

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ VE TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN DENTAL VE PERİODONTAL SAĞLIK
DÜZEYLERİ İLE AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILIKLI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Günay HÜSEYNOVA

**Periodontoloji Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Oğuz KÖSE**

RİZE-2025

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ VE TIP FAKÜLTESİ
ÖĞRENCİLERİNİN DENTAL VE PERİODONTAL SAĞLIK
DÜZEYLERİ İLE AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILIKLI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Günay HÜSEYNOVA

**Periodontoloji Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Oğuz KÖSE**

RİZE-2025

KABUL ve ONAY

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalında, Prof. Dr. Oğuz KÖSE danışmanlığında, Günay HÜSEYNOVA tarafından hazırlanan Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dental ve Periodontal Sağlık Düzeyleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin Karşılıklı Olarak Değerlendirilmesi adlı bu tez çalışması, 02.12.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Ünvanı, Adı Soyadı

Başkan:

Prof. Dr. Oğuz KÖSE

Üye:

Doç. Dr. Meltem ZİHNİ KORKMAZ

Üye :

Doç. Dr. Hatice YEMENOĞLU

ETİK BEYAN

Periodontoloji Programından mezun olmak üzere teslim ettiğim ‘Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dental ve Periodontal Sağlık Düzeyleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin Karşılıklı Olarak Değerlendirilmesi’ başlıklı tezi, bilimsel araştırma ve etik kurallarına tam bir bağlılık içerisinde, tarafımda özgün olarak hazırlanmıştır.

Bu çalışma kapsamında yararlandığım tüm kaynaklar, Enstitünüzün Tez Yazım Kılavuzu’na uygun biçimde açıkça belirtilmiş, alıntılar gerektiği şekilde kaynakça ile desteklenmiştir. Kaynağı belirtilmeyen bilgiler, özgün araştırma yöntemleriyle şahsım tarafından elde edilmiş ve bilimsel ilkelere uygun biçimde tezde sunulmuştur. Üçüncü şahıslara ait herhangi bir bilgi veya bulgu, tarafıma aitmiş gibi sunulmamış gerek akademik gerekse etik açıdan en yüksek hassasiyet gösterilmiştir. İnternet dâhil tüm bilgi ve veriler, uygun atıflarla desteklenmiş; kaynak gösterilmeksizin hiçbir içerik kullanılmamıştır.

İlerleyen süreçte çalışmamla ilgili olarak bilimsel etik ihlali ya da intihal iddialarının gündeme gelmesi durumunda, doğabilecek tüm akademik, idari ve hukuki sorumluluğun yalnızca bana ait olduğunu; Üniversiteniz ve akademik kadronuzun hiçbir şekilde sorumlu tutulamayacağını kendi hür irademle kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Günay HÜSEYNOVA

18/12/2025

TEŞEKKÜR

Bu çalışma, Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin dental ve periodontal sağlık düzeyleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin karşılıklı olarak değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

Öncelikle, akademik yaşamım boyunca bilgi, birikim ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan; bilimsel yaklaşımı, değerli rehberliği ve ilham verici tutumuyla her aşamada yanımda olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Oğuz Köse'ye en içten şükranlarımı sunarım.

Mesleki gelişimime önemli katkılar sağlayan, bilgi ve tecrübelerini paylaşmaktan hiçbir zaman çekinmeyen; desteklerini her daim hissettiğim kıymetli hocalarım Doç. Dr. Meltem Zihni Korkmaz, Doç. Dr. Hatice Yemenoğlu ve Dr. Öğr. Üyesi Semih Alperen Bostan'a içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu sürecin en zorlu dönemlerinde bile desteğini yanımda hissettiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum sevgili eşkıdemli Araştırma Görevlisi arkadaşlarıma; aynı çatıyı paylaştığım, uyum ve dayanışma içinde çalıştığım tüm değerli asistan arkadaşlarıma ve bölüm personeline teşekkür ederim.

İyi ki varsınız.

Günay HÜSEYNOVA

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	X
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Diş Sağlığı: Tanım ve Önemi	4
2.2. Periodontal Sağlık ve Hastalıklar	5
2.3.Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi (Oral Health-Related Quality of Life - OHRQoL)	14
2.4.Öğrenci Gruplarında Ağız Sağlığına Yaklaşım: Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Örnekleri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
3.1. Katılımcı Seçimi	21
3.2. Çalışma Protokolü.....	22
3.3. Klinik Periodontal Parametrelerin Değerlendirilmesi	22
3.3.1. Sondalanan Cep Derinliği (SCD)	22
3.3.2. Klinik Ataçman Seviyesi (KAS).....	22
3.3.3. Plak İndeksi (Pİ) – Silness & Loe, 1964.....	22
3.3.4. Gingival İndeks (Gİ) – Loe & Silness, 1963	23
3.3.5. Sondalamada Kanama İndeksi (SKİ).....	23
3.3.6. Decayed Missing Filled Tooth İndeksi (DMFT)	23
3.4. Eğitim Düzeyi ve Ağız Sağlığı Anketi	24
3.5. Sistemik Parametreler	27
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	27
4.BULGULAR.....	29
4.1. Demografik Bulgular	29
4.2. Klinik Bulgular	29
4.3.Ağız ve Diş Sağlığı Parametrelerinin Fakültelerin Kendi İçinde Sınıflara Göre Karşılaştırılması	30
4.3.1. Diş Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Karşılaştırılması.....	30
4.3.2.Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Karşılaştırılması.....	31
4.3.3. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığı Parametrelerinin Aynı Sınıflar Arasında Karşılaştırılması	32

4.3.4. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıfları İle Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Arasındaki İlişki Düzeyleri	34
4.3.5. Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Sınıf Düzeyinin Çeşitli Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi	36
4.3.6. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sınıf Düzeyinin Çeşitli Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi	38
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	49
EK-1. Özgeçmiş	50
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	51
EK-3. Dekanlık Onayı	52
EK-4. İntihal Beyan Formu	52

ÖZET

Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dental ve Periodontal Sağlık Düzeyleri ile Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitelerinin Karşılıklı Olarak Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin dental ve periodontal sağlık durumlarını karşılaştırmalı olarak incelemek ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerini Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) ölçeği üzerinden değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi öğrencileri arasından gönüllü olarak katılım sağlayan sistemik olarak sağlıklı bireyleri kapsamaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri, ağız hijyeni alışkanlıkları, dental anksiyete düzeyleri ve ağız sağlığı davranışları yapılandırılmış bir form ile kaydedilmiştir. Klinik dental ve periodontal parametreler ölçülmüştür. Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi OHIP-14 ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada dental ve periodontal sağlığı etkileyen faktörlerin, fakülte türüne göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Diş hekimliği öğrencilerinin ağız sağlığı bilgi düzeylerinin yüksek olmasına rağmen yoğun akademik ve klinik yük nedeniyle pratik ağız hijyeni davranışlarında zaman zaman yetersizlik görülebildiği; tıp fakültesi öğrencilerinin ise genel sağlık bilgileri yüksek olmasına rağmen ağız hijyeni farkındalıklarının ve periodontal sağlık skorlarının daha düşük olabildiği belirlenmiştir. OHIP-14 skorlarının periodontal klinik parametrelerle ilişkili olduğu ve özellikle gingival inflamasyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesinde olumsuz etkilenmenin anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür. Fakülteler arasında OHIP-14 toplam puanları ve alt boyutlarında dikkate değer farklar saptanmış; Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin Tıp Fakültesi öğrencilerine göre daha olumlu olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Üniversite öğrencilerinde periodontal sağlık durumunun ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin fakülte türüne göre değiştiği, ağız sağlığı farkındalığının hem teorik bilgiye hem de günlük bakım alışkanlıklarına bağlı olarak farklılık gösterdiği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağız sağlığı, OHIP-14, periodontal sağlık.

ABSTRACT

Comparative Evaluation of Dental and Periodontal Health Status and Oral Health-Related Quality of Life Among Dentistry and Medical Students

Aim: The aim of this study was to comparatively evaluate the dental and periodontal health status of Dentistry and Medical Faculty students and to assess their oral health-related quality of life using the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) scale.

Materials and Methods: The study included systemically healthy volunteers from the Dentistry and Medical Faculties of Recep Tayyip Erdoğan University. Demographic characteristics, oral hygiene practices, dental anxiety levels, and oral health behaviors were recorded using a structured form. Clinical dental and periodontal parameters were assessed, and oral health-related quality of life was evaluated using the OHIP-14 scale.

Results: Factors influencing dental and periodontal health were analyzed in relation to faculty type. Although dentistry students had higher theoretical knowledge regarding oral health, practical oral hygiene behaviors were sometimes insufficient due to intensive academic and clinical workload. In contrast, despite possessing broad general health knowledge, medical students demonstrated lower oral hygiene awareness and poorer periodontal scores. OHIP-14 scores were significantly associated with clinical periodontal parameters, indicating that increased gingival inflammation corresponded to greater impairment in quality of life. Significant differences in OHIP-14 total and subscale scores were found between the two faculties, with dentistry students exhibiting more favorable oral health-related quality of life compared to medical students.

Conclusion: Periodontal health status and oral health-related quality of life differ according to faculty type among university students. Oral health awareness varies depending on both theoretical background and daily oral hygiene practices. These findings highlight the need to strengthen oral health education and integrate multidisciplinary approaches within health sciences curricula.

Keywords: OHIP-14, oral health, periodontal health.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

OHRQoL	: Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi
OHIP	: Ağız Sağlığı Etki profili
SROH	: Bireyin Kendi Algıladığı Ağız Sağlığı
DMFT	: Çürük, eksik ve dolgulu dişler indeksi
DM	: Diabetes mellitus
DHF	: Diş Hekimliği Fakültesi
FDI	: Dünya Dişhekimleri Federasyonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ECOHIS	: Erken çocukluk dönemi ağız sağlığı etki ölçeği
GOHAI	: Geriatrik ağız sağlığı değerlendirme indeksi
Gİ	: Gingival indeks
OIDP	: Günlük yaşam performansı üzerindeki oral etkiler
HbA1c	: Hemogloblin A1c
IL-1 β	: İnterlökin-1 beta
Kİ	: Kanama indeksi
KAK	: Klinik ataçman kaybı
KAS	: Klinik ataçman seviyesi
Pİ	: Plak indeksi
RKK	: Radyolojik kök kaybı
ROT	: Reaktif oksijen türleri
SCD	: Sondalanabilir cep derinliği
SKİ	: Sondalamada kanama indeksi
TF	: Tıp Fakültesi

TNF- α : Tümör nekrotizan faktör-alfa

NHANES : Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2. 1. 2017 Uluslararası Periodontoloji Çalıştay ı Periodontal – Periimplant Hastalık ve Durumların Sınıflaması	7
Tablo 2. 2. Periodontitis Evreleri	12
Tablo 2.3. Periodontitisin Dereceleme Sistemi	14
Tablo 4.1. Demografik Veriler	29
Tablo 4.2. Diş hekimliği ve Tıp Fakültesi öğrencilerine ait ağız sağlığı parametrelerine ilişkin sonuçlar	30
Tablo 4.3. Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.4. Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin Tıp Fakültesi öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılması	32
Tablo 4.5. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığı Parametrelerinin Aynı Sınıflar Arasında Karşılaştırılması	34
Tablo 4.6. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıfları ile Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Arasındaki İlişki Düzeyleri	35
Tablo 4.7. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları	37
Tablo 4.8. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları grafik gösterimi	37
Şekil 4.2. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları grafik gösterimi	39



1.GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı, bireyin genel sağlık durumunun ayrılmaz bir parçası olup, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir sağlık göstergesidir.¹ Ağız boşluğu; sindirim sisteminin başlangıcı olmasının yanı sıra, konuşma, estetik görünüm ve sosyal etkileşim gibi çok sayıda fonksiyonun sürdürülmesinde de temel rol oynar.² Bu nedenle dental ve periodontal hastalıkların varlığı yalnızca lokal bir sorun olmayıp, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hâlini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.³

Periodontal hastalıklar, dişleri destekleyen dokuların inflamatuvar yıkımıyla karakterize, multifaktöriyel ve kronik seyirli hastalıklardır.⁴ Bu hastalıklar; dental plak, mikrobiyal biyofilm, konak yanıtı, genetik faktörler, sistemik durumlar ve yaşam tarzı alışkanlıklarının etkileşimi sonucu gelişmektedir.⁵ Genç erişkin yaş grubunda, özellikle üniversite öğrencilerinde, yetersiz ağız hijyeni uygulamaları, düzensiz beslenme, stres ve yaşam tarzı değişiklikleri periodontal hastalıkların gelişiminde önemli rol oynamaktadır.⁶

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi (Oral Health–Related Quality of Life; OHRQoL), bireyin ağız ve diş sağlığı durumunun günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ilişkiler ve psikolojik iyilik hâli üzerindeki etkisini değerlendiren çok boyutlu bir kavramdır.⁷ OHRQoL kavramı, yalnızca klinik parametrelerle değerlendirilen ağız sağlığının ötesine geçerek, bireyin öznel algısını ve yaşam kalitesine yansıyan etkilerini anlamayı amaçlamaktadır.⁸ Günümüzde bu kavram, halk sağlığı ve koruyucu diş hekimliği çalışmalarında önemli bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır.⁹

OHRQoL kavramını ölçmek amacıyla çeşitli değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Bunlar arasında en kapsamlı ve yaygın kullanılanı, Locker'ın 1988'de

tanımladığı davranışsal-sonuç modeline dayanan Oral Health Impact Profile (OHIP) ölçeğidir.³ İlk olarak OHIP-49 formu geliştirilmiş olup ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini yedi boyutta ayrıntılı olarak değerlendirmektedir.⁷ Ancak saha çalışmaları için uzun ve uygulaması güç olduğundan, her boyutu temsil eden iki maddeden oluşan kısa form OHIP-14 türetilmiştir.¹⁰ OHIP-14, geçerlik ve güvenirliği birçok ülkede doğrulanmış, hem klinik hem toplum temelli çalışmalarda OHRQoL'nin pratik şekilde ölçülmesine olanak sağlayan bir araç hâline gelmiştir.¹¹

Sağlık alanlarında eğitim gören bireylerin, özellikle diş hekimliği ve tıp fakültesi öğrencilerinin, ağız sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının gelecekteki profesyonel yaklaşımlarını şekillendireceği düşünülmektedir.¹² Diş hekimliği öğrencilerinin ağız hijyeni alışkanlıklarının genellikle daha bilinçli olduğu, ancak yoğun ders yükü, stres ve klinik sorumluluklar nedeniyle pratikte ideal düzeyde ağız bakımını sürdüremeyebildikleri bildirilmiştir.¹³ Tıp fakültesi öğrencilerinin ise ağız sağlığına ilişkin farkındalıklarının, genel sağlık bilgileri yüksek olmasına rağmen, diş hekimliği öğrencilerine kıyasla daha düşük olabildiği bazı çalışmalarda gösterilmiştir.^{14, 15}

Bu iki öğrenci grubunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, ağız sağlığına ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Böyle bir karşılaştırma, sağlık profesyoneli adaylarının kendi ağız sağlıklarına yönelik farkındalıklarının artırılmasına, ağız sağlığı eğitiminin müfredata entegrasyonunun güçlendirilmesine ve toplumda ağız sağlığı bilincinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.¹⁶ Ayrıca, dental ve periodontal sağlık düzeylerinin OHRQoL üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, ağız sağlığı hizmetlerinin planlanması ve eğitim programlarının düzenlenmesinde yol gösterici olacaktır.¹⁷

Bu çalışmanın amacı; Diş Hekimliği Fakóltesi ve Tıp Fakóltesi öğrencilerinin dental ve periodontal sağlık durumlarını ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerini karşılıklı olarak değerlendirmek, böylece her iki grubun ağız sağlığına ilişkin bilgi, davranış ve klinik durum farklılıklarını ortaya koymaktır. Elde edilecek bulguların, geleceğin sağlık profesyonellerinin ağız sağlığı farkındalığının geliştirilmesine ve ağız-diş sağlığı hizmetlerinde multidisipliner yaklaşımın öneminin vurgulanmasına katkı sağlaması beklenmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Diş Sağlığı: Tanım ve Önemi

Diş sağlığı, ağız boşluğunun, dişlerin ve çevresindeki dokuların fonksiyonel ve estetik bütünlüğünü ifade eder. Dünya Diş Hekimliği Federasyonu (FDI) tarafından yapılan tanıma göre, diş sağlığı; konuşma, gülümseme, koklama, tat alma, dokunma, çiğneme, yutma ve duygusal ifadeleri ağrı, rahatsızlık ve hastalık olmaksızın güvenle gerçekleştirme yeteneğini kapsar.¹⁸ Bu tanım, diş sağlığının yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal boyutlarını da içerdiğini vurgular. Diş sağlığının korunması, bireylerin genel sağlık durumuyla doğrudan ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, ağız sağlığı; yeme, konuşma ve sosyal etkileşim gibi temel fonksiyonları yerine getirebilme yeteneğini sağlarken, aynı zamanda özsaygı, genel iyilik hali ve sosyal katılımı da destekler.¹⁹ Ayrıca, diş sağlığı bozuklukları, kalp hastalıkları,²⁰ diyabet²¹ ve solunum yolu enfeksiyonları²² gibi sistemik hastalıklarla da ilişkilidir. Diş sağlığının önemi, toplum sağlığı açısından da büyüktür. Dünya genelinde yaklaşık 3,5 milyar insan, diş çürüğü, periodontal hastalıklar, diş kaybı ve ağız kanseri gibi ağız sağlığı sorunlarıyla karşı karşıyadır.²³ Bu durum, diş sağlığının sadece bireysel değil, toplumsal bir sağlık sorunu olduğunu gösterir.

Sonuç olarak, diş sağlığı; bireylerin genel sağlık, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda, diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, sağlık politikalarının ve toplum sağlığı stratejilerinin önemli bir parçası olmalıdır.

2.2. Periodontal Sağlık ve Hastalıklar

Periodonsiyum, dişleri destekleyen ve oral kavitedeki fonksiyonel dengeyi sürdüren tüm dokuları kapsayan kompleks bir yapıdır. Bu yapı, dişeti, alveolar kemik, periodontal ligament ve sement olmak üzere dört ana bileşenden oluşmaktadır. Periodonsiyumun başlıca görevi, dişlerin alveolar kemik ile yapısal bütünlüğünü korumak ve çiğneme ile konuşma gibi oral fonksiyonlar sırasında dişlere uygulanan mekanik yükleri absorbe ederek bu kuvvetlerin doğrudan kemik dokusuna iletilmesini engellemektir. Bunun ötesinde, periodonsiyum sadece mekanik destek sağlamakla kalmayıp, periodontal dokuların biyolojik bütünlüğünün korunmasında da merkezi bir rol oynar. Sağlıklı erişkin bireylerde, diş eti alveol kemiğini ve diş köklerini mine-sement birleşiminin hemen koronaline kadar örten bir örtü dokusu olarak bulunur; bu düzenleme, dişlerin destek dokularıyla hem morfolojik hem de fonksiyonel uyum içinde çalışmasını sağlar.²⁴ Periodontal sağlık, dişleri çevreleyen ve destekleyen dokuların inflamasyon belirtisi göstermeden işlevlerini sürdürebildiği durumu ifade eder. Bu durum, sağlıklı dişeti renginin korunması, kanama ve ödemin olmaması, klinik ataşman kaybının bulunmaması ve periodontal ceplerin normal derinlikte olması ile karakterizedir.²⁵ Periodontal sağlığın temel göstergeleri arasında, serbest ve yapışık dişetinin bütünlüğü, alveolar kemik seviyesinin korunması ve periodontal ligamentin normal fonksiyonu yer alır. Sağlıklı periodonsiyum, sadece dişlerin mekanik destek sağlamakla kalmaz; aynı zamanda mukozal bariyer işlevi görerek mikroorganizmalara karşı koruyucu rol üstlenir ve oral fonksiyonların sürdürülmesine katkıda bulunur.²⁶ Modern periodontal literatürde, sağlık sadece klinik bulgularla değil, bireyin subjektif ağız sağlığı algısı ve yaşam kalitesi ile de ilişkilendirilerek ele alınmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, hastalık öncesi durumu anlamak, erken tanı koymak ve koruyucu stratejiler geliştirmek açısından kritik öneme sahiptir.²⁷

Periodontitis, periodonsiyumu oluşturan dişeti, periodontal ligament, alveolar kemik ve sement gibi dokuları etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Oral kavite, yaklaşık 700'den fazla mikroorganizma türünü barındıran karmaşık bir ekosistem olup, bu mikroorganizmaların çoğu kommensal özellik göstererek ağız sağlığının sürdürülmesinde rol oynar. Ancak, küçük bir grup patojenik mikroorganizma uygun koşullar altında aktifleşerek periodontitisin gelişimine katkıda bulunabilir.²⁸ Etimolojik olarak “periodontitis” terimi, “periodont-” (dişleri çevreleyen yapı) ve “-itis” (iltihap) köklerinden türetilmiş olup, hastalığın başlangıcı genellikle gingivitisle ilişkilidir. Gingivitis, mikroplara bağlı olarak dişeti dokusunda gelişen geri dönüşümlü bir inflamasyondur ve bu dönemde klinik ataçman kaybı (KAK) veya alveoler kemik rezorpsiyonu gözlenmez. Plak kontrolü sağlandığında, dişeti sağlığı eski haline dönebilir. Tedavi edilmediğinde ise inflamasyon, periodontal ligament, sement ve alveoler kemik gibi daha derin dokulara yayılır; bu süreç, KAK, alveoler kemik rezorpsiyonu ve nihayetinde diş kaybı ile sonuçlanabilir.

Tablo 2. 1. 2017 Uluslararası Periodontoloji Çalıştay ı Periodontal – Periimplant Hastalık ve Durumların Sınıflaması²⁹

Periodontal Sağlık, Gingival Hastalıklar ve Durumlar	✓	Periodontal Sağlık, Gingival Sağlık
	✓	Dental Plak İlişkili Gingivitis
	✓	Dental Plak İlişkili Olmayan Gingivitis
Periodontitis	✓	Nekrotizan Periodontal Hastalıklar
	✓	Periodontitis
	✓	Sistemik Hastalıklar İlişkili Periodontitis
Gelişimsel / Kazanılmış Deformite ve Durumların Periodonsiyuma Etkisi	✓	Periodontal Apseler ve Endodontik Periodontal Lezyonlar
Sistemik Hastalık veya Durumların Periodonsiyuma Etkisi	✓	Mukogingival Deformite ve Durumlar
	✓	Travmatik Okluzal Kuvvetler
	✓	Dişler ve Çeneler ile İlişkili Faktörler
Periimplant Hastalık ve Durumlar	✓	Periimplant Sağlığı
	✓	Periimplant Mukozitis
	✓	Periimplantitis
	✓	Periimplant Yumuşak ve Sert Doku Yetersizlikleri

Periodontitisin patogenezi, oral mikrobiyota ile konak immün yanıtı arasındaki karmaşık etkileşimlere dayanır. Spesifik patojenler (ör. *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*) ile konak faktörleri (genetik yatkınlık, sistemik hastalıklar, sigara kullanımı, yaş, stres) birlikte hastalığın şiddetini, progresyon hızını ve klinik tablosunu belirler. Son yıllarda periodontitisin etiyolojisinde yalnızca belirli bakterilerin değil, oral mikrobiyotada meydana gelen disbiyotik değişimlerin kritik

rol oynadığı bildirilmiştir. Bu bağlamda *Porphyromonas gingivalis* gibi bazı türler ‘keystone pathogen’ olarak tanımlanmış ve konak yanıtını orantısız biçimde değiştirme kapasiteleri nedeniyle hastalık progresyonunda merkezi bir rol oynamaktadır.³⁰ Bu nedenle, periodontitis yalnızca mikrobiyal varlığa değil, konak yanıtının doğasına ve sistemik faktörlerle düzenlenme şekline de bağlıdır.^{23, 31} Konak immün yanıtında dengesizlik, periodontitis patogenezinin en önemli belirleyicilerindendir. Özellikle interlökin-1beta (IL-1 β), tümör nökratizan faktör-alfa (TNF- α) ve IL-6 gibi proinflamatuvar mediyatörler periodontal yıkım sürecinde öne çıkmakta ve bu yanıt, sistemik inflamatuvar yükün artışına da katkıda bulunmaktadır.³²

Klinik olarak, periodontitis; diş eti kanaması, periodontal cep oluşumu, diş eti çekilmesi, furkasyon tutulumu, artan diş mobilitesi ve alveoler kemik kaybı ile karakterizedir. 2017 Dünya Periodontoloji Çalıştayı²⁹ kriterlerine göre, komşu olmayan en az iki dişte interdental bölgede KAK veya en az iki dişte 3 mm’den derin periodontal cep varlığıyla birlikte bukkal veya lingual/palatinal yüzeylerde ≥ 3 mm KAK bulunması durumunda periodontitis tanısı konulabilir. Bununla birlikte, üçüncü molar malpozisyonları, endodontik lezyonlar, vertikal kök kırıkları, derin çürükler veya travmaya bağlı diş eti çekilmeleri gibi lokal etkenler nedeniyle oluşan KAK, periodontitis tanısı için geçerli değildir.

Periodontitis, dünya genelinde oldukça yaygın görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır ve yetişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.³³ Periodontitis, yalnızca lokal doku kaybı ile sınırlı olmayıp sistemik hastalıklarla da iki yönlü ilişki içerisindedir. Özellikle diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve advers gebelik sonuçları ile güçlü bağlantılar bildirilmiştir. Bu nedenle periodontitis, günümüzde sadece oral bir patoloji değil, sistemik sağlığı

etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalık olarak kabul edilmektedir.³⁴ Epidemiyolojik çalışmalar, periodontal hastalıkların dünya nüfusunun yaklaşık %40–90'ını etkilediğini göstermektedir.³⁵ Ülkemizde de periodontal hastalıklar, özellikle yetişkin bireylerde en sık rastlanan kronik hastalıklar arasında yer almakta ve toplum sağlığı açısından önemli bir yük oluşturmaktadır. Periodontitisin görülme sıklığı, yaşla birlikte artmaktadır. 2009–2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada, ABD'de 30 yaş ve üzeri bireylerin %42'sinin periodontitis geçirdiği, bunların %7.8'inin ise şiddetli periodontitis olduğu bildirilmiştir.³⁶ National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) verileri, ABD'de yetişkin bireyler arasında gingivitis prevalansını %54, periodontitis prevalansını ise %53 olarak bildirmiştir.³⁷ Periodontitis, tüm kronik hastalıklar arasında prevalansı en yüksek altıncı hastalık olarak raporlanmıştır.³⁷ Orta şiddette periodontitis, yetişkin popülasyonda %45–50 oranında görülürken, 65 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %60'ın üzerine çıkmaktadır. Şiddetli periodontitis ise dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %11,2'sini etkilemektedir.³⁸

Periodontitisin toplumsal etkileri yalnızca oral sağlıkla sınırlı değildir; hastalık, önemli bir sosyoekonomik yük de oluşturur. WHO, periodontal hastalıkları en yaygın kronik hastalıklar arasında göstermekte ve küresel sağlık açısından ciddi bir yük oluşturduğunu vurgulamaktadır. Hastalık prevalansının, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarla benzer oranlarda seyretmesi, konunun halk sağlığı boyutunu da öne çıkarmaktadır.³⁹ 2018 yılı verilerine göre, periodontitisin yol açtığı ekonomik yük ABD'de yaklaşık 154 milyar dolar, Avrupa'da ise yaklaşık 159 milyar avro olarak bildirilmiştir.⁴⁰ Artan morbidite ve ağız sağlığına yönelik harcamaların yükselmesi, periodontitisin yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde müdahale gerektiren bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.⁴¹ Periodontitisin gelişimi ve ilerlemesi, mikroorganizma kaynaklı inflamasyon ile konak immün yanıtının karmaşık

etkileşimlerine dayanmaktadır. Periodontitis patogeneğinde oksidatif stres de önemli bir rol oynamaktadır. Nötrofil kaynaklı reaktif oksijen türlerinin (ROT) artışı ve konak antioksidan savunmasının yetersizliği, periodontal dokularda yıkımın ilerlemesine katkı sağlamaktadır.⁴² Hastalık süreci genellikle gingivitis ile başlar; gingivitis, diş eti dokularında eritem, ödem ve diğer inflamatuvar bulguların gözlemlendiği, plağa bağlı geri dönüşümlü bir inflamatuvar durumdur.⁴³ Plağa bağlı gingivitis, diş yüzeyine kolonize olan bakterilere karşı konak bağışıklık yanıtının bir sonucu olarak gelişir. Geleneksel görüşe göre, mikrobiyal dental plak periodontitisin birincil nedeni olarak kabul edilmekteydi. Ancak uzun dönemli gözlemsel çalışmalar, yalnızca mikrobiyal faktörlerin hastalığın ilerlemesini açıklamakta yetersiz kaldığını göstermiştir. Nitekim, kötü ağız hijyenine rağmen bazı bireylerde ileri düzeyde periodontal hastalık gelişmezken, iyi ağız hijyeni uygulayan bazı bireylerde hastalık ilerlemeye devam edebilmektedir.⁴⁴ Periodontal hastalıkların sınıflandırılması, hastalığın etiyojisi, patogenezi ve tedavi yaklaşımlarıyla ilişkili olarak tanımlanmasını kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiştir. 2017 yılında yapılan Dünya Çalıştay'ında²⁹, periodontitisin sınıflandırılması "evreleme" (hastalığın şiddeti ve yaygınlığı) ve "derecelendirme" (hastalığın ilerleme hızı ve tedaviye yanıt) olmak üzere iki ana bileşene dayandırılmıştır.⁴⁵

Evreleme (Staging)

Evreleme, hastalığın mevcut şiddetini ve tedavi gereksinimlerini belirlemeye yöneliktir. Dört ana evre tanımlanmıştır:²⁷

- **Evre I:** İnterdental bölgede periodontal ataşman kaybı 1-2 mm'dir. Radyografik kemik kaybı koronal üçlüde <%15'tir.
- **Evre II:** İnterdental bölgelerde 3-4 mm ataşman kaybı ve koronal üçlükte %15-33'e kadar radyografik kemik kaybı mevcuttur.

- **Evre III:** İnterdental bölgelerde ≥ 5 mm ataşman kaybı, kökün orta veya apikal üçlüsüne kadar uzanan vertikal kemik kaybı ve orta seviyede alveolar kret defektleri bulunur.
- **Evre IV:** Gelişmiş alveolar kemik kaybı, diş kaybı ≥ 5 ve çiğneme fonksiyonu kaybı ile karakterizedir.

Bu evreleme, hastalığın şiddetini ve tedavi gereksinimlerini belirlemeye yardımcı olur.



Tablo 2. 2. Periodontitis Evreleri²⁷

Periodontitis	Evreleri	Evre I	Evre II	Evre III	Evre IV
	En fazla Kaybın olduğu alandaki interdental ataşman kaybı	1-2 mm	3-4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Radyografik Kemik Kaybı (RKK)	Koronal üçlü (<%15)	Koronal üçlü (%15-33)	Kökün ortasına veya apikal üçlüsüne uzanır	Kökün ortasına veya apikal üçlüsüne uzanır
Şiddet	Diş Kaybı	Periodontal sebepli diş kaybı yok		Periodontal kaynaklı diş kaybı ≤4	Periodontal kaynaklı diş kaybı ≥5
	Lokal (SCD) sondalanabilir cep derinliği	Max SCD≤4 mm Genellikle horizontal kemik kaybı	Max SCD ≤5 mm Genellikle horizontal kemik kaybı	Evre II' ye ek olarak; SCD>6 mm	Evre III' e ek olarak TME disfonksiyonu;
				Vertikal kemik kaybı	Sekonder oklüzal travma (mobilité indeksi ≥2)
Komplekslilik Durumu				Sınıf II-III furka defekti	Ciddi kret defekti
				Orta dereceli kret defekti	Azalmış dikey boyut migrasyon
					Ağızda kalan diş sayısı 20'den az
Dağılım			Lokelize (<%30) Generalize Molar-Keser Dağılımı		

Derecelendirme (Grading)

Derecelendirme, hastalığın ilerleme hızını ve tedaviye yanıtı değerlendirmeyi amaçlar. Üç ana derece tanımlanmıştır:²⁷

- **Derece A (Yavaş İlerleme):** Son 5 yılda KAK veya radyografik kemik kaybı yoktur.
- **Derece B (Orta İlerleme):** Son 5 yılda ≤ 2 mm KAK veya radyografik kemik kaybı vardır.
- **Derece C (Hızlı İlerleme):** Son 5 yılda ≥ 2 mm KAK veya radyografik kemik kaybı vardır.

Bu derecelendirme, hastalığın ilerleme hızını ve tedaviye yanıtı değerlendirmeye yardımcı olur.

Bu yeni sınıflama sistemi, periodontitisin daha etkili bir şekilde sınıflandırılmasını ve tedavi edilmesini sağlamaktadır. Evreleme ve derecelendirme sistemlerinin birlikte kullanılması, hastalığın şiddetini, ilerleme hızını ve tedaviye yanıtı daha iyi anlamaya olanak tanır. Bu da klinik uygulamalarda daha hedeflenmiş ve etkili tedavi planlamasına olanak sağlar.

Tablo 2.3. Periodontitisin Dereceleme Sistemi

			Derece A	Derece B	Derece C
DERECE					
	İlerlemenin Direkt Kanıtları	Longitudinal Veriler (RKK veya KAK)	5yılın üzerinde kayıp bulgusu yok	5 yılın üzerinde < 2 mm	5 yılın üzerinde ≥ 2 mm
Primer Kriterler	İlerlemenin İndirekt Kanıtları	% RKK/ Yaş	<0.25	0.25- 1.0	> 1.0
		Vaka Fenotipi	Düşük seviyeli yıkıma sebebi olan ağır biyofilm	Biyofilm miktarı ile orantılı yıkım	Biyofilm miktarına göre dokularda yıkım fazla
Dereceyi Modifiye Eden Faktörler	Risk faktörleri	Sigara	Sigara kullanmayan	Sigara <10/gün	Sigara ≥ 10/ gün
		Diabetes Mellitus (DM)	DM teşhisi konmamış	HbA1c< %7 DMli bireyler	HbA1c ≥ %7 DMli bireyler
Periodontitisin Sistemik Etki Riski	İnflamatuvar Yük	hsCRP	< 1 mg/L	1-3 mg/L	>3 mg/L

HbA1c:HemoglobinA1c

2.3.Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi (Oral Health-Related Quality of Life - OHRQoL)

Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi (Oral Health-Related Quality of Life - OHRQoL), bireylerin ağız sağlığının yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini öznel olarak değerlendiren çok boyutlu bir kavramdır.¹⁰ Bu kavram, ağız sağlığının yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve fonksiyonel boyutlarını da kapsar. Periodontal

hastalıklar, özellikle periodontitis, bu boyutları olumsuz etkileyerek bireylerin yaşam kalitesini düşürebilir.⁸ OHRQoL, yalnızca klinik parametrelerle açıklanamayan, hastaların ağız sağlığına ilişkin algılarını ve bu algıların günlük yaşama yansımalarını ortaya koyar. Bu nedenle, klinik bulgular ile bireylerin öznel deneyimleri arasında her zaman güçlü bir paralellik bulunmayabilir.³ Periodontitisin şiddeti ile OHRQoL arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, hastalığın ilerlemesinin yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir olumsuz etki yarattığını göstermektedir.⁹ Klinik bulgular, diş eti çekilmesi, diş mobilitesi, diş kaybı ve estetik kaygılar gibi faktörler, bireylerin sosyal ilişkilerini ve psikolojik durumlarını etkileyebilir, özgüven kaybına ve yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara yol açabilir.⁴⁶ OHRQoL ölçümünde yaygın olarak kullanılan araçlardan biri OHIP-14'tür. OHIP-14, Slade ve Spencer tarafından 1994 yılında geliştirilen orijinal OHIP-49 anketinin kısa formudur ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan ölçüm araçlarından biridir.¹⁰ Bu ölçek, bireylerin son birkaç ay içerisindeki ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam deneyimlerini değerlendiren 14 maddeden oluşur. Her madde 0–4 arasında puanlanır (“hiç” = 0, “çok sık” = 4) ve toplam puan 0 ile 56 arasında değişir; puanın artması, yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini gösterir. Bu anket, ağız sağlığının bireylerin günlük yaşamları üzerindeki etkilerini ölçmek için fonksiyonel sınırlamalar, ağrı, psikolojik ve sosyal etkiler gibi alt boyutları değerlendirir.

OHIP-14, yedi alt boyut üzerinden değerlendirme yapar:

1. Fonksiyonel sınırlılıklar (örneğin konuşma veya tat alma güçlüğü),
2. Fiziksel ağrı,
3. Psikolojik rahatsızlık,
4. Fiziksel yetersizlik,

5. Psikolojik yetersizlik,
6. Sosyal yetersizlik,
7. Engellilik.

Bu alt boyutlar sayesinde anket, ağız sağlığının hem fiziksel hem psikososyal yönlerini kapsamlı biçimde yansıtır. OHIP-14'ün Türkçe versiyonu (OHIP-14-TR), psikometrik özellikleri bakımından geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Çok merkezli bir çalışmada Cronbach alfa katsayıları 0.76–0.91 aralığında rapor edilmiş; ölçeğin periodontal parametrelerle anlamlı korelasyonları gösterilerek yakınsak geçerliği desteklenmiştir. Böylece OHIP-14-TR, Türk popülasyonunda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendirmede güvenle kullanılabilen, anlaşılabilir ve tekrarlanabilir bir araç olarak doğrulanmıştır.⁴⁷ Ayrıca, OHIP-14'ün periodontitisli bireylerde hastalığın şiddetine duyarlı olduğu, özellikle ataşman kaybı ve cep derinliği arttıkça OHIP-14 toplam skorlarının anlamlı biçimde yükseldiği gösterilmiştir.⁴⁸⁻⁵⁰ Son dönem çalışmalarda OHIP-14, cerrahisiz periodontal tedavi sonrası yaşam kalitesindeki iyileşmeleri değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır. Tedavi sonrası ağrı, fonksiyonel kısıtlılık ve estetik kaygı alt boyutlarında anlamlı azalmalar bildirilmiştir.^{46, 51} Bu bulgular, OHIP-14'ün yalnızca hastalık yükünü değil, tedavi başarısını da hasta merkezli bir bakış açısıyla yansıttığını göstermektedir.

Periodontitisli bireylerde OHIP-14 puanları, özellikle hastalık şiddeti arttıkça anlamlı şekilde yükselir ve yaşam kalitesinde düşüşü yansıtır.⁵² Bununla birlikte, OHIP-14 kısa formun pratik avantajlarına rağmen bazı detaylı verilerin gözden kaçabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, daha ayrıntılı bilgi sağlayan OHIP-49 gibi uzun formlar belirli araştırma bağlamlarında tercih edilebilmektedir.³⁹ Ayrıca, bireylerin ağız sağlığı algısı, sosyoekonomik durumu ve tedaviye uyumu da OHRQoL üzerinde belirleyici rol

oynamaktadır.⁸ OHIP-14 dışında, OHRQoL'yi değerlendiren başka araçlar da mevcuttur. OHIP-49, OHIP-14'ün uzun versiyonu olup 49 maddeden oluşarak daha ayrıntılı veri sağlar. GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) özellikle yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerine etkileri ölçerken; OIDP (Oral Impacts on Daily Performances), ağız sağlığının temel günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini değerlendirir. Pediatrik yaş grubu için geliştirilen ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), ebeveynler aracılığıyla küçük çocukların ağız sağlığı ve yaşam kalitesini ölçer. Ayrıca, Self-Reported Oral Health (SROH) yöntemi, bireylerin kendi ağız sağlığı algısını ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini öznel olarak raporlamasına dayanır. Son yıllarda, dijital anket sistemleri ve mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla OHRQoL değerlendirmelerinin daha kolay uygulanabilir hale geldiği ve bu yöntemlerin geniş popülasyonlarda veri toplama açısından avantaj sağladığı bildirilmiştir.⁸ Bu yöntemler, farklı yaş grupları ve klinik araştırma amaçlarına göre tercih edilebilmektedir.⁸⁻¹⁰ Sonuç olarak, periodontal hastalıkların etkilerini yalnızca klinik parametrelerle değerlendirmek yetersizdir. OHRQoL ölçümleri, birey odaklı bir yaklaşımı güçlendirerek, tedavi planlarının hastaların yaşam kalitesini iyileştirecek şekilde tasarlanmasına olanak tanır ve periodontitisin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını dikkate alan bütüncül bir bakım sunulmasını mümkün kılar.¹⁰

OHRQoL ölçümleri, periodontal hastalıkların yalnızca klinik bulgularını değil, hastaların yaşam kalitesini de dikkate alan bütüncül bir değerlendirme sağlar. Bu yaklaşım, tedavi planlamasında hastaya özgü kararların alınmasına olanak tanır ve yalnızca klinik iyileşmeyi değil, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik iyileşmeyi de hedefler. Örneğin, ileri evre periodontitisli hastalarda diş kaybı ve estetik kaygılar nedeniyle OHRQoL skorları yüksek çıkabilir; bu, tedavinin sadece dokusal restorasyonu değil, aynı zamanda psikososyal destek ve estetik müdahaleleri de içermesi gerektiğini gösterir.⁴⁶

OHRQoL, klinik araştırmalarda ve epidemiyolojik çalışmalarda değerli bir araçtır. Bu lmler, sadece hastalık prevalansını değil, hastalıkların bireylerin günlük yaşamlarına ve sosyal etkileşimlerine etkilerini de ortaya koyar. Periodontal tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirirken, OHRQoL değişimleri klinik parametrelerin ötesinde tedavi başarısını gösteren bir kriter olarak kullanılabilir.⁴⁶ Ayrıca, farklı demografik ve sosyoekonomik gruplarda OHRQoL'nin incelenmesi, halk sağlığı politikalarının planlanmasında ve kaynakların etkin dağılımında rehberlik edebilir.^{10, 46}

2.4.Öğrenci Gruplarında Ağız Sağlığına Yaklaşım: Diş Hekimliği ve Tıp

Fakültesi rnekleri

Ağız sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmekte ve bireylerin yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır.¹ Bu bağlamda, sağlık profesyoneli adaylarının kendi ağız sağlıklarını koruma düzeyleri ve bu konudaki farkındalıkları hem kişisel sağlıkları hem de gelecekteki klinik uygulamaları açısından önem taşımaktadır. Özellikle diş hekimliği öğrencileri, eğitim müfredatları gereği ağız sağlığı ve periodontal hastalıklar konusunda yoğun bir teorik ve klinik eğitim almaktadır. Bu eğitim, öğrencilerin ağız hijyeni uygulamalarını ve ağız sağlığına yönelik davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.⁵³ Diş hekimliği ğrencilerinde yapılan anket çalışmaları, sınıf düzeyi arttıka ağız sağlığı bilgisi, zbakım alışkanlıkları ve klinik farkındalığın da paralel olarak geliştiğini ortaya koymuştur.⁵⁴ özellikle son sınıf ğrencilerinin ağız hijyenine ilişkin tutumlarının, toplumun genelinden ve diğer sağlık öğrencilerinden belirgin derecede yüksek olduğu bildirilmektedir.¹³

Tıp fakültesi öğrencileri ise ağız sağlığına yönelik eğitim açısından daha sınırlı bir deneyime sahiptir. Genellikle ağız sağlığı ile ilgili bilgi, temel tıp dersleri çerçevesinde teorik düzeyde sunulmakta olup, klinik uygulama fırsatları kısıtlıdır. Bu durum, tıp

öğrencilerinin ağız sağlığı konusunda farkındalık ve davranış düzeylerinin diş hekimliği öğrencilerine kıyasla daha düşük olmasına yol açmaktadır.¹⁴ Çeşitli çalışmalar, diş hekimliği öğrencilerinin düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı ve ağız bakım ürünlerini etkin kullanma konusunda tıp öğrencilerine göre daha bilinçli olduğunu göstermektedir. Buna karşın, tıp öğrencilerinde ağız sağlığı öneminin düşük algılanması ve kişisel uygulamaların yetersizliği sıkça raporlanmıştır.⁵⁵ Tıp öğrencilerinin ağız sağlığı konusundaki bilgi eksiklikleri, sadece kendi sağlıkları için değil, ileride hizmet verecekleri hasta gruplarında ağız sağlığı ile sistemik hastalıklar arasındaki bağlantıları yeterince vurgulayamamalarına da neden olmaktadır.⁵⁶ Örneğin, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve gebelikte periodontal sağlığın kritik rolü konusunda tıp öğrencilerinin farkındalık düzeyleri, diş hekimliği öğrencilerinin oldukça gerisinde bulunmuştur.¹⁴

Öğrencilerin ağız sağlığına yönelik tutumları, yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, aynı zamanda gelecekteki profesyonel uygulamalarını da etkilemektedir. Diş hekimliği öğrencileri, klinik eğitim ve vaka deneyimleri sayesinde ağız sağlığının sistemik hastalıklarla olan ilişkisini daha iyi anlamakta ve hastalarına tavsiye verme konusunda daha hazırlıklı olmaktadır. Tıp öğrencileri için ise ağız sağlığı eğitiminin artırılması, interdisipliner dersler ve farkındalık programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.⁵⁷ Son yıllarda bazı ülkelerde tıp ve diş hekimliği fakülteleri arasında ortak dersler ve toplum temelli ağız sağlığı projeleri uygulanmaya başlanmıştır.⁵⁸ Bu tür girişimlerin öğrencilerin hem bireysel ağız sağlığı alışkanlıklarını hem de interdisipliner farkındalıklarını artırdığı rapor edilmiştir.⁵⁹ Bu yaklaşım, öğrencilerin kendi ağız sağlıklarını koruma becerilerini güçlendirmenin yanı sıra, gelecekte hastalarına doğru ve bilinçli önerilerde bulunabilme kapasitelerini de artıracaktır.

Sonuç olarak, diş hekimliği ve tıp fakóltesi öğrencileri arasında ağız sağlığına yaklaşımda belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Müfredat ve klinik deneyim düzeyleri, öğrencilerin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirleyen en önemli faktörlerdir. Bu nedenle, tıp eğitimi alan öğrenciler için ağız sağlığı farkındalığını artıracak eğitim programlarının planlanması hem bireysel sağlık hem de toplum sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Katılımcı Seçimi

Bu çalışma, 2025 yılında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi öğrencilerini kapsamaktadır. Klinik değerlendirme ve anket uygulamaları sonucunda, 1–5. sınıflar arasından sistemik olarak sağlıklı, gönüllü öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09.10.2025 tarih ve 2025/400 karar numarası ile onaylanmıştır.

Dahil edilme kriterleri:

- Lisans eğitimine devam ediyor olmak (1–5. sınıf)
- Sistemik olarak sağlıklı olmak
- Son 6 ay içinde antibiyotik, antioksidan veya psikotrop ilaç kullanmamış olmak
- Sigara kullanmamak
- Anketi belirlenen süre içinde tamamlamak

Hariç tutulma kriterleri:

- Anketi doldurmamak veya eğitime devam etmemek
- Sistemik sağlık sorunu bulunması

Katılımcılara çalışmanın amacı ve uygulamalar detaylı olarak anlatılmış, onayları Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile alınmıştır.

3.2. Çalışma Protokolü

Araştırma tek merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel tarama modeli ile yürütülmüştür. Katılımcılardan öncelikle sistemik sağlık öyküsü alınmış, ardından klinik ve radyografik değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmaya katılan öğrenciler, fakülte ve sınıf düzeyine göre gruplandırılmıştır.

- Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri (DHF)
- Tıp Fakültesi öğrencileri (TF)

Her katılımcının dental ve periodontal sağlığı, klinik indeksler ve anketler ile birlikte değerlendirilmiştir.

3.3. Klinik Periodontal Parametrelerin Değerlendirilmesi

3.3.1. Sondalanan Cep Derinliği (SCD)

Her dişin dört yüzeyinden (mesiobukkal, bukkal, distobukkal, lingual/palatinal) Williams periodontal sondu (Hu-Friedy, Chicago, ABD) kullanılarak ölçümler kaydedildi. Sond, cep tabanına hafif direnç hissedilene kadar ilerletildi ve sonuçlar milimetre cinsinden kaydedildi.⁶⁰

3.3.2. Klinik Ataçman Seviyesi (KAS)

Her dişin dört yüzeyinden Williams periodontal sondu ile mine-sement birleşiminden cep tabanına uzanan mesafe ölçüldü.⁶⁰

3.3.3. Plak İndeksi (PI) – Silness & Loe, 1964

Diş yüzeyleri hava spreyi ile kurutuldu ve dört yüzeyden değerlendirildi.⁶¹

- Skorlar:
 - 0: Plak yok
 - 1: İnce biyofilm, sond ile hissedilen
 - 2: Orta düzeyde gözle görülebilen plak
 - 3: Yoğun plak birikimi, interdental bölgeler dahil

3.3.4. Gingival İndeks (Gİ) – Loe & Silness, 1963

Her dişin dört yüzeyinde inflamasyon derecesi ölçüldü.⁶¹

- Skorlar:
 - 0: Sağlıklı
 - 1: Hafif inflamasyon, kanama yok
 - 2: Orta inflamasyon, sondalama ile kanama
 - 3: Şiddetli inflamasyon, spontan kanama

3.3.5. Sondalamada Kanama İndeksi (SKİ)

Ainamo & Bay, 1975 yöntemine göre uygulanarak dişlerin dört yüzeyi sonдалandı ve 10 saniye içinde kanama gözlenen yüzeyler +, gözlenmeyenler- olarak kaydedildi.⁶²

3.3.6. Decayed Missing Filled Tooth İndeksi (DMFT)

Klinik muayene sırasında tüm dişler tek tek değerlendirilmiş, her bireydeki D (çürük diş), M (çürük nedeniyle kaybedilen diş), F (dolgu yapılmış diş) sayıları belirlenerek ve bu değerler toplanmıştır. Yüksek DMFT skoru, bireyin daha fazla diş çürüğüne sahip olduğunu ve oral sağlık durumunun kötüleştiğini göstermektedir.⁶³

3.4. Eğitim Düzeyi ve Ağız Sağlığı Anketi

Çalışmaya katılan öğrencilerin ağız sağlığı ile ilgili farkındalık ve günlük alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla internet üzerinden uygulanan 14 soruluk öznel anket kullanıldı. Anket, Google Forms platformu aracılığıyla anonim olarak uygulandı.

Anketin içeriği:

- Fakülte ve sınıf bilgisi
- Cinsiyet
- Diş, diş eti ve protezle ilgili sorunların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri:
 - Konuşma ve telaffuz güçlüğü
 - Tat alma duyusunun etkilenmesi
 - Ağızda ağrı ve rahatsızlık hissi
 - Yemek yeme sırasında zorluklar
 - Diş ve ağız sağlığı hakkında önceden sahip olunan bilgi düzeyi
 - Psikososyal etkiler: gerginlik, utanma, öfke ve sosyal etkileşimlerde güçlük
 - Günlük yaşam ve fonksiyonlarda aksama

Anket soruları kapalı uçlu ve Likert tipi olup, katılımcılar yalnızca bir kez cevap vermiştir. Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini daha kapsamlı şekilde değerlendirebilmek amacıyla, çalışmada OHIP-14 ölçeği de kullanılmıştır. OHIP-14, bireylerin ağız sağlığı durumlarının günlük yaşam üzerindeki fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Ölçekte yer alan 14 madde; fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve

engellilik olmak üzere yedi alt boyutu kapsamaktadır. Katılımcılar her bir maddeye ilişkin deneyim sıklığını 5’li Likert tipi (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sık sık, 4=her zaman) ölçek üzerinden değerlendirmiştir. Toplam OHIP-14 skorunun artışı, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Bu anket ve ölçek sonuçları, klinik periodontal parametrelerle birlikte analiz edilerek fakülteler ve sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bu anket, katılımcıların öznel algısını objektif periodontal klinik parametreler ile birlikte analiz etme imkânı sağlamıştır. Klinik verilerle birlikte değerlendirilerek, fakülteler arası ve sınıf düzeylerindeki farklar istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

OHIP-14 Anket Soruları

1.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle kelimeleri telaffuz etmekte zorlandınız mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

2.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle tat alma duyunuzda bozulma oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

3.Ağız, diş veya protezlerinizde ağrı hissettiniz mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

4.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle yemek yerken rahatsızlık duydunuz mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

5.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle kendinizi gergin hissettiniz mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

6.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle utanma duygusu yaşadınız mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

7.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle beslenmenizde aksama oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

8.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle yemek yerken ara vermek zorunda kaldınız mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

9.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle gevşemekte zorlandınız mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

10.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle kendinizi mahcup hissettiniz mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

11.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle insanlarla iletişim kurmakta zorlandınız mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

12.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle günlük aktivitelerinizde aksama oldu mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

13.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle hayattan aldığınız tat azaldı mı?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

14.Ağız, diş veya protez sorunlarınız nedeniyle günlük yaşamınızı sürdüremediğinizi hissettiniz mi?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sık sık ☐ Çok sık

3.5. Sistemik Parametreler

- Boy ve kilo ölçümleri alınarak Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplanmıştır:⁶⁴

$$VKİ = \frac{\text{Kilo (kg)}}{\text{Boy (m)}^2}$$

- VKİ, dental ve periodontal parametreler ile anket sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 26 programı ile gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak, sayısal değişkenler ise çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Tüm değişkenlerin Tabachnick ve Fidell'in belirttiği ± 1.5 aralığında yer alması nedeniyle normal dağılım varsayımı sağlanmış ve parametrik testler kullanılmıştır.⁶⁵ Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü ANOVA, varyansların eşit olmadığı durumlarda Games–Howell, eşit olduğu durumlarda Tukey testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş; korelasyon katsayıları 0.00–0.30 *düşük*, 0.30–0.70 *orta* ve 0.70–1.00 *yüksek* ilişki olarak yorumlanmıştır.⁶⁶ Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde sınıf düzeyinin çeşitli ağız sağlığı parametreleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi (SEM temelli yol analizi)

uygulanmıştır. Modellerin varsayımları saçılım grafikleri, histogram ve Normal P–P Plot ile kontrol edilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

4.1. Demografik Bulgular

Katılımcıların demografik verileri Tablo 4.1’de sunuldu. Çalışmaya 175 kadın ve 225 erkek olmak üzere 400 birey katıldı. Cinsiyet, yaş ve VKİ açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 4.1. Demografik Veriler

Değişken	Kategori	Fakülte				X^2	p
		Diş		Tıp			
		N	%	N	%		
Sınıf	1. sınıf	40	50	40	50	0,000	1,00
	2. sınıf	40	50	40	50		
	3. sınıf	40	50	40	50		
	4. sınıf	40	50	40	50		
	5. sınıf	40	50	40	50		
Cinsiyet	Kadın	90	45	85	42,5	0,254	0,614
	Erkek	110	55	115	57,5		
VKİ (kg/m ²)	Normal (18,5-24,9)	146	73	142	71	0,198	0,656
	Kilolu/obez (>25)	54	27	58	29		

N:frekans, %: yüzde, X^2 :Ki-kare analizi, VKİ: Vücut kitle indeksi $p<0,05$, N:number, kg:kilogram, m²:metre kare

4.2. Klinik Bulgular

DHF ve TF öğrencilerine ait ağız sağlığı parametrelerine ilişkin tanımlayıcı istatistiksel bulgular Tablo 4.2.’de gösterildi. Tablo incelendiğinde tüm klinik periodontal parametrelerde, DHF öğrencilerine kıyasla TF öğrencilerinin daha olumsuz değerlere sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Çürük deneyimini yansıtan DMFT indeksinde de gruplar arasında bir fark bulunmaktadır. DHF ortalama DMFT değeri 1.8 (s.s.=0.4) iken, tıp fakültesi

öğrencilerinde bu değer 2.2 (s.s.=0.4)'dir. DHF ortalama OHIP-14 skoru 9.6 (s.s.=2.5) olarak kaydedilirken, TF öğrencilerinde bu skor ortalaması 14.3 (s.s.=2.6)'e yükselmektedir.

Tablo 4.2. Diş hekimliği ve Tıp Fakültesi öğrencilerine ait ağız sağlığı parametrelerine ilişkin sonuçlar

Parametre	Fakülte							
	Diş				Tıp			
	Ort.	s.s.	Min.	Maks.	Ort.	s.s.	Min.	Maks.
PI	1,39	0,37	0,56	2,34	2,19	0,38	1,33	3
GI	1,24	0,37	0,5	1,98	2,03	0,37	1,14	3
Kİ (%)	16,4	4,3	6,3	28,2	24,2	4,2	14,1	35,9
SCD (mm)	2,42	0,41	1,33	3,56	3,18	0,4	1,92	4,22
DMFT	1,8	0,4	0,5	3,1	2,2	0,4	1,1	3,2
OHIP-14	9,6	2,5	1,4	15,3	14,3	2,6	7,9	20,4

Ort.:ortalama, s.s.:standart sapma, Maks: maksimum, Min.:minimum, mm: milimetre, PI:Plak İndeksi, GI:Gingival İndeks, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact Profile, %: Yüzde

4.3.Ağız ve Diş Sağlığı Parametrelerinin Fakültelerin Kendi İçinde Sınıflara

Göre Karşılaştırılması

4.3.1. Diş Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin DHF öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.3.'te gösterildi.

Plak İndeksi (PI) ve Gingival İndeks (GI), Sondlama Cep Derinliği (SCD) ve Kanama İndeksi (Kİ) değerlerinde, birinci sınıftan (sırasıyla $1,78 \pm 0,22$, $1,62 \pm 0,20$, $2,88 \pm 0,33$ ve $\%21,00 \pm 3,2$) beşinci sınıfa ($0,98 \pm 0,23$ ve $0,81 \pm 0,23$, $2,03 \pm 0,28$ ve $\%12,50 \pm 2,7$) doğru istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlemlendi.

DMFT indeksinde ise dördüncü ($1,58 \pm 0,4$) ve beşinci ($1,64 \pm 0,4$) sınıf öğrencilerinin değerleri birbirine benzerken, birinci sınıf öğrencilerinden ($2,00 \pm 0,5$) anlamlı derecede

düşük bulundu. Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçen OHIP-14 puanları, birinci sınıftaki ($11,70 \pm 1,6$) değerden dördüncü sınıftaki ($8,30 \pm 2,1$) değere kadar anlamlı bir düşüş göstermiş, dördüncü ve beşinci ($7,60 \pm 2,3$) sınıf öğrencileri ise benzer yaşam kalitesi düzeylerine sahip olmuşlardır.

Tablo 4.3. Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılması

Sınıf	Pİ	Gİ	Kİ (%)	SCD (mm)	DMFT	OHIP-14
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.
1. sınıf	1,78±0,22 ^E	1,62±0,2 ^E	21±3,2 ^D	2,88±0,33 ^E	2±0,5 ^C	11,7±1,6 ^D
2. sınıf	1,59±0,28 ^D	1,45±0,24 ^D	18,3±2,8 ^C	2,63±0,26 ^D	1,9±0,5 ^C	10,8±2,1 ^C
3. sınıf	1,43±0,23 ^C	1,28±0,23 ^C	15,7±3 ^B	2,4±0,3 ^C	1,8±0,4 ^{BC}	9,5±1,7 ^B
4. sınıf	1,19±0,24 ^B	1,05±0,28 ^B	14,3±3,7 ^B	2,19±0,24 ^B	1,58±0,4 ^A	8,3±2,1 ^A
5. sınıf	0,98±0,23 ^A	0,81±0,23 ^A	12,5±2,7 ^A	2,03±0,28 ^A	1,64±0,4 ^{AB}	7,6±2,3 ^A
F	68,669	72,843	45,856	57,059	5,592	29,423
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**

Ort:Ortalama, S.S.:standart sapma, F: tek yönlü anova, **:p<0,001, mm: milimetre, Pİ:Plak İndeksi, Gİ:Gingival İndeks, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact Profile, %: Yüzde, A, B, C, D, E: farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılığı gösterir

4.3.2.Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıflara Göre Karşılaştırılması

Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin TF öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.4'te gösterildi.

Pİ değerleri birinci ($1,86 \pm 0,3$) ve ikinci ($1,93 \pm 0,2$) sınıflarda benzerken, üçüncü sınıftan ($2,22 \pm 0,2$) itibaren anlamlı bir artış göstermiş olup en yüksek değer beşinci sınıf öğrencilerinde ($2,64 \pm 0,3$) gözlemlendi. Gİ ($1,64 \pm 0,2$ 'den $2,41 \pm 0,3$ 'e) ve Kİ (%20,58 $\pm 3,3$ 'ten %28,87 $\pm 3,5$ 'e) değerlerinde ise sınıf düzeyi yükseldikçe değerlerde sürekli bir

artış olduğu görüldü. SCD ($2,74 \pm 0,3$ mm'den $3,56 \pm 0,3$ 'e) değerlerinde de benzer bir şekilde anlamlı artış görüldü.

DMFT indeksinde, birinci sınıf ($2,00 \pm 0,4$) diğer tüm sınıflardan anlamlı derecede düşük bir değere sahipti. OHIP-14 puanları ise en düşük birinci sınıfta ($11,88 \pm 2,00$) görülürken en yüksek beşinci sınıfta ($16,96 \pm 1,5$) kaydedildi.

Tablo 4.4. Ağız ve diş sağlığı parametrelerinin Tıp Fakültesi öğrencilerinin sınıflarına göre karşılaştırılması

Sınıf	PI	GI	KI (%)	SCD (mm)	DMFT	OHIP-14
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.
1. sınıf	$1,86 \pm 0,3^A$	$1,64 \pm 0,2^A$	$20,58 \pm 3,3^A$	$2,74 \pm 0,3^A$	$2 \pm 0,4^A$	$11,88 \pm 2^A$
2. sınıf	$1,93 \pm 0,2^A$	$1,82 \pm 0,2^B$	$22,1 \pm 2,9^B$	$3,05 \pm 0,3^B$	$2,19 \pm 0,4^B$	$13,24 \pm 2^B$
3. sınıf	$2,22 \pm 0,2^B$	$2,05 \pm 0,3^C$	$24,43 \pm 2,7^C$	$3,15 \pm 0,2^B$	$2,23 \pm 0,4^{BC}$	$14,18 \pm 2,3^C$
4. sınıf	$2,29 \pm 0,2^B$	$2,23 \pm 0,2^D$	$24,97 \pm 2,9^C$	$3,42 \pm 0,3^C$	$2,26 \pm 0,4^{BC}$	$15,39 \pm 1,9^D$
5. sınıf	$2,64 \pm 0,3^C$	$2,41 \pm 0,3^E$	$28,87 \pm 3,5^D$	$3,56 \pm 0,3^D$	$2,38 \pm 0,3^C$	$16,96 \pm 1,5^E$
F	59,15	65,322	42,509	51,717	5,103	40,268
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,001**	<0,001**

Ort:Ortalama, S.S.:standart sapma, F: tek yönlü anova, **:p<0,001, mm: milimetre, Pİ:Plak İndeksi, Gİ:Gingival İndeksi, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact Profile, %: Yüzde, A, B, C, D, E: farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılığı gösterir

4.3.3. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığı

Parametrelerinin Aynı Sınıflar Arasında Karşılaştırılması

DHF ve TF öğrencilerinin ağız ve diş sağlığı parametrelerinin aynı sınıflar arasında karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.5.'de gösterildi.

Birinci sınıf düzeyinde, iki fakülte öğrencileri arasında Pİ, Gİ, Kİ, DMFT ve OHIP-14 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). SCD ise Diş Hekimliği birinci sınıf öğrencilerinde ($2,88 \pm 0,3$ mm), Tıp Fakültesi birinci

sınıf öğrencilerine ($2,74 \pm 0,3$ mm) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bir değer gösterdi ($p = 0,045$).

İkinci sınıfta, TF öğrencileri tüm indekslerde DHF öğrencilerine kıyasla anlamlı derecede daha kötü değerlere sahip olduğu görüldü. Bu eğilim, sınıf düzeyi arttıkça yükseldi ve en yüksek değerler beşinci sınıfta görüldü. ($p < 0,001$). Beşinci sınıf DHF öğrencileri, daha düşük Pİ (0,98), Gİ (0,81), Kİ (%12,54), SCD (2,03 mm), DMFT (1,64) ve OHIP-14 (7,61) değerleri ile TF öğrencilerine kıyasla her alanda belirgin şekilde daha iyi bir ağız sağlığı profili sergiledi.



Tablo 4.5. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığı Parametrelerinin Aynı Sınıflar Arasında Karşılaştırılması

Fakülte-sınıf	PI	GI	KI (%)	SCD (mm)	DMFT	OHIP-14
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.
Diş-1	1,78±0,2	1,62±0,2	20,95±3,2	2,88±0,3	1,98±0,5	11,71±1,6
Tıp-1	1,86±0,3	1,64±0,2	20,58±3,3	2,74±0,3	2±0,4	11,88±2
t	-1,368	-0,393	0,52	2,035	-0,261	-0,423
p	0,175	0,695	0,605	0,045*	0,795	0,674
Diş-2	1,59±0,3	1,45±0,2	18,26±2,8	2,63±0,3	1,86±0,5	10,78±2,1
Tıp-2	1,93±0,2	1,82±0,2	22,1±2,9	3,05±0,3	2,19±0,4	13,24±2
t	-5,884	-6,955	-6,051	-6,903	-3,319	-5,363
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,001**	<0,001**
Diş-3	1,43±0,2	1,28±0,2	15,66±3	2,4±0,3	1,79±0,4	9,54±1,7
Tıp-3	2,22±0,2	2,05±0,3	24,43±2,7	3,15±0,2	2,23±0,4	14,18±2,3
t	-15,812	-14,175	-13,812	-12,236	-5,09	-10,251
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Diş-4	1,19±0,2	1,05±0,3	14,35±3,7	2,19±0,2	1,59±0,4	8,34±2,1
Tıp-4	2,29±0,2	2,23±0,2	24,97±2,9	3,42±0,3	2,26±0,4	15,39±1,9
t	-20,696	-21,588	-14,105	-20,342	-7,085	-15,877
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Diş-5	0,98±0,2	0,81±0,2	12,54±2,7	2,03±0,3	1,64±0,4	7,61±2,3
Tıp-5	2,64±0,3	2,41±0,3	28,87±3,5	3,56±0,3	2,38±0,3	16,96±1,5
t	-30,299	-28,54	-23,663	-24,507	-9,423	-21,897
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**

Ort:Ortalama, S.S.:standart sapma, F: tek yönlü anova, **:p<0,001, mm: milimetre, Pİ:Plak İndeksi, Gİ:Gingival İndeks, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact Profile, %: Yüzde, A, B, C, D, E: farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılığı gösterir

4.3.4. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıfları İle Ağız ve Diş

Sağlığı Parametreleri Arasındaki İlişki Düzeyleri

DHF ve TF öğrencilerinin sınıf ile ağız ve diş sağlığı parametreleri arasındaki ilişki düzeylerine dair Korelasyon Analiz sonuçları Tablo 4.6’de gösterildi.

DHF öğrencilerinde sınıf düzeyi ile tüm ağız sağlığı parametreleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edildi. Sınıf düzeyi arttıkça Pİ; ($r = -0,763$), Gİ; ($r = -0,771$), Kİ; ($r = -0,690$), SCD; ($r = -0,731$) ve OHIP-14 ($r = -0,611$) değerlerinde belirgin düşüşler gözlemlendi. Sınıf düzeyinin artmasıyla Pİ, Gİ ve SCD arasında yüksek düzeyde, Kİ ve OHIP-14 arasında ise orta düzeyde negatif korelasyon görüldü. DMFT indeksi ile sınıf düzeyi arasında ise düşük düzeyde negatif bir ilişki bulundu ($r = -0,301$).

Tıp Fakültesi öğrencilerinde sınıf düzeyi ile tüm parametreler arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edildi. Sınıf düzeyi arttıkça Pİ ($r = 0,721$), Gİ ($r = 0,756$), Kİ ($r = 0,664$), SCD ($r = 0,709$) ve OHIP-14 ($r = 0,670$) değerlerinde artışlar kaydedildi. Sınıf düzeyi Pİ, Gİ ve SCD ile yüksek düzeyde, Kİ ve OHIP-14 ile orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdi. DMFT indeksi ile sınıf düzeyi arasında ise düşük düzeyde pozitif bir ilişki bulundu ($r = 0,293$).

Tablo 4.6. Diş Hekimliği ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sınıfları ile Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Arasındaki İlişki Düzeyleri

Parametre	Katsayı	Diş-Sınıf (1-5)	Tıp-Sınıf (1-5)
Pİ	r	-0,763**	0,721**
	p	<0,001	<0,001
Gİ	r	-0,771**	0,756**
	p	<0,001	<0,001
Kİ (%)	r	-0,690**	0,664**
	p	<0,001	<0,001
SCD (mm)	r	-0,731**	0,709**
	p	<0,001	<0,001
DMFT	r	-0,301**	0,293**
	p	<0,001	<0,001
OHIP-14	r	-0,611**	0,670**
	p	<0,001	<0,001

Pİ: Plak İndeksi, Gİ: Gingival İndeks, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact Profile *r*: Pearson Korelasyon değeri, **: $p < 0,001$, mm: milimetre, %: yüzde

4.3.5. Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Sınıf Düzeyinin Çeşitli Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

DHF öğrencilerinde sınıf düzeyinin çeşitli ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin yol analiz sonuçları Tablo 4.7.'de gösterildi. Sınıf düzeyinin tüm ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olduğu bulundu ($p < 0.001$). Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, sınıf düzeyi ile tüm parametreler arasında negatif yönde ve güçlü-orta düzeyde ilişkiler tespit edildi. En güçlü negatif ilişkiler Gİ ($\beta = -0.771$) ve Pİ ($\beta = -0.763$) üzerinde gözlemlenirken; bunu SCD ($\beta = -0.611$), Kanama İndeksi ($\beta = -0.690$) ve OHIP-14 ($\beta = -0.690$) izledi. DMFT indeksi ile sınıf düzeyi arasındaki negatif ilişki ise diğer parametrelere kıyasla daha zayıf düzeyde kaldı ($\beta = -0.301$).

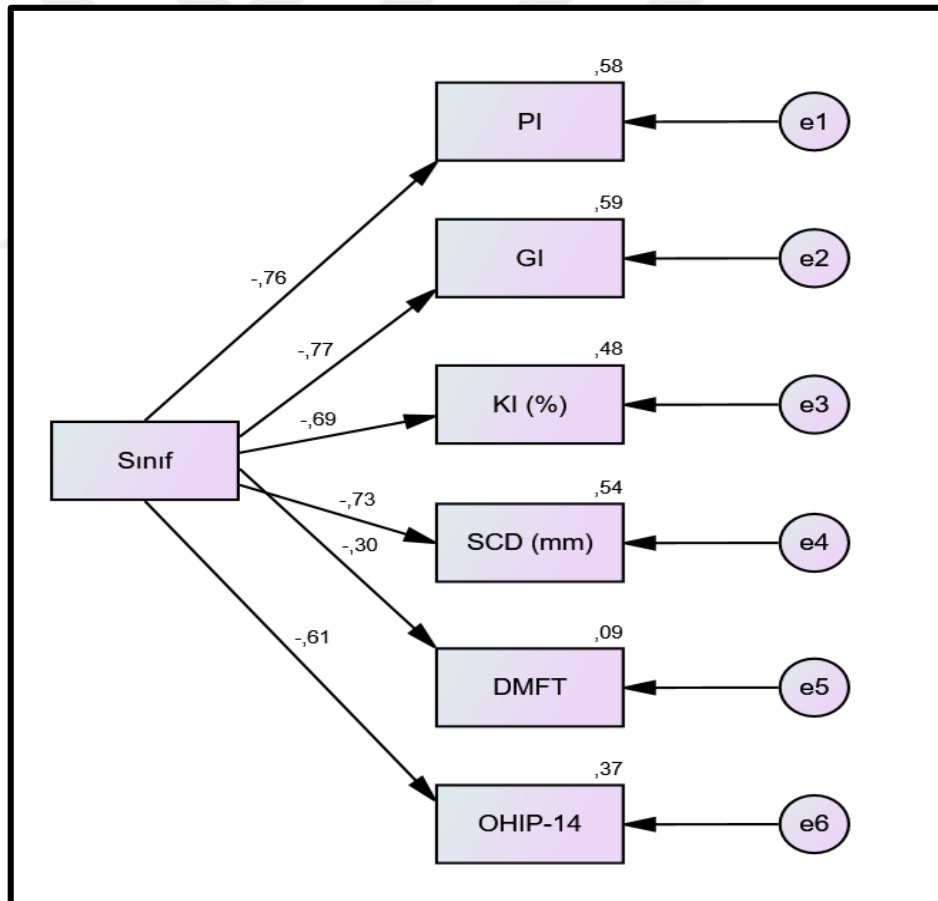
Standartlaştırılmamış katsayılar (Estimate) incelendiğinde, sınıf düzeyindeki her bir birimlik artışın Pİ'de 0.199 birimlik, Gİ'de 0.214 birimlik ve DMFT skorunda 0.202 birimlik bir azalışa karşılık geldiği görüldü. Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçen OHIP-14 skorunda ise her bir sınıf ilerlemesi için ortalama 2.074 puanlık bir iyileşme olduğu tespit edildi.

Modellerin açıklayıcılık düzeylerini gösteren R^2 değerleri incelendiğinde, sınıf düzeyinin Gingival İndeks varyansının %59.4'ünü ($R^2 = 0.594$), Plak İndeks varyansının ise %58.2'sini ($R^2 = 0.582$) açıkladığı görülmektedir. SCD (%53.5), Kanama İndeksi (%47.6) ve OHIP-14 (%37.4) modellerinin orta düzeyde, DMFT modelinin ise daha düşük düzeyde bir açıklayıcılığa sahip olduğu gözlemlendi ($R^2 = 0.091$).

Tablo 4.7. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları

<i>Değişken (Bağımlı)</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	<i>Estimate</i>	<i>S.H.</i>	β	<i>p</i>	R^2
PI	Sınıf	-0,199	0,012	-0,763	<0,001**	0,582
GI	Sınıf	-0,202	0,012	-0,771	<0,001**	0,594
Kİ (%)	Sınıf	-2,074	0,154	-0,690	<0,001**	0,476
SCD (mm)	Sınıf	-0,214	0,014	-0,731	<0,001**	0,535
DMFT	Sınıf	-0,095	0,021	-0,301	<0,001**	0,091
OHIP-14	Sınıf	-1,065	0,098	-0,611	<0,001**	0,374

PI: Plak İndeksi, GI: Gingival İndeks, Kİ: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact, **: $p < 0,001$, R^2 : Bu değer her bir modelin açıklanabilirlik düzeyini göstermektedir, mm: milimetre, %: yüzde, S.H.: standart hata, β : standartlaştırılmış regresyon katsayıları



Şekil 4.1. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları grafik gösterimi

4.3.6. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sınıf Düzeyinin Çeşitli Ağız ve Diş Sağlığı Parametreleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

TF öğrencilerinde sınıf düzeyinin çeşitli ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin yol analiz sonuçları Tablo 4.8.'de gösterildi. Yol analizi sonuçlarına göre, sınıf düzeyinin Tıp Fakültesi öğrencilerinde tüm ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$). Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin aksine, bu grupta tüm ilişkiler pozitif yöndedir. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, sınıf düzeyi ile ağız sağlığı parametreleri arasında güçlü-orta düzeyde pozitif ilişkiler tespit edildi. En güçlü pozitif ilişkiler Gİ ($\beta = 0.756$) ve Pİ ($\beta = 0.721$) üzerinde gözlemlenirken; bunu SCD ($\beta = 0.709$), OHIP-14 ($\beta = 0.670$) ve Kernga İndeksi ($\beta = 0.664$) izledi. DMFT indeksi ile sınıf düzeyi arasındaki pozitif ilişki ise diğer parametrelere kıyasla daha zayıf düzeydeydi ($\beta = 0.293$).

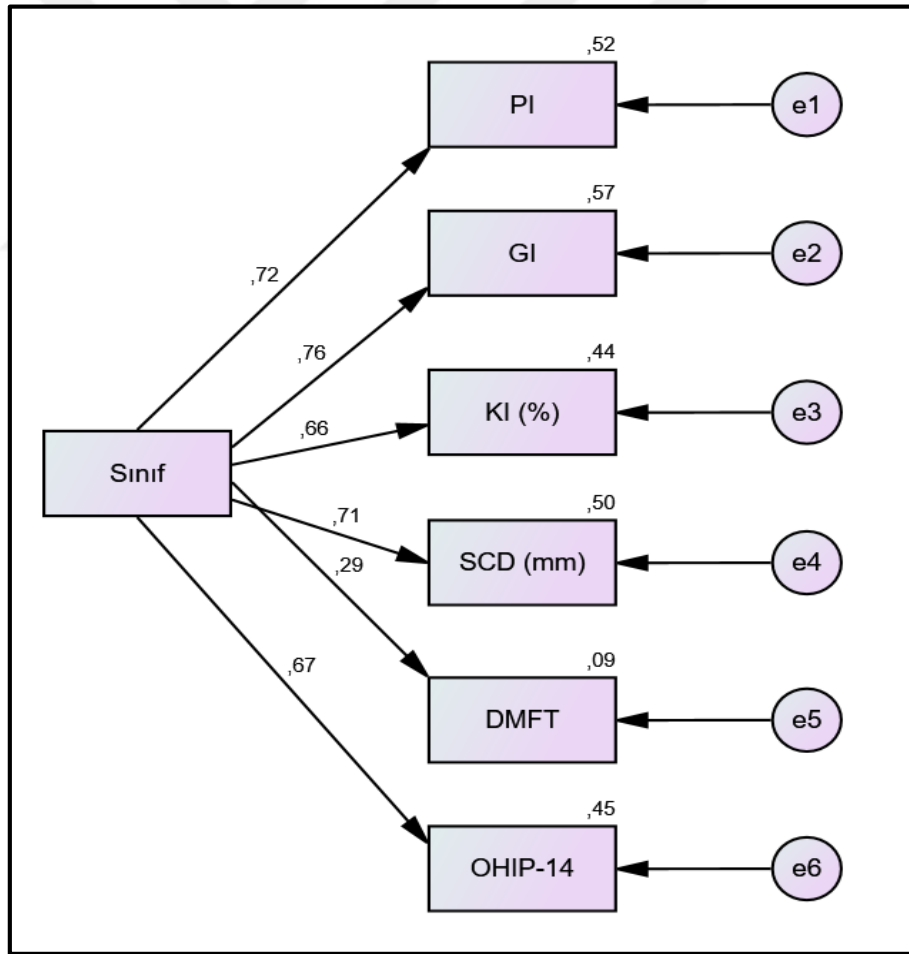
Standartlaştırılmamış katsayılar (Estimate) incelendiğinde, sınıf düzeyindeki her bir birimlik artışın Pİ'de 0.191 birimlik, Gİ'de 0.196 birimlik ve DMFT skorunda 0.083 birimlik bir artışa karşılık geldiği görüldü. OHIP-14 skorunda ise her bir sınıf ilerlemesi için ortalama 1.23 puanlık bir olumsuzlaşma olduğu tespit edildi.

Modellerin açıklayıcılık düzeylerini gösteren R^2 değerleri incelendiğinde, sınıf düzeyinin Gİ varyansının %57.2'sini ($R^2 = 0.572$), Pİ varyansının ise %52.0'sini ($R^2 = 0.520$) açıkladığı görüldü. SCD (%50.3), OHIP-14 (%44.9) ve Kİ (%44.1) modellerinin orta düzeyde, DMFT modelinin ise daha düşük düzeyde bir açıklayıcılığa sahip olduğu gözlemlendi ($R^2 = 0.086$).

Tablo 4.8. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları

<i>Değişken (Bağımlı)</i>	<i>Bağımsız Değişken</i>	<i>Estimate</i>	<i>S.H.</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>R²</i>
PI	Sınıf	0,191	0,013	0,721	<0,001**	0,520
GI	Sınıf	0,196	0,012	0,756	<0,001**	0,572
KI (%)	Sınıf	1,945	0,155	0,664	<0,001**	0,441
SCD (mm)	Sınıf	0,201	0,014	0,709	<0,001**	0,503
DMFT	Sınıf	0,083	0,019	0,293	<0,001**	0,086
OHIP-14	Sınıf	1,23	0,096	0,670	<0,001**	0,449

PI: Plak İndeksi, GI: Gingival İndeks, KI: Kanama İndeksi, SCD: Sondlanan Cep Derinliği, DMFT: Decayed Missing Filled Tooth, OHIP-14: Oral Health Impact, **: $p < 0,001$, R^2 : Bu değer her bir modelin açıklarııcılık düzeyini göstermektedir, mm: milimetre, %: yüzde, S.H.: standart hata, β : standartlaştırılmış regresyon katsayıları.



Şekil 4.2. Sınıf düzeylerinin ağız ve diş sağlığı parametreleri üzerindeki etkisine ilişkin yol analiz sonuçları grafik gösterimi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Türkiye’de aynı üniversitede öğrenim gören DHF ve TF öğrencilerinin periodontal durumlarını, ağız hijyeni davranışlarını ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini sınıf düzeyine göre bütüncül biçimde karşılaştıran nadir araştırmalardan biridir. Bulgular, iki fakülte arasında ilk sınıflarda benzer olan ağız sağlığı profilinin eğitim süreci boyunca tamamen zıt yönlerde evrildiğini ortaya koymaktadır. DHF öğrencilerinde Pİ, Gİ, Kİ ve SCD gibi klinik parametrelerde yıllar ilerledikçe belirgin ve istikrarlı bir iyileşme gözlenirken, TF öğrencilerinde aynı parametrelerde sürekli kötüleşme ve özellikle 4. ve 5. sınıfta dramatik bir bozulma ortaya çıkmıştır. Bu çift yönlü model, yalnızca mevcut çalışma için değil, literatürde raporlanan öğrenci davranışları açısından da dikkat çekicidir.^{12, 14} DHF öğrencilerindeki bu olumlu değişim, periodontal eğitim, klinik deneyim, profesyonel farkındalık ve özbakım davranışlarının ilerleyen yıllarda geliştiğini bildiren önceki çalışmalarla DHF öğrencilerinde gözlenen sürekli ilerleme, periodontal eğitimin klinik uygulamalarla bütünleşmesi, profesyonel farkındalık kazanılması, hastalara model olma sorumluluğu ve özbakım davranışlarının eğitim sürecince pekişmesiyle açıklanabilir. Daha önceki çalışmalar, DHF öğrencilerinin sınıf düzeyi arttıkça ağız hijyenine yönelik tutum ve davranışlarının daha olumlu hale geldiğini ve klinik deneyimin özbakımı güçlendirdiğini bildirmektedir.⁶⁷⁻⁶⁹ Bulgularımız da bu eğilimi güçlü biçimde desteklemekte ve DHF öğrencilerinin periodontal göstergelerinde gözlenen iyileşmenin eğitim müfredatıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle 5. sınıf DHF öğrencilerinin Pİ (0.98), Gİ (0.81) ve Kİ (%12.5) düzeylerinde elde ettikleri değerler hem klinik hem davranışsal açıdan optimum düzeye doğru belirgin bir yakınsama olduğunu göstermektedir. Bu durum, DHF eğitiminin yalnızca mesleki becerileri değil, aynı zamanda öğrencilerin kendi ağız hijyenlerini sürdürme konusundaki motivasyonu da güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

TF öğrencilerinde görülen kötüleşme ise literatürde sıkça vurgulanan; “tıp eğitiminde ağız sağlığı modüllerinin yetersizliği”, “yoğun akademik stres”, “düzensiz yaşam tarzı” ve “ağız sağlığının genel sağlık içindeki rolüne ilişkin farkındalık eksikliği” ile örtüşmektedir.^{12, 70} TF öğrencilerinde özellikle 4. ve 5. sınıfta Pİ, Gİ ve Kİ parametrelerinde saptanan keskin artışlar, klinik eğitimin yoğunlaştığı dönemlerde özbakımın geri plana itildiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, daha önce tıp fakültesi öğrencilerinin ağız sağlığı davranışlarının sınıf yükseldikçe bozulduğunu belirten çalışmalarla da paraleldir.^{14, 71}

Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi (OHIP-14) sonuçları, periodontal sağlık ile bireysel yaşam algısı arasındaki güçlü ilişkiyi bir kez daha ortaya koymuştur.⁷²⁻⁷⁴ DHF öğrencilerinde sınıf düzeyi arttıkça OHIP-14 skorlarının düşmesi, klinik parametrelerdeki iyileşme ile uyumludur. TF öğrencilerinde ise tam tersi yönde artan OHIP-14 skorları, periodontal inflamasyon ve hijyen yetersizliğinin doğrudan yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Bu karşıt örüntü, ağız sağlığının bireysel refahın kritik bir bileşeni olduğunu açık şekilde teyit etmektedir.

Her iki fakültede sınıf ile periodontal parametreler arasındaki ilişkiler, bu ayrışmayı nicel olarak daha da güçlendirmiştir. DHF öğrencilerinde sınıf ile Pİ, Gİ ve SCD arasında yüksek düzeyde negatif ilişkiler bulunması, eğitimin koruyucu bir etki yarattığını göstermektedir.^{75, 76} TF öğrencilerinde sınıf ile aynı parametreler arasında yüksek düzeyde pozitif ilişkiler saptanması ise mevcut eğitim yapısının ağız sağlığı açısından koruyucu bir katkı sunmadığını göstermektedir.⁷⁷

Yol analizi sonuçları da bu tabloyu pekiştirmekte; DHF grubunda sınıfın periodontal sağlık üzerinde güçlü negatif yönlü bir yordayıcı olduğunu, TF grubunda ise aynı değişkenin güçlü pozitif bir yordayıcıya dönüştüğünü göstermektedir. Bu iki yönlü

model, ağız sağlığı davranışlarının yalnızca bireysel tercihlerle değil, mesleki eğitim ortamı ve akademik kültürle şekillendiğini göstermesi açısından son derece değerlidir.

DMFT skorlarının sınıf düzeyine göre belirgin değişmemesi, çürük deneyiminin uzun vadeli bir süreç olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bulgu, DMFT'nin kısa dönemli davranış değişikliklerine duyarlılığının düşük olduğunu gösteren literatürle tamamen uyumludur.⁷⁸⁻⁸¹ Çalışmamızdaki DMFT sonuçlarının diğer parametrelere göre daha stabil olması, periodontal bulguların davranış ve eğitimle daha hızlı değiştiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın geniş örneklemi, iki fakültenin 1–5. sınıf öğrencilerinin eşit dağılımla incelenmesi ve her iki grupta periodontal, davranışsal ve yaşam kalitesi göstergelerinin birlikte değerlendirilmesi önemli metodolojik güçlü yönlerdir. Ayrıca, sınıf düzeyinin öngörü gücünü test eden yol analizi yaklaşımı, öğrenci gruplarında ağız sağlığı davranışlarının nasıl evrildiğini istatistiksel olarak modelleyen ve literatürde sınırlı sayıda çalışmada yer alan kapsamlı bir yöntemsel derinlik sağlamaktadır.^{82, 83} Bu yönüyle çalışma, eğitim fakülteleri arasındaki farklılıkları yalnızca tanımlamakla kalmamakta, eğitim sürecinin ağız sağlığı üzerindeki etkilerini nedensel ilişki düzeyinde anlamaya yönelik güçlü bir veri temeli sunmaktadır.

Elde edilen sonuçlar, TF öğrencilerinin ağız sağlığı açısından risk altında olduğunu ve mevcut eğitim programlarının bu alanı yeterince desteklemediğini göstermektedir. Bu nedenle, tıp müfredatına periodontal hastalıklar, ağız hijyeni eğitimi, temel ağız sağlığı muayenesi ve ağız–sistemik hastalık ilişkisiyle ilgili modüllerin eklenmesi hem öğrencilerin kendi ağız sağlığı hem de toplum sağlığı açısından büyük önem taşır.^{84, 85} Bu tür interdisipliner yaklaşımın yaygınlaştırılması, geleceğin hekimlerinin hastalarını daha doğru yönlendirmesine katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, DHF ve TF öğrencilerinin dental ve periodontal sağlık durumlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmek ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerini OHIP-14 ölçeği üzerinden incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, iki fakülte arasında hem klinik periodontal parametreler hem de ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmanın sonuçlarına göre, DHF öğrencileri periodontal sağlık açısından daha olumlu değerlere sahip olup, Pİ, Gİ, SCD ve diğer klinik parametrelerde TF öğrencilerine kıyasla daha iyi sonuçlar göstermiştir. Bu durum, diş hekimliği müfredatının ağız sağlığı üzerine yoğunlaşması ve öğrencilerin klinik uygulamalara daha erken ve sistematik biçimde dahil olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Buna karşın TF öğrencilerinde teorik genel sağlık bilgisi yüksek olmakla birlikte, ağız hijyeni alışkanlıkları ve periodontal farkındalığın daha düşük olduğu belirlenmiştir.

OHIP-14 skorları incelendiğinde, periodontal parametrelerdeki kötüleşmenin yaşam kalitesinde belirgin olumsuzluğa neden olduğu görülmüştür. Gingival inflamasyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarında olumsuz etkilenme artmış, TF öğrencileri diş hekimliği öğrencilerine kıyasla daha yüksek (daha kötü) OHIP-14 skorlarına sahip olmuştur. Ayrıca sınıf düzeyi ilerledikçe DHF öğrencilerinde periodontal sağlık iyileşirken OHIP-14 skorları azalmış; TF öğrencilerinde ise sınıf yükseldikçe klinik durumun kötüleştiği ve yaşam kalitesi skorlarının arttığı gözlenmiştir. Bu bulgular, ağız sağlığı farkındalığının yalnızca bilgi düzeyine değil, aynı zamanda düzenli bakım davranışlarına ve mesleki deneyime bağlı olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma, sağlık bilimleri öğrencilerinde periodontal sağlık ve yaşam kalitesi ilişkisinin önemli bir gösterge olduğunu ve eğitim programlarının ağız sağlığı farkındalığını şekillendirmede belirleyici rol oynadığını vurgulamaktadır.

Üniversite öğrencilerinin ağız ve periodontal sağlık farkındalığını artırmaya yönelik olarak, özellikle TF müfredatına ağız sağlığı ve periodontal hastalıkları kapsayan yapılandırılmış eğitim içeriklerinin eklenmesi, geleceğin hekimlerinin ağız-sistemik sağlık ilişkisini daha güçlü bir şekilde kavrayabilmelerine katkı sağlayacaktır. Bunun yanında, her iki fakülte öğrencilerine düzenli aralıklarla pratik ağız hijyeni eğitimi ve motivasyon programları sunulması, özellikle tıp fakültesi öğrencilerinde gözlenen düşük farkındalık düzeyinin iyileştirilmesi açısından önemlidir. DHF ve TF öğrencilerinin birlikte yer alacağı interdisipliner eğitim oturumları oluşturularak ağız sağlığının sistemik hastalıklarla ilişkisine yönelik ortak bir anlayış geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşımın güçlenmesine katkı sunacaktır. Üniversitelerde öğrenci topluluğuna yönelik düzenli periodontal tarama ve profesyonel bakım hizmetlerinin sağlanması ve risk grubundaki öğrenciler için izlem programlarının oluşturulması da koruyucu yaklaşımları destekleyecektir. Ayrıca OHIP-14 gibi yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirme süreçlerine dâhil edilmesi, öğrencilerin ağız sağlığına ilişkin öznel algılarının düzenli olarak izlenmesine olanak tanıyacaktır. Bu çalışmanın farklı üniversitelerde, daha geniş örneklem gruplarıyla ve uzunlamasına tasarımlarla tekrarlanması; stres, uyku düzeni, yaşam tarzı ve beslenme gibi ek değişkenlerin periodontal sağlık üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı şekilde ortaya konmasına katkı sağlayacaktır. Son olarak, sağlık bilimleri öğrencilerinin ağız sağlığı okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik toplum temelli eğitim projelerinin ve farkındalık kampanyalarının geliştirilmesi, ağız sağlığının bir halk sağlığı unsuru olarak daha görünür ve sürdürülebilir hâle gelmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31 Suppl 1:3-23.
2. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):399-406.
3. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988;5(1):3-18.
4. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17038.
5. Meyle J, Chapple I. Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. *Periodontol 2000.* 2015;69(1):7-17.
6. Al-Omari QD, Hamasha AA. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. *J Contemp Dent Pract.* 2005;6(1):107-14.
7. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
8. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264-70.
9. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:126.
10. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
11. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:40.
12. Peker I, Alkurt MT. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Turkish Dental Students. *Eur J Dent.* 2009;3(1):24-31.
13. Komabayashi T, Kwan SY, Hu DY, Kajiwaru K, Sasahara H, Kawamura M. A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. *J Oral Sci.* 2005;47(1):1-7.
14. Kumar H, Behura SS, Ramachandra S, Nishat R, Dash KC, Mohiddin G. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practices Among Dental and Medical Students in Eastern India - A Comparative Study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(1):58-63.
15. Maharani DA, Ariella S, Syafaaturrachma ID, Wardhany, II, Bahar A, Zhang S, et al. Attitude toward and awareness of medical-dental collaboration among medical and dental students in a university in Indonesia. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):147.
16. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):81-92.
17. Monajem S. Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *Int J Dent Hyg.* 2006;4(1):47-51.
18. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J.* 2016;66(6):322-4.
19. Organization WH. Oral health. 2005.

20. Hopkins S, Gajagowni S, Qadeer Y, Wang Z, Virani SS, Meurman JH, Krittanawong C. Oral Health and Cardiovascular Disease. *Am J Med.* 2024;137(4):304-7.
21. Mark AM. Diabetes and your oral health. *J Am Dent Assoc.* 2022;153(11):1108.
22. Pathak JL, Yan Y, Zhang Q, Wang L, Ge L. The role of oral microbiome in respiratory health and diseases. *Respir Med.* 2021;185:106475.
23. Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokaei S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2022;123(2):110-20.
24. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Newman and carranza's clinical periodontology. (No Title). 2019.
25. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4(1):1-6.
26. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018;89 Suppl 1:S9-s16.
27. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018;89 Suppl 1:S159-s72.
28. Arewar A, Quinn M, Dhankikar S, Beseke S. A Study to identify the factors associated with Gum Disease and Poor Periodontal Health Outcomes. *Dental office.* 2024;46:96.0737.
29. 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.
30. Hajishengallis G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nat Rev Immunol.* 2015;15(1):30-44.
31. Yoshimura F, Takahashi K, Nodasaka Y, Suzuki T. Purification and characterization of a novel type of fimbriae from the oral anaerobe *Bacteroides gingivalis*. *J Bacteriol.* 1984;160(3):949-57.
32. Graves DT, Corrêa JD, Silva TA. The Oral Microbiota Is Modified by Systemic Diseases. *J Dent Res.* 2019;98(2):148-56.
33. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet.* 2005;366(9499):1809-20.
34. Tonetti MS, Van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol.* 2013;84(4 Suppl):S24-9.
35. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2014;93(11):1045-53.
36. JUSTIFICATION C. National Institute of Dental and Craniofacial Research.
37. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res.* 2012;91(10):914-20.
38. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol.* 2015;86(5):611-22.
39. Organization WH. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030: World Health Organization; 2024.
40. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res.* 2015;94(10):1355-61.

41. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol*. 2017;44(5):456-62.
42. Chapple IL, Matthews JB. The role of reactive oxygen and antioxidant species in periodontal tissue destruction. *Periodontol 2000*. 2007;43:160-232.
43. Loe H, Theilade E, Jensen SB. EXPERIMENTAL GINGIVITIS IN MAN. *J Periodontol* (1930). 1965;36:177-87.
44. Socransky SS, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. *Periodontol 2000*. 2005;38:135-87.
45. Jepsen S. New classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *Endodontic Practice Today*. 2020;14(1).
46. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *J Dent*. 2013;41(4):370-6.
47. Balci N, Alkan N, Gurgan C. Psychometric properties of a Turkish version of the oral health impact profile-14. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017;20(1):19-24.
48. Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):114-22.
49. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol*. 2010;37(11):968-72.
50. Shanbhag S, Dahiya M, Croucher R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2012;39(8):725-35.
51. Botelho J, Machado V, Proença L, Bellini DH, Chambrone L, Alcoforado G, Mendes JJ. The impact of nonsurgical periodontal treatment on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2020;24(2):585-96.
52. Sulaiman L, Saub R, Baharuddin NA, Safii SH, Gopal Krishna V, Bartold PM, Vaithilingam RD. Impact of Severe Chronic Periodontitis on Oral Health-related Quality of Life. *Oral Health Prev Dent*. 2019;17(4):365-73.
53. Al-Wesabi AA, Abdelgawad F, Sasahara H, El Motayam K. Oral health knowledge, attitude and behaviour of dental students in a private university. *BDJ Open*. 2019;5:16.
54. Polychronopoulou A, Kawamura M. Oral self-care behaviours: comparing Greek and Japanese dental students. *Eur J Dent Educ*. 2005;9(4):164-70.
55. Jaramillo JA, Jaramillo F, Kador I, Masuoka D, Tong L, Ahn C, Komabayashi T. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University-Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. *J Oral Sci*. 2013;55(1):23-8.
56. Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health*. 2012;12:855.
57. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int Dent J*. 2012;62(6):278-91.
58. Mouradian WE, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, Marshall SG, Slayton R. An oral health curriculum for medical students at the University of Washington. *Acad Med*. 2005;80(5):434-42.
59. Smith M, Lennon MA, Brook AH, Ritucci L, Robinson PG. Student perspectives on their recent dental outreach placement experiences. *Eur J Dent Educ*. 2006;10(2):80-6.
60. Armitage GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2004;34:9-21.

61. Silness J, Loe H. PERIODONTAL DISEASE IN PREGNANCY. II. CORRELATION BETWEEN ORAL HYGIENE AND PERIODONTAL CONDITON. *Acta Odontol Scand.* 1964;22:121-35.
62. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J.* 1975;25(4):229-35.
63. Organization WH. Oral health surveys: basic methods: World Health Organization; 2013.
64. Kivimäki M, Strandberg T, Pentti J, Nyberg ST, Frank P, Jokela M, et al. Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(4):253-63.
65. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: pearson Boston, MA; 2007.
66. KANBAY Y, YALAP O. SPSS ile temel veri analizleri: Akademisyen Kitabevi; 2022.
67. Polychronopoulou A, Kawamura M, Athanasouli T. Oral self-care behavior among dental school students in Greece. *J Oral Sci.* 2002;44(2):73-8.
68. Messer LB, Calache H. Oral health attitudes and behaviours of final-year dental students. *Eur J Dent Educ.* 2012;16(3):144-55.
69. Kalevski K, Vojinovic J, Gajic M, Aleksic E, Tambur Z, Milutinovic J, et al. The Outcomes of an Interventional Oral Health Program on Dental Students' Oral Hygiene. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24).
70. Pisani F, Musella G, Ashfaq F, Motta A, Caponio VCA, Bizzoca ME, et al. Assessing medical students' awareness of the link between oral and systemic health: a questionnaire-based study in a cohort of year 3 and 4 MBBS students in the UK. *Minerva Dent Oral Sci.* 2025;74(5):328-36.
71. Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JJ. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health.* 2012;12(1):855.
72. Slade GD. Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community dentistry and oral epidemiology.* 2012;40:39-43.
73. Sischo L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of dental research.* 2011;90(11):1264-70.
74. Montero Martín J, Bravo Pérez M, Albaladejo Martínez A, Hernández Martín LA, Rosel Gallardo E. Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. 2009.
75. Hofer D, Gartenmann SJ, Wiedemeier DB, Attin T, Schmidlin PR. The effect of clinical education on optimizing self-care by dental students in Switzerland. *Swiss Dental Journal.* 2022;132(3):170-7.
76. Peker K, Uysal O, Bermek G. Dental training and changes in oral health attitudes and behaviors in Istanbul dental students. *J Dent Educ.* 2010;74(9):1017-23.
77. Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt AI, Bostancı M, Atak BM, Kısaoğlu S, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam doyumu ve öz-bakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi.* 2011.
78. Featherstone JD. The continuum of dental caries--evidence for a dynamic disease process. *J Dent Res.* 2004;83 Spec No C:C39-42.
79. Maheswari SU, Raja J, Kumar A, Seelan RG. Caries management by risk assessment: A review on current strategies for caries prevention and management. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(Suppl 2):S320-4.
80. Edward S, Eliasson GB, Torell P. Caries experience in teenagers related to changes in a dental health programme. *Swed Dent J.* 1992;16(3):101-8.

81. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent*. 2009;22(1):3-8.
82. Qin Y, Zhang R, Yuan B, Xu T, Chen H, Yang Y, Hu T. Structural equation modelling for associated factors with dental caries among 3-5-year-old children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):102.
83. Armencia AO, Feier R, Dănilă V, Budală DG, Balcoş C, Baci D, et al. Predictors of Oral Health Behaviors among Dental Students. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(1).
84. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomez F, Slavkin HC. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. *Journal of Dental Education*. 2007;71(5):619-31.
85. Park SE, Donoff RB, Saldana F. The Impact of Integrating Oral Health Education into a Medical Curriculum. *Med Princ Pract*. 2017;26(1):61-5.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Günay HÜSEYNOVA
Eğitim	
Lise	Şerur Şehir 2 Nolu Orta Mektep
Lisans	Azerbaycan Tıp Üniversitesi
Uzmanlık	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalı (2022-2026)
Yabancı Dil	
İngilizce	

EK-2. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050-1748
Konu : Etik Kurul

13.10.2025

Sayın Prof. Dr. Oğuz KÖSE

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **“Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dental ve Periodontal Sağlık Düzeyleri ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerinin Karşılıklı Olarak Değerlendirilmesi”** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 09.10.2025 tarihinde yapmış olduğunuz toplantıda incelenmiş olup, 2025/400 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap ATAĞ
Başkan

Ba belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 3f2393e5cd1e

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Merkez-RİZE
Telefon No: (0 464) 223 61 26 Faks No: (0 464) 223 53 76
e-Posta: Internet.Adresi@www.erdogan.edu.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Ömer TERBİYİK
Süreklili İşçi (tematik Personeli)
Telefon No:



EK-3. Dekanlık Onayı



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı**



Sayı : E-61245112-000-16715

21.08.2025

Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Prof. Dr. Oğuz
KÖSE)

Sayın Prof. Dr. Oğuz KÖSE

"Diş Hekimliği Fakültesi ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Dental ve Periodontal Sağlık Düzeyleri İle Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitelerinin Karşılıklı Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma ile ilgili izin talebiniz 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ilgili yönetmelikler ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Tıbbi Araştırmalarda Rıza" başlıklı 32. maddesinde yer alan hükümlere riayet edilmesi ve etik kurul onayı alınması şartıyla Dekanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

**Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Enes NARALAN
Dekan V.**

Ek :

- 1 - Bilimsel Çalışma İzin Dilekçesi (1 Sayfa)
- 2 - Etik Kurul Başvuru Formu (8 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 7b7754660921

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

İslampasa Mahallesi Menderes Bulvarı No:612 Merkez RİZE / TÜRKİYE
Telefon No: (0 464) 214 22 65, (0 464)214 21 81 Faks No: (0 464) 222 00 02
e-Posta: dis@erdogan.edu.tr İnternet Adresi: www.erdogan.edu.tr
Kep Adresi: erdogan@hs01.kep.tr

Bilgi için Şafak DEMİRCİ
Memur
Telefon No: 5324



EK-4. İntihal Beyan Formu

GÜNAY TEZ İNTİHAL.docx			
ORJİNALLIK RAPORU			
%13	%9	%8	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr		%3
	İnternet Kaynağı		
2	turkperio.org		%1
	İnternet Kaynağı		
3	link.springer.com		%1
	İnternet Kaynağı		
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)		%1
	Öğrenci Ödevi		
5	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi		%1
	Öğrenci Ödevi		
6	KOŞAN, Zahide. "Tıp ve diş hekimliği fakültelerinde ağız - diş sağlığı eğitimi yeterli mi? Öğrencilerin bilgi düzeylerinin karşılaştırılması", Palme Yayıncılık, 2017.		%1
	Yayın		