):3134-46.
33. Perlman S, Netland J. Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. *Nature reviews microbiology*. 2009;7(6):439-50.
34. Sampathkumar P, Temesgen Z, Smith TF, Thompson RL, editors. *SARS: epidemiology, clinical presentation, management, and infection control measures*. Mayo Clinic Proceedings; Elsevier. 2003; 78(7): 813-16.
35. Li W, Moore MJ, Vasilieva N, Sui J, Wong SK, Berne MA, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*. 2003;426(6965):450-4.
36. Kuba K, Imai Y, Rao S, Gao H, Guo F, Guan B, et al. A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. *Nature medicine*. 2005;11(8):875-9.
37. Imai Y, Kuba K, Rao S, Huan Y, Guo F, Guan B, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 protects from severe acute lung failure. *Nature*. 2005;436(7047):112-6.
38. Zeidler A, Karpinski TM. SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2 Comparison of Three Emerging Coronaviruses. *Jundishapur Journal of Microbiology*. 2020;13(6).
39. Fujii T, Nakamura T, Iwamoto A. Current concepts in SARS treatment. *Journal of infection and chemotherapy*. 2004;10(1):1-7.
40. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet*. 2020;395(10225):689-97.
41. Zaki AM, Van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(19):1814-20.

42. Memish ZA, Cotten M, Meyer B, Watson SJ, Alsaifi AJ, Al Rabeeah AA, et al. Human infection with MERS coronavirus after exposure to infected camels, Saudi Arabia, 2013. *Emerging infectious diseases*. 2014;20(6):1012.
43. Meo S, Alhowikan A, Al-Khlaiwi T, Meo I, Halepoto D, Iqbal M, et al. Novel coronavirus 2019-nCoV: prevalence, biological and clinical characteristics comparison with SARS-CoV and MERS-CoV. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020;24(4):2012-9.
44. Yao TT, Qian JD, Zhu WY, Wang Y, Wang GQ. A systematic review of lopinavir therapy for SARS coronavirus and MERS coronavirus—A possible reference for coronavirus disease-19 treatment option. *Journal of medical virology*. 2020;92(6):556-63.
45. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of medical virology*. 2020;92(4):441-7.
46. Bassetti M, Vena A, Giacobbe DR. The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: Challenges for fighting the storm. *European journal of clinical investigation*. 2020;50(3):e13209.
47. ŞİRİN H, ÖZKAN S. Dünyada ve Türkiye’de COVID-19 Epidemiyolojisi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2020(28):6-13.
48. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*. 2020;323(13):1239-42.
49. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*. 2020;109:102433.
50. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*. 2020;395(10224):565-74.
51. Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor recognition by the novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS coronavirus. *Journal of virology*. 2020;94(7):1-9.
52. Jin Y-H, Cai L, Cheng Z-S, Cheng H, Deng T, Fan Y-P, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Military Medical Research*. 2020;7(1):4.
53. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020.
54. Zhang H, Kang Z, Gong H, Xu D, Wang J, Li Z, et al. Digestive system is a potential route of COVID-19: an analysis of single-cell coexpression pattern of key proteins in viral entry process. *Gut*. 2020;69(6):1010-8.

55. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*. 2020;395(10226):809-15.
56. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological Characteristics of COVID-19: A Systemic Review and Meta-Analysis. *MedRxiv*. 2020.
57. Park CL, Russell BS, Fendrich M, Finkelstein-Fox L, Hutchison M, Becker J. Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of general internal medicine*. 2020;35(8):2296-303.
58. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395(10223):507-13.
59. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(9):872-4.
60. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in patients with severe acute respiratory coronavirus 2 infection: a cross-sectional study. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
61. Xia J, Tong J, Liu M, Shen Y, Guo D. Evaluation of coronavirus in tears and conjunctival secretions of patients with SARS-CoV-2 infection. *Journal of medical virology*. 2020;92(6):589-94.
62. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*. 2020;382(18):1708-20.
63. Corman V, Bleicker T, Brünink S, Drosten C, Zambon M, Organization WH. Diagnostic detection of Wuhan coronavirus 2019 by real-time RT-PCR. Geneva: World Health Organization, January. 2020;13.
64. Organization WH. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance, 2 March 2020. World Health Organization; 2020.
65. BAKANLIĞI TS. COVID-19 (SARS-CoV2 ENFEKSİYONU) REHBERİ. 2020.
66. Hamid S, Mir MY, Rohela GK. Noval coronavirus disease (COVID-19): A pandemic (Epidemiology, Pathogenesis and potential therapeutics). *New Microbes and New Infections*. 2020:100679.
67. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A trial of lopinavir–ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020.
68. Shen C, Wang Z, Zhao F, Yang Y, Li J, Yuan J, et al. Treatment of 5 critically ill patients with COVID-19 with convalescent plasma. *Jama*. 2020;323(16):1582-9.

69. Touret F, de Lamballerie X. Of chloroquine and COVID-19. *Antiviral research*. 2020;104762.
70. Grein J, Ohmagari N, Shin D, Diaz G, Asperges E, Castagna A, et al. Compassionate use of remdesivir for patients with severe Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(24):2327-36.
71. İNKAYA AÇ, Taş Z, Akova M. COVID-19'un Güncel Tedavisi. *Kanser ve COVID-19 Pandemisi*.1:27-37.
72. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Newman and Carranza's Clinical Periodontology 13 ed. Carranza FA, Elangovan S, Freire M, Jepsen S, Klokkevold PR, Newman MG, et al., editors: Elsevier Health Sciences; 2018. 179-2727
73. Bartold PM, Walsh LJ, Narayanan AS. Molecular and cell biology of the gingiva. *Periodontology 2000*. 2000;24(1):28-55.
74. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Newman and Carranza's Clinical Periodontology 13 ed. Carranza FA, Elangovan S, Freire M, Jepsen S, Klokkevold PR, Newman MG, et al., editors: Elsevier Health Sciences; 2018. 179-2727 p.
75. Mattos CM, Santana RB. A quantitative evaluation of the spatial displacement of the gingival zenith in the maxillary anterior dentition. *Journal of periodontology*. 2008;79(10):1880-5.
76. Garnick J, Keagle J, Searle J, King G, Thompson W. Gingival Resistance to Probing Forces: II. The Effect of Inflammation and Pressure on Probe Displacement in Beagle Dog Gingivitis. *Journal of Periodontology*. 1989;60(9):498-505.
77. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*. 1999;4(1):1-6.
78. Chapple IL, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89:S74-S84.
79. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *Journal of periodontology*. 2018;89:S9-S16.
80. Wolff L, Dahlén G, Aepli D. Bacteria as risk markers for periodontitis. *Journal of periodontology*. 1994;65:498-510.
81. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *Journal of periodontology*. 2004;75(2):196-209.
82. Johnson GK, Guthmiller JM. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontology 2000*. 2007;44(1):178-94.

83. Ramseier CA. Potential impact of subject-based risk factor control on periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005;32:283-90.
84. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*. 2010;33(2):421-7.
85. Page RC, Beck JD. Risk assessment for periodontal diseases. *International Dental Journal*. 1997;47(2):61-87.
86. Kornman KS, Crane A, Wang HY, Giovane FSd, Newman MG, Pirk FW, et al. The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. *Journal of clinical periodontology*. 1997;24(1):72-7.
87. Gunsolley J, Pandey J, Quinn S, Tew J, Schenkein H. The effect of race, smoking and immunoglobulin allotypes on IgG subclass concentrations. *Journal of periodontal research*. 1997;32(4):381-7.
88. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89:S173-S82.
89. Axtelius B, Söderfeldt B, Nilsson A, Edwardsson S, Attström R. Therapy-resistant periodontitis. Psychosocial characteristics. *Journal of clinical periodontology*. 1998;25(6):482-91.
90. Croucher R, Marcenes WS, Torres MCM, Hughes F, Sheiham A. The relationship between life-events and periodontitis A case-control study. *Journal of clinical periodontology*. 1997;24(1):39-43.
91. Boyapati L, Wang HL. The role of stress in periodontal disease and wound healing. *Periodontology 2000*. 2007;44(1):195-210.
92. Dobson KS, Dozois DJ. Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. *Risk factors in depression: Elsevier*; 2008. p. 1-16.
93. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. 2011;45(2):65-74.
94. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2):163-72.
95. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
96. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Williams JE, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(1):83-102.
97. Crawford J, Cayley C, Lovibond PF, Wilson PH, Hartley C. Percentile norms and accompanying interval estimates from an Australian general adult population sample

- for self-report mood scales (BAI, BDI, CRSD, CES-D, DASS, DASS-21, STAI-X, STAI-Y, SRDS, and SRAS). *Australian Psychologist*. 2011;46(1):3-14.
98. Burisch M. You don't always get what you pay for: Measuring depression with short and simple versus long and sophisticated scales. *Journal of Research in Personality*. 1984;18(1):81-98.
 99. Lovibond S, Lovibond P. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd edn. Sydney: Psychology Foundation, 1995. ISBN 7334-1423-7330. <http://www7332.psy.unsw.edu.au/groups/dass>.
 100. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*. 2020;33(2).
 101. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, behavior, and immunity*. 2020.
 102. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300-2.
 103. Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *Journal of affective disorders*. 2020;277:379-91.
 104. Tan BY, Chew NW, Lee GK, Jing M, Goh Y, Yeo LL, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*. 2020.
 105. Alkhamees AA, Alrashed SA, Alzunaydi AA, Almohimeed AS, Aljohani MS. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive psychiatry*. 2020;102:152192.
 106. Gong J, Dong H, Xia SQ, Huang YZ, Wang D, Zhao Y, et al. Correlation analysis between disease severity and inflammation-related parameters in patients with COVID-19 pneumonia. *MedRxiv*. 2020.
 107. Guan W-j, Liang W-h, Zhao Y, Liang H-r, Chen Z-s, Li Y-m, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. *European Respiratory Journal*. 2020;55(5).
 108. Pitones-Rubio V, Chávez-Cortez E, Hurtado-Camarena A, González-Rascón A, Serafín-Higuera N. Is periodontal disease a risk factor for severe COVID-19 illness? Medical hypotheses. 2020;144:109969.
 109. Sampson V. Oral hygiene risk factor. *British Dental Journal*. 2020;228(8):569-.
 110. Silva DHF, Camargos JHd, Rodrigues JG, Nogueira LS, Azevedo DAd, Carvalho MdG, et al. Impact of oral hygiene in patients undergoing mechanical ventilation in the COVID-19 pandemic. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2020;66:96-101.

111. Abdelrahman M. Personality traits, risk perception, and protective behaviors of Arab residents of Qatar during the COVID-19 pandemic. *International journal of mental health and addiction*. 2020;1-12.
112. Thrul J, Ferguson SG, Bühler A. How Do light and intermittent smokers differ from heavy smokers in young adulthood: The role of smoking restraint strategies. *Journal of psychoactive drugs*. 2016;48(3):153-8.
113. Beşiroğlu E, Lütfoğlu M. Relations between periodontal status, oral health–related quality of life and perceived oral health and oral health consciousness levels in a Turkish population. *International journal of dental hygiene*. 2020;18(3):251-60.
114. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors In Covid-19 Pandemics. *Psychiatry Research*. 2020;113130.
115. Ning X, Yu F, Huang Q, Li X, Luo Y, Huang Q, et al. The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan Province, China during the initial stages of the COVID-19 outbreak. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-9.
116. Li LZ, Wang S. Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry research*. 2020;291:113267.
117. Eysenbach G, Wyatt J. Using the Internet for surveys and health research. *Journal of medical Internet research*. 2002;4(2):e13.
118. Fitzgerald D, Hockey R, Jones M, Mishra G, Waller M, Dobson A. Use of online or paper surveys by Australian women: longitudinal study of users, devices, and cohort retention. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(3):e10672.
119. Elovici Y, Fire M, Herzberg A, Shulman H. Ethical considerations when employing fake identities in online social networks for research. *Science and engineering ethics*. 2014;20(4):1027-43.
120. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(9):3165.
121. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*. 2020;16(1):1-11.
122. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*. 2020;26:e924609-1-12.

123. Ng KH, Agius M, Zaman R. The global economic crisis: effects on mental health and what can be done. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2013;106(6):211-4.
124. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*. 2020;51:102076.
125. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*. 2020:112954.
126. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, et al. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 2020;15(5):e0233410.
127. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*. 2020;15(4):e0231924.
128. Neria Y, Sullivan GM. Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *Jama*. 2011;306(12):1374-5.
129. Yeni Elbay R, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors In Covid-19 Pandemics. *Psychiatry Research*. 2020:113130.
130. Lee J-H, Jeon HH, Lee S, Lee H, Oh S-T, Chang JG, et al. The Effect of Psychological Factors on Postoperative Pain in Gastric Tumor Patients after Endoscopic Submucosal Dissection. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2018;26(1):68-75.
131. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*. 2020.
132. Birant S, Koruyucu M, Ozcan H, Ilisulu C, Kasimoglu Y, Avcu N, et al. Investigating the Level of Knowledge of the Community about Oral and Dental Health. *European Journal of Dentistry*. 2020.
133. Coşkun E, Ünlü FK. Assessment of oral hygiene behaviors and periodontal status among dental patients in Turkey: A pilot study. *International Dental Research*. 2018;8(2):63-9.
134. Koseoglu M, Bal O, Turkan HB, Cetin B, Tascioglu MN, Aydin N, et al. Oral care practices of adults in Turkey. *Makara Journal of Health Research*. 2020;24(1):10.
135. Fatima Z, Bey A, Azmi S, Gupta N, Khan A. Mental depression as a risk factor for periodontal disease: A case-control study. *European Journal of General Dentistry*. 2016;5(2):86.
136. Kumar A, Kardkal A, Debnath S, Lakshminarayan J. Association of periodontal health indicators and major depressive disorder in hospital outpatients. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015;19(5):507.

137. Permatasari P, Yubiliana G, Iskandarsyah A. Oral hygiene status of depressed patients. *Padjadjaran Journal of Dentistry*. 2020;32(1):63-7.
138. Lorente L, Vera M, Peiró T. Nurses' Stressors and Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic: The mediating role of Coping and Resilience. *Journal of Advanced Nursing*. 2020.
139. Mayordomo-Rodríguez T, Meléndez-Moral JC, Viguer-Segui P, Sales-Galán A. Coping strategies as predictors of well-being in youth adult. *Social Indicators Research*. 2015;122(2):479-89.
140. Mumcu G, Sur H, Yildirim C, Soylemez D, Atli H, Hayran O. Utilisation of dental services in Turkey: a cross-sectional survey. *International dental journal*. 2004;54(2):90-6.
141. Baskaran K. Evaluating Perception on Oral Hygiene, Practice and Reason for it and Exploring Gender Differences among Outpatients Visiting a Private Dental College Hospital. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2017;6(5):91-6.
142. Guzeldemir E, Toygar HU, Tasdelen B, Torun D. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *The Journal of the American Dental Association*. 2009;140(10):1283-93.
143. Kreethika S, Resident J, Resident J. Awareness of Oral Manifestations Related to Systemic Diseases.





EK-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.09.2020-E.22099


T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Dış Hekimliği Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayın Prof. Dr. Mehmet YALIM
Periodontoloji Anabilim Dalı Başkanlığına

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna, etik açıdan değerlendirmek üzere göndermiş olduğunuz "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi" konulu çalışma, Etik Kurulumuz tarafından incelenmiş ve araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nur MOLLAOĞLU
Kurul Başkanı

Önemli Not: Sağlık Bakanlığına başvuruda bulunacak çalışmaların, Kurulumuz tarafından incelenmiş ve onaylanmış "**Değerlendirilen Belgeler**" kısmında belirtilmiş olan **Tarih ve Versiyon/Revizyon numaralarının** yazılması gerekmektedir. Aksi takdirde Sağlık Bakanlığına teslim edilen belgelerde Tarih ve Versiyon/Revizyon numaralarında uyumsuzluk yaşanmaktadır ve bu nedenle dosyalar reddedilmektedir. Bu konuya önem verilmesi bilgilerinize sunulur.

Ek: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 Sayfa)/Elden Teslim Edilecektir.

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Prof. Dr. Mehmet YALIM tarafından gönderilen "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın kabulüne.			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI				
	AÇIK ADRESİ:				
	TELEFON				
	FAKS				
	E-POSTA				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mehmet YALIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Periodontoloji Anabilim Dalı Başkanlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK v.b. gibi kaynaklardan destek alımları için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Prof. Dr. Mehmet YALIM tarafından gönderilen "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın kabulüne,
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10.09.2020	VERSİYON 1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.09.2020	VERSİYON 1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	10.09.2020	VERSİYON 1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	10.09.2020- VERSİYON 1			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: GÜDHKAEK. 2020.20/1	Tarih: 24.09.2020				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dayanan ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yükümler ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Nur MOLLAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurum
Prof. Dr. Tayfun ALAÇAM	Endodonti	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Prof. Dr. Nur MOLLAOĞLU (Etik Kurul Başkanı)	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Prof. Dr. Hulya ERTEN	Restoratif Diş Tedavisi	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Prof. Dr. Burcu BALOŞ TUNCER	Ortodonti	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Prof. Dr. Şebnem GÜLEN	Fizyoloji	Ufuk Ü. Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Mesut Enes ODABAŞ	Çocuk Diş Hekimliği	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Prof. Dr. Orhan Mecit ULUDAĞ	Farmakoloji	Gazi Ü. Eczacılık Fakültesi
Doç. Dr. Ferhan EĞİLMEZ (Hekimlerden saygılı üyesi)	Protetik Diş Tedavisi	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Doç. Dr. Burcu ÖZDEMİR (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	Periodontoloji	Gazi Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI			Prof. Dr. Mehmet YALIM tarafından gönderilen "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın kabulüne,						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Doç. Dr. Benay YILDIRIM	Oral Patoloji	Gazi Ü. Dış Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	F ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÖZÜN	Halk Sağlığı	Gazi Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	F ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Av. Efe AYAZ	Avukat	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	F ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
İlker YAVUZ	Fotoğraf Eğitmeni	-	E ☒	K ☐	F ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
*Toplantıda Bulunma									

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDA OLMASI GEREKEN ASGARİ BİLGİLER		
TITCK-KAD-D2	Tarih / Versiyon	Sayfa
	05.05.2019 / Ver3.0	1/2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Mehmet YALIM

Diğer Araştırmacıların Adı: Dt. Büşra BELDAĞ

"Covid-19 Pandemisi Sürecinde Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeyi ve Oral Hijyen Tutumlarının Birlikte Değerlendirilmesi" isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Covid-19 (Koronavirüs-19) salgın sürecinden geçmekte olduğumuz bu dönemde, insanlar üzerinde korku ve kaygı düzeylerinde artış olması doğal bir durumdur. Bu kaygı düzeylerindeki artışın boyutu günlük yaşantımızı ve ağız hijyeni alışkanlıklarımızı etkileyebilmekte ve bu durum yaş, cinsiyet gibi çeşitli özelliklere bağlı olarak kişiden kişiye farklılık göstermektedir.

Bu salgın sürecinde bilindiği gibi diş hekimliği hizmetleri sadece acil ve zorunlu işlemlerle sınırlandırılmıştır. Ancak bu durumun ertelenen ağız bakım hizmetleri nedeniyle salgın sürecinde ve sonrasında çok ciddi hasta yığılmalarına, basit tedavilerle çözülebilecek hastalık tablolarının daha güç hale gelmesine veya tedavilerin finansal olarak maliyetlerinin artmasına neden olması muhtemel sorunlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla bu dönemde ağız sağlığının korunması önem arz etmektedir.

Çalışmada size bir anket formu yöneltilenektir. Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi soruların yanı sıra diş fırçalama sıklığı ve süresi, macun içeriği, diş hekimi ziyaretleri gibi ağız bakım alışkanlığınıza dair sorular da yer almaktadır. Anket formunun son bölümünde ise kaygı düzeyinizi anlamak için sizden 21 adet soruyu anket formunda yer alan açıklama tablosuna göre puanlamanız istenecektir.

Anket formunda yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar ile çeşitli yaş grupları, cinsiyet gibi özelliklere göre kaygı düzeylerinin dağılımı ve bu dönemde önem arz eden ağız bakım alışkanlıklarına olan etkisi araştırılarak, ağız sağlığını geliştirmek için alınması gereken strateji ve önlemler için gerekli bilgileri elde etmek amaçlanmaktadır.

Çalışma Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı olmak üzere tek merkezde yürütülecektir. Çalışmaya fakültemize başvuran 18 yaş ve üzeri hastaların alınması planlanmaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucu bu çalışmaya 75 kadın, 75 erkek olmak üzere toplam "150" hastanın katılımı öngörülmüştür.

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDA OLMASI GEREKEN ASGARİ BİLGİLER		
TİTCK-KAD-D2	Tarih / Versiyon	Sayfa
	05.05.2019 / Ver3.0	2/2

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Katılımcı/Hasta Beyanı

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün ADI SOYADI:**İMZASI:****TARİH:****Araştırmacının ADI SOYADI:****İMZASI:****TARİH:****(Gerekliyse) olur işlemine tanık olan kişinin****ADI SOYADI:****İMZASI:****TARİH:**

EK-3. Anket Formu

ANKET SORULARI

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3.Eğitim durumunuz:

- ☐ İlköğretim
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Lisansüstü

4.Medeni durumunuz:

- ☐ Bekar
- ☐ Evli

5.Çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6.Gelir düzeyiniz:

- ☐ Asgari ücretten az
- ☐ Asgari ücret
- ☐ Asgari ücretten fazla

7.Ev halkınız kimlerden oluşuyor?

- ☐ Yalnız yaşıyorum
- ☐ Eşim ve çocuklarımla
- ☐ Ailemle (anne baba)
- ☐ 65 yaş ve üzeri aile bireyleriyle

8.Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9.Cevabınız evet ise, günde kaç adet sigara kullanıyorsunuz?

- ☐ 1-9 adet
- ☐ 10 adet-1 paket
- ☐ 1 paket ve üzeri

10.Daha önce tanı koyulmuş psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

EK-3. (devam) Anket Formu

11.Sistemik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12.Varsa belirtiniz.

- | | |
|--|--|
| ☐ Kalp hastalığı: | ☐ Hipertansiyon: |
| ☐ Diabet: | ☐ Kanama problemi: |
| ☐ Hepatit: | ☐ HIV: |
| ☐ İlaç alerjisi: | ☐ Endokrin hastalıklar: |
| ☐ Tiroid problemi: | ☐ Kortizon Tedavisi: |
| ☐ Epilepsi: | ☐ Lösemi: |
| ☐ Kanser: | ☐ İmmün yetmezlik durumları |
| ☐ Hamilelik | ☐ Emzirme: |
| ☐ Doğum kontrol hapı: | |
| ☐ Diğer: | |

13.Sağlık çalışanı mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

- A) Fırçalamıyorum
- B) Düzenli fırçalamıyorum
- B) Günde 1 kez
- C) Günde 2 veya daha fazla

15. Diş fırçalama süreniz nedir?

- A) 1 dakikadan az
- B) 1-2 dakika arasında
- C) 2 dakikadan fazla

16. Günlük diş ipi/ara yüz fırçası kullanıyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

17. Diş fırçalama alışkanlığınızı nasıl tanımlarsınız?

- A) Bazen
- B) Haftada 1
- C) Nadiren
- D) Günde 1 defa
- E) Günde 2 veya daha fazla

18. En son ne zaman diş hekimine gittiniz?

- A) Son 1 yıl içinde
- B) 1 yıldan fazla zaman oldu

EK-3. (devam) Anket Formu

19. Diş macununuzun içeriği nedir?

- B) Florürlü
C) Florürsüz

20. Diş ve diş eti sağlığını nasıl tanımlarsınız?

- A) Mükemmel
B) İyi
C) Orta
D) Zayıf

21. Diş fırçanızı ne sıklıkla değiştirirsiniz?

- A) 1-3 ay arası
B) 3 ayda bir
C) 3-6 ay arası
D) 6 aydan fazla

22. İlk diş hekimi ziyaret yaşıncı kaçtı?

23. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. **Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:**

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

1	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
2	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn.; aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
3	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
4	Kendimi paniklemeye yakın hissettim	0	1	2	3
5	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum	0	1	2	3
6	Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0	1	2	3
7	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
8	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi	0	1	2	3
9	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
10	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3

EK-3. (devam) Anket Formu

11	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3
12	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
13	Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım.	0	1	2	3
14	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
15	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
16	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
17	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Gevşeyip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
20	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu	0	1	2	3
21	Tedirgin/ kışkırtılmakta olduğumu fark ettim.	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : BELDAĞ Büşra
Uyruğu : Türkiye

Eğitim

Derece	Eğitim birimi	Mezuniyet tarihi
Uzmanlık	Gazi Üniversitesi/ Diş Hekimliği Fak.	Devam Ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi/ Diş Hekimliği Fak.	2014
Lise	Ankara Süleyman Demirel AL	2009

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018-halen	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD	Araştırma Görevlisi
2017-2018	Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD	Araştırma Görevlisi
2014-2017	Konya Karapınar İlçe Devlet Hastanesi	Diş Hekimi

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

