



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

**PERİODONTAL DURUMUN VE AĞIZ SAĞLIĞI BİLİNÇ
DÜZEYİNİN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİNDEKİ
DEĞİŞİM ÜZERİNE ETKİSİNİN AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ
ÖLÇEĞİ (OHIP-14) VE DİŞ HEKİMİ KORKU SKALASI
(DHKS) İLE İLİŞKİLENDİRİLEREK İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Ekin BEŞİROĞLU

**Samsun
Ekim-2017**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

**PERİODONTAL DURUMUN VE AĞIZ SAĞLIĞI BİLİNÇ
DÜZEYİNİN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİNDEKİ
DEĞİŞİM ÜZERİNE ETKİSİNİN AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ
ÖLÇEĞİ (OHIP-14) VE DİŞ HEKİMİ KORKU SKALASI
(DHKS) İLE İLİŞKİLENDİRİLEREK İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Ekin BEŞİROĞLU

Doç. Dr. Müge LÜTFİOĞLU

**Samsun
Ekim-2017**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ekin BEŞİROĞLU tarafından Doç.Dr. Müge LÜTFİOĞLU danışmanlığında hazırlanan ‘Periodontal Durumun ve Ağız Sağlığı Bilinç Düzeyinin Bireylerin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) ve Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS) ile İlişkilendirilerek İncelenmesi’ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 27/10/2017 tarihinde yapılan sınav ile Periodontoloji Anabilim Dalında UZMANLIK Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof.Dr. Elif Eser SAKALLIOĞLU, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç.Dr. Müge LÜTFİOĞLU, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç.Dr. Murat İnanç CENGİZ, Bülent Ecevit Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Periodontoloji Anabilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /

Prof.Dr. Selim ARICI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesiyle bana her zaman yol gösteren, hekim olarak örnek aldığım, üzerimde çok büyük katkıları bulunan, çok sevdiğim ve tanımaktan mutluluk duyduğum değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Müge LÜTFİOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca bütün bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, ilgi ve yardımlarını benden esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Umur SAKALLIOĞLU'na ve tüm Periodontoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine,

Çalıştığım yıllar içerisinde her zaman yanımda olan, birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım Periodontoloji Anabilim Dalı asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca benim için hiçbir emek ve fedakarlıktan kaçınmayan, bugünlere gelmemin en önemli mimarı olan, bendeki anlamları satırlara sığmayacak canım aileme,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Periodontal Durumun ve Ağız Sağlığı Bilinç Düzeyinin Bireylerin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14) ve Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS) ile İlişkilendirilerek İncelenmesi

Amaç: Çalışmamızın amacı periodontal sağlıklı ve hastalıklı bireyleri anket, OHIP-14 ve DHKS ölçekleriyle değerlendirerek periodontal hastalığın yaşam kalitesi değişimi üzerine etkisinin ağız sağlığı bilinç düzeyi ve diş hekimine ve tedaviye karşı gelişen korku düzeyi ile ilişkilendirilerek incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine tedavi ve kontrol amacıyla başvuran sistemik sağlıklı, 18 yaşından büyük 750 bireye sosyodemografik veriler, oral hijyen alışkanlıkları ve ağız diş sağlığı bilinç düzeyini değerlendiren anket formu, OHIP-14 ve DHKS içeren form doldurtuldu. Bu bireylerin periodontal durumlarını belirlemek amacıyla plak indeksi (Pİ), gingival indeksi(Gİ), cep derinliği(CD) ve klinik ataşman seviyesi(KAS) ölçümleri yapılarak sağlıklı, gingivitis ve periodontitis olmak üzere üç gruba ayrıldı. Bireylerin periodontal durumuyla yaşam kalitesi ve dental korkusunun ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Tarama yapılan bireylerde cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, dental alışkanlıkların ve periodontal durumunun OHIP-14 puanları üzerinde anlamlı etkileri olduğu görüldü. Tarama yapılan bireylerin cinsiyet, diş hekimine gitme sıklığının ve periodontal durumunun DHKS puanlarında anlamlı etkileri belirlendi. OHIP-14 yüksek skorları ile belirlenen yaşam kalitesi düşüşünün sosyodemografik olumsuzluklar, periodontal hastalık şiddetinin artışı, düzenli uygulanamayan ağız bakım işlemleri ve hekim ziyaretleri arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi. Benzer şekilde OHIP-14 ve DHKS skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi.

Sonuç: Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ile cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, ağız bakım alışkanlıkları, diş sayısı ve periodontal durum arasında anlamlı ilişki bulundu. Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ile dental korku arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Kronik periodontitis, Yaşam kalitesi, OHIP-14, DHKS

Ekin Beşiroğlu, Uzmanlık Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Ekim-2017

ABSTRACT

Examination of the Effect of Periodontal Situation and Oral Health Consciousness Level on the Change of Individuals Quality of Life by Associating with Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) and Dentist Fear Scale (DHKS)

Aim: The aim of our study was to evaluate the periodontal healthy and diseased individuals with questionnaire, OHIP-14 and DHKS scales and to examine the effect of periodontal disease on the quality of life in relation to oral health consciousness level and fear level against dentist and treatment.

Material and Method: 750 systematically healthy individuals aged 18 years or older that referred to the Periodontology Clinic for treatment and check-ups were included in our study and a questionnaire form evaluating oral hygiene habits and oral hygiene consciousness levels, OHIP-14 and DHKS form were applied. In order to determine the periodontal status of these individuals plaque index(PI), gingival index(GI), probing pocket depth(PPD) and clinical attachment level(CAL) were recorded and three groups were constituted as periodontally healthy, gingivitis and periodontitis. The relationship between periodontal status with quality of life and dental fear was assessed.

Results: There was significant relationship between oral health-related quality of life and gender, marital status, education level, oral care habits, number of teeth and periodontal status. There was a statistically significant relationship between oral health related quality of life and dental fear. Dental fear was found to be highest in periodontitis group. There was statistically significant positive relationship between high scores OHIP-14 and sociodemographic unfavourable conditions; increase in periodontal disease severity; irregular oral care practices and dentist visits. Similarly, positive correlation between OHIP-14 and DHKS scores was determined.

Conclusion: There was a significant relationship between oral health-related quality of life and gender, marital status, education level, oral care habits, number of teeth and periodontal status. There was a statistically significant relationship between oral health related quality of life and dental fear.

Keywords: Chronic periodontitis, Quality of Life, OHIP-14, DHKS

**Ekin Beşiroğlu, Master Thesis
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, October-2017**

SİMGELER VE KISALTMALAR

A.a	: Aggregatibacter actinomycetemcomitans
CD	: Cep derinliği
CPITN	: Periodontal Tedavi Gereksinimi İndeksi
DAE	: Dental Anksiyete Envanteri
DGS	: Dental Güven Skalası
DHKS	: Diş Hekimi Korku Skalası
DIDL	: Dental Impact on Daily Living (Günlük Yaşam Üzerine Dental Etki)
DIP	: Dental Impact Profili (Dental Etki Profili)
DKS	: Corah Dental Korku Skalası
DMF/T	: Çürük, kayıp, eksik diş
DSAE	: Durumluluk-Sürekli Anksiyete Envanteri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAA	: Fotoğrafik Anksiyete Anketi
Gİ	: Gingival İndeks
GOHAI	: Geriatric Oral Health Assessment Index (Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi)
KAS	: Klinik ataçma seviyesi
MDKS	: Modifiye Corah Dental Korku Skalası
Mm	: Milimetre
OHIP	: Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile)
OHRQoL-UK	: Oral Health Related Quality of Life (Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi)
OIDP	: Oral Impact on Daily Performance (Günlük Performans Üzerine Ağız Etkisi)
PI	: Plak indeks
TME	: Temperomandibular eklem
VAS	: Visual Analog Scale (Görsel Analog Skalası)

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	3
2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	4
2.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri.....	5
2.3.1. Genel Ölçekler.....	5
2.3.2. Özel Amaçlı Ölçekler.....	6
2.4. Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi.....	6
2.5. Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	7
2.6. Ağız-Diş Sağlığını Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler.....	11
2.6.1. General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi) (GOHAI).....	11
2.6.2. Oral Impact on Daily Performance (Günlük Performans Üzerine Ağız Etkisi) (OIDP).....	11
2.6.3. Dental Impact on Daily Living (Günlük Yaşam Üzerine Dental Etki) (DIDL).....	12
2.6.4. Dental Impact Profile (Dental Etki Profili) (DIP).....	12
2.6.5. Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom (Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık) (OHRQoL-UK).....	12
2.6.6. Visual Analog Scale (Görsel Analog Skalası) (VAS).....	13
2.6.7. Oral Health Impact Profile (Ağız Sağlığı Etki Profili) (OHIP).....	13
2.7. Dental Korku.....	17
2.8. Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS).....	18
2.9. Sağlık ve Hastalıkta Periodontal Dokular.....	20
2.10. Gingivitis.....	21
2.11. Periodontitis.....	21
2.12. Periodontal Hastalıkların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	23

3. MATERYAL METOT	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	25
3.3. Verilerin Toplanması	27
3.3.1. Demografik Veriler	27
3.3.2. Dental Özgeçmiş, Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyi	27
3.3.3. Ağız Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	27
3.3.4. Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi	27
3.3.5. Periodontal Değerlendirme	28
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	29
4. BULGULAR	30
4.1. Demografik Verilerle İlişkili Sonuçlar	30
4.2. Ağız Bakım Alışkanlıkları, Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyiyle İlgili Soruların Değerlendirilmesi	31
4.3. Klinik Bulgular, OHIP-14 ve DHKS Skorlarının Değerlendirilmesi	37
4.4. Periodontal Parametrelerin Demografik Veriler, Ağız Diş Sağlığı Alışkanlıkları, Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyi, OHIP-14 ve DHKS Verileriyle Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi	40
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	72
ÖZGEÇMİŞ	91

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın varlığı olarak tanımladığında yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmaları için önem kazanmıştır. DSÖ yaşam kalitesini 'kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alarak bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde kendi konumları ile ilgili algıları' şeklinde tanımlamıştır (Testa, 1996; Görgün-Baran, 2008).

Ağız-diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (John ve ark., 2004). Ağız hastalıkları genellikle ölümcül olmamakla birlikte bireyin beslenme, konuşma, sosyalleşme gibi günlük aktivitelerini olumsuz etkilediği için genel iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Ingle ve ark., 2010). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi; bireyin psikolojik, sosyal, fonksiyonel faktörler ve orafasiyal bölgedeki ağrı ve rahatsızlığın bireysel iyilik halini nasıl etkilediğini tanımlayan bir ifadedir (Allen,2003; Brennan ve Spencer, 2004; Gerritsen ve ark., 2010).

Periodontal hastalık toplumda farklı şiddette, büyük oranda rastlanan ve hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkileri güncel olarak değerlendirilen bir ağız sağlığı sorunudur. Periodontal hastalık dişetlerinde kanama ve kötü ağız kokusunun yanı sıra dişeti çekilmesine, dişlerde sallanmalara, diş hassasiyetine ve bir takım davranışsal kısıtlılıklara ya da duygusal rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Akboyun ve ark., 2011). Bu nedenle periodontal hastalık ve tedavi değerlendirilmesinde, ataşman kazancı veya enflamasyonun gerilemesi gibi bir takım objektif klinik gözlemlere ek olarak, tamamen sübjektif karakterli hasta algısının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastaların yaptığı bu sübjektif ölçümler hastaların bakış açısıyla tedavinin ve hastalığın değerlendirilmesini yaparak konvansiyonel klinik ölçümleri tamamlayıcı rol oynamaktadır. Hasta odaklı değerlendirmelerin, periodontal hastalıktaki objektif değişikliklere göre bireylerin günlük yaşantısı üzerinde daha anlamlı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Ayrıca hekimin hasta üzerindeki bu etkenler hakkında bilgi sahibi olması, hastanın beklentilerini daha iyi anlaması açısından önemlidir (Hujoel, 2004; Ng ve Leung, 2006; Akboyun ve ark., 2011; Tsakos ve ark., 2012; Jansson, 2013).

Pek çok hasta diş tedavileriyle ilgili korku problemi yaşamaktadır. Bu korkunun kaynağı; zarar görecekları, kontrolleri dışında ve bilinmeyen bir operasyon geçirecekları

düşüncesi ve kazanılmış negatif deneyimlerdir. Dental korku hastada oluşturduğu fizyolojik, düşünsel ve davranışsal farklılıklar sebebiyle gerek ağız sağlığı gerekse genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratarak bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Köroğlu ve Durkan, 2010; Ergüven ve ark., 2013; Ay ve ark., 2014).

Bu çalışmadaki amacımız; periodontal sağlıklı, gingivitisli ve periodontitisli olmak üzere üç çalışma grubuna Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (Oral Health Impact Profile (OHIP)-14) ve Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS) ölçekleri uygulanarak periodontal hastalığın bireylerin yaşam kalitesindeki değişim üzerine etkisinin ağız sağlığı bilinç düzeyi ve diş hekimine karşı gelişen endişe düzeyi ile ilişkilendirilerek incelenmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

1948’de DSÖ sağığı sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değıl aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın varlığı olarak tanımladığında yaşam kalitesi kavramı sağık uygulamaları ve araştırmaları için önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi kavramının ekonomiden sağığa, politikadan sosyal bilimlere kadar pek çok farklı disiplin tarafından ele alınması nedeniyle bu kavram için genel bir tanım yapılması zorlaşmaktadır (Farquhar, 1994; Testa, 1996).

Yaşam kalitesi kavramı medikal literatürde ilk kez 1966 yılında meme kanseriyle ilgili bir makalede kullanılmıştır (Hecker ve ark., 2002). 1973’te Medline veri tabanına referans anahtar sözcük olarak ‘yaşam kalitesi’ listelendiğinde yalnızca beş makale görülürken, sonraki yıllarda klinik bir araştırma tekniğı olarak yaşam kalitesinin değıerlendirilmesinde hızlı bir artış olmuştur (Testa, 1996).

DSÖ yaşam kalitesini ‘bireylerin yaşadıkları kùltür ve değıerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğırultusunda hayattaki pozisyonlarını algılama şekli’ şeklinde tanımlamaktadır (Görgün-Baran, 2008). Yaşam kalitesi kavramı temelde dört ana alanda değıerlendirilmektedir:

- a. Kişisel içsel alan (değıerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkabilme becerisi vb.)
- b. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, çalışma durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- c. Dışsal doğıal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)
- d. Dışsal toplumsal çevre alanı (kùltürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, eğitim, sağık hizmetleri, güvenlik, ulaşım vb.) (WHOQOL, 1995; Eser, 2004; Petersen, 2005)

Yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif göstergeleri bulunmaktadır. Yaşam kalitesi kişinin sosyal, fizyolojik ve psikolojik iyilik haliyle ilişkili olduğı için Evans ve ark. (1985) objektif ve sübjektif göstergelerin yaşam kalitesini değıerlendirirken beraber kullanılması gerektiğini savunmuşlardır.

Yaşam kalitesinin objektif göstergesi olan ‘Fiziksel İyilik Hali’ bireyin günlük aktivitelerini ve kişisel bakımını başkasına ihtiyaç duymadan yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Kişinin yaşam kalitesini tanımlamada objektif boyut önemli olmasına rağmen

kişinin sübjektif algıları ve beklentileri bu objektif değerlendirmeyi gerçek yaşam kalitesi değerlendirmesine dönüştürür (Testa, 1996).

Yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleri ekonomik, sosyal ve psikolojik iyilik hallerini kapsamaktadır. ‘Ekonomik İyilik Hali’ içinde teknolojik gelişme ve ekonomik büyüme yer almaktadır. Bireyin sağlık, barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, iş güvencesine sahip olması, maddi açıdan geleceğe karşı kendini güvende hissetmesi anlamına gelmektedir (Allen, 2003; Görgün-Baran, 2008). ‘Sosyal İyilik Hali’ bireyin sosyal ilişkilerinde ve toplumsal faaliyetlerinde yapması gerekenleri yerine getirebilmesi anlamına gelmektedir (Görgün-Baran, 2008). ‘Psikolojik İyilik Hali’ içerisinde kişinin genel mutluluk ve doyum duygularının yer aldığı görülmektedir. Bireyin hayattan tatmin olması, değişik yaşam koşullarına ayak uydurabilmesi ve duygusal açıdan iyi olması anlamına gelmektedir (Allen, 2003; Görgün-Baran, 2008).

2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi genel yaşam kalitesinin alt bileşenidir. Bireyin hastalığını ve tedavi sonuçlarını nasıl algıladığına ve bireyin endişelerine odaklanmaktadır (Fitzpatrick ve ark., 1992). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi terimi bir kişinin deneyimlerinden, inançlarından, beklentilerinden ve algılarından etkilenen farklı alanlar olarak görülen sağlık durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarına işaret etmektedir (Testa, 1996).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçütleri; sağlıkla ilgili olumlu tanımlamaları ölçme, sağlık sistemlerinin karşılaştırılması, tedavi gerekliliği ve tedaviyi takiben sonuçların değerlendirilmesi gibi nedenlerden dolayı geliştirilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çeşitli ölçekler yardımıyla belirlenmektedir. Bu ölçeklerin kullanım alanları:

- Kişisel hasta bakımında psiko-sosyal problemlerin belirlenmesi
- Belirlenen sağlık problemleri için toplumsal çalışmaların yürütülmesi
- Tıbbi denetimlerin gerçekleştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinde sonuçları değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması
- Klinik deneylerin yapılması
- Maliyet analizi yapılması şeklinde bildirilmektedir (Fitzpatrick ve ark., 1992).

Sağlıkla ilgili beklentiler, sınırlamalar ve sakatlıkla başa çıkabilme becerisi; kişinin sağlık algısını ve yaşamdan memnuniyetini büyük ölçüde etkileyebileceğinden

aynı sağlık statüsüne sahip iki kişi çok farklı yaşam kalitesine sahip olabilmektedir. Her sağlık alanı ölçülmesi gereken birçok bileşeni (örneğin semptomlar, işlevsellik ve engellilik) içermektedir. Bu çok boyutlu olma özelliği nedeniyle neredeyse sınırsız sayıda sağlık durumu bulunmaktadır ve hepsi farklı nitelikte olmakla birlikte uzun ömürlülükten bağımsızdır. Örneğin mekanik ventilasyon alan, beyin aktivitesi olmayan veya iyileşme durumu olmayan bir kişi, potansiyel olarak uzun bir süre yaşamakla birlikte her alan için en temel yaşam kalitesine sahip olamayacaktır (Testa, 1996).

Allison ve ark. (1997) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ‘dinamik bir yapı’ olduğunu ve böylece zamanla değişime uğrayacağını ileri sürmektedir. Bireysel tutumlar sabit değildir, zaman ve tecrübe, baş etme, beklenti ve uyum gösterme gibi olgular tarafından değişebilmektedir (Allen, 2003).

Bireyin hayatının doktorlar tarafından erişilemeyen birçok yönünü kapsadığı için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hastanın kendisinin değerlendirilmeyi yapacak en iyi kişi olduğu varsayılmaktadır. DSÖ’ nün sağlık tanımına da uygun olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerlendirme alanlarını Spilker 1996’da;

- Fiziksel durum
- Psikolojik durum
- Sosyal etkileşim
- Ekonomik ve/veya mesleki konum
- Dini ve/veya manevi durum olarak önermiştir (Cunningham ve Nigel, 2001).

Hastalar tarafından sağlıklarının nasıl algılandığı ve hastalığın olup olmadığının değerlendirilmesi; kaynakların dağıtılması, sağlığın iyileştirilmesi, hastalık önleyici programların geliştirilmesi açısından önemlidir. Sağlığı hasta odaklı değerlendirmek sağlığın ölçümünde önemlidir (Cunningham ve Nigel, 2001).

2.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri

2.3.1. Genel Ölçekler

Genel ölçekler hastalıkların ve medikal tedavilerin tüm tipleri için tasarlanmıştır. Bu ölçeklerin kullanımı farklı problemlere sahip popülasyonlar arasında karşılaştırma yapılmasına imkan verir. Ancak genel ölçekler belirli bir klinik ortamda ilgilenilen hastanın deneyimleriyle ilgili yönlerini yakalamada başarısız olabilmektedir. Ayrıca ağız sağlığı ile ilişkili konularda hassas değildir ve yetersiz kalabilmektedir. Genel ölçeklere

örnek olarak Short Form 36-item Health Survey, Sickness Impact Profile ve The Nottingham Health Profile verilebilmektedir (Allen ve ark., 2001; Langenhoff ve ark., 2001).

2.3.2. Özel Amaçlı Ölçekler

Özel amaçlı ölçekler hastalık spesifik ölçekler ve semptomla spesifik ölçekler olmak üzere ikiye ayrılır. Hastalık spesifik ölçekler sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini belirlemede özel tanı grupları ya da hastalık popülasyonlarını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu ölçekler için seçilen alanlar ve öğeler doğrudan hastalık sürecinden veya müdahalesinden kaynaklanan değişimlerle ilgilidir. Bu nedenle hastalık spesifik ölçekler değişime daha duyarlıdır. Functional Living Index, Rotterdam Symptom Checklist, QL Index ve Cancer Rehabilitation Evaluation System hastalık spesifik ölçeklere örnek olarak verilebilmektedir.

Semptomla spesifik ölçekler hastalık süreci tarafından üretilen yaşam kalitesini etkileyen diğer belirtilere odaklanmadan sadece belli bir belirtiyeye odaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini tanımlamada tatmin edici olmadıkları savunulmaktadır. Semptomla spesifik ölçeklere Gastrointestinal Symptom Rating Scale ve McGill Pain Questionnaire örnek olarak verilebilmektedir (Patrick ve Deyo, 1989; Langenhoff ve ark., 2001).

2.4. Ağız-Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi

Ağız-diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (John ve ark., 2004). Ağız sağlığı anlayışı kişinin normal ağız sağlığından ne anladığına, kültürel değerlere, genel sağlığa ve psikososyal mutluluğa göre değişmektedir. Ağız sağlığının ölçümü için Locker tarafından tanımlanan kavramsal taslak, DSÖ'nün sakatlık, yetersizlik ve handikap sınırlamasına göre esas alınmış ve ağız hastalıklarının olası tüm fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarını kapsamayı hedef almıştır. Bu tanımlamayla dişlerini kaybeden insanlar vücudunun bir parçasını kaybetmiş, sakat kalmış kabul edilmiştir (Yıldız ve Işık, 2012).

Diş çürüğü ya da periodontal hastalık gibi oral hastalıklar yüksek prevalanslıdır ve bunların sonuçları sadece fiziksel değil aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik etkilere de sahiptir (Natio, 2006). Ağız sağlığı durumları, sosyal ve çevresel faktörler ile vücudun geri kalanı arasındaki etkileşimlerin sonucudur (Sischo ve Broder, 2011). Ağız

hastalıkları genellikle ölümcül olmamakla birlikte bireylerin beslenme, konuşma ve sosyalleşme gibi günlük aktivitelerini olumsuz etkiledikleri için genel iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerine de olumsuz etkileri vardır (Ingle ve ark., 2010).

İlk defa II. Dünya Savaşı sırasında bahsedilen ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi kavramı, oral fonksiyonların yerine getirilebilmesi için yeterli bir indikatör olarak karşılıklı altı dişin olması gerekliliğinden bahsetmektedir ve sunulan hizmetlerin uygunluğunun değerlendirilmesi için kullanılmıştır (Cunningham ve Hunt, 2001).

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi; bireyin psikolojik, sosyal, fonksiyonel faktörler ve orafasiyal bölgedeki ağrı ve rahatsızlığın bireysel iyilik halini nasıl etkilediğini tanımlayan bir ifadedir (Allen, 2003; Brennan ve Spencer, 2004; Gerritsen ve ark., 2010). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi 'kişinin ağız sağlığıyla ilgili memnuniyetini, özgüvenini, yemek, uyku ve sosyal etkileşimlerde bulunurken kişinin rahatlığını' yansıtmaktadır (Sischo ve Broder, 2011).

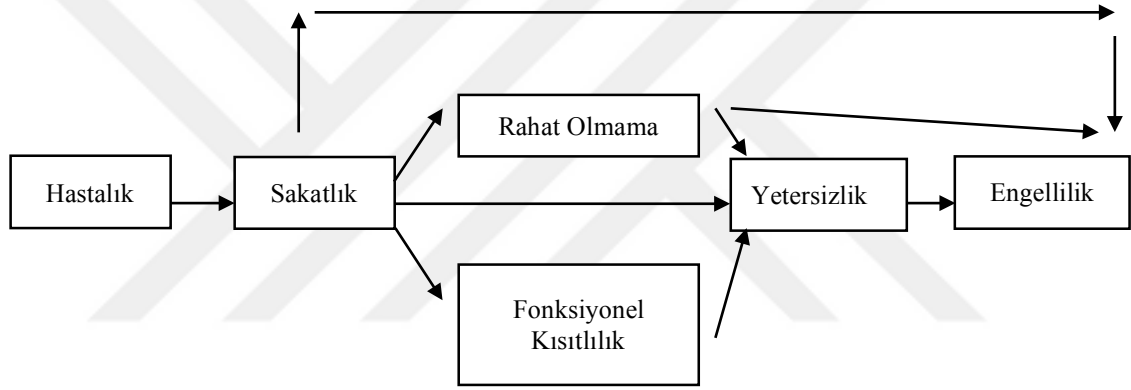
Yapılan çalışmalarda ağız ve diş sağlığını etkileyen hastalıkların yılda ortalama 160 milyon saatlik iş gücü kaybına, okul çağındaki çocuklarda ise 51 milyon saatlik okul günü kaybına neden olduğu bildirilmiştir (Reisine, 1984; Gift ve ark., 1992). Reisine ve ark. (1989) yaptığı başka bir çalışmada kardiyak rahatsızlıkları olan hastalarla temperomandibular eklem (TME) rahatsızlığı olan hastaların yaşam kalitesi skorları karşılaştırılmış ve TME hastalarının uyku, dinlenme alanında, sosyal etkileşimde entelektüel fonksiyonlarda ve iletişimde daha büyük ölçüde sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yine Reisine (1985) yaptığı bir çalışmada mevcut psiko-sosyal etkileri anlatabilmek için sosyal indikatörlerin erişkinler için iş günü, çocuklar için okul günü kaybını değerlendirmiş ve kişi başına yıllık iş gücü kaybını 1,7 saat olarak belirlemiştir. Bu kayıp bireysel olarak tolere edilebilir ancak çok sayıda kişinin çalıştığı kurumlarda bir bütün olarak düşünüldüğünde, yüksek miktarda iş gücü kaybı ve maliyete sebep olacaktır. Ağız ve diş sağlığı sorunlarına duyulan bu ilgi sonucunda, son yıllarda önemli bir araştırma konusu olmuştur.

2.5. Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Dental hastalıkların objektif ölçümleri (diş çürüğü varlığı ve periodontal ataşman kaybı gibi) ve oral durumun hasta bazlı görüşleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda ilişki zayıf ve objektif ölçümler hastaların algılarını doğru bir şekilde yansıtmamaktadır. Bu durum sağlığın çok boyutlu yapısını ve olası tüm

sonuçlarını kapsayan bir paradigma geliştirme ihtiyacını açıkça ortaya koymuştur (Allen, 2003).

Locker (1988) tarafından ağız sağlığını ölçmek için tanımlanan kavramsal sistem DSÖ'nün bozukluğun, sakatlığın ve engelin sınıflandırılmasına dayanmaktadır ve oral bozukluklarının olası tüm fonksiyonel ve psikolojik sonuçlarını yakalamaya çalışmaktadır. Tanım gereği dişlerini kaybeden (yani vücut bölümünü kaybetmiş) insanlar bozulmaktadır. Bu kavramsal çerçevenin yayınlanması, bu araştırma temasının diş hekimliğinde geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Yakın zamana kadar, ağız koşullarının psikososyal sonuçları nadiren hayati tehlike oluşturduğu için pek dikkat çekmiyordu. Son araştırmalar oral rahatsızlıkların diğer bozukluklar kadar ciddi duygusal ve psikososyal sonuçları olduğunu vurgulamıştır (Allen, 2003).



Şekil 2.1. Locker ağız sağlığı ölçüm modeli (Locker, 1988)

Bu modeldeki kavramların tanımları;

1. Fonksiyonel Kısıtlılık: Fonksiyonel kısıtlılık çoğunlukla vücudun bileşenlerinin veya organlarının beklendiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanmaktadır.
2. Rahatsızlık: Hastalığa verilen cevaptır. Hastaların ifade ettiği ağrı, rahatsızlık, fiziksel ya da psikolojik semptomlar örnek gösterilebilmektedir.
3. Sakatlık: Doğum esnasında ya da sonradan oluşan fiziksel, psikolojik ya da anatomik yapının yokluğu veya anormalliği olarak tanımlanmaktadır. Dişsizlik, periodontal hastalık veya malokluzyon örnek gösterilebilmektedir.
4. Yetersizlik: Normal kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir.
5. Eksiklik: Bireylerin bulunduğu grup içerisinde sosyal beklentileri yerine getirememesidir (Locker, 1988).

Hastaya dayalı olarak sağlık durumu ölçümlerini geliştirmeye duyulan ihtiyaç ilk olarak o dönemde oral sağlık sorunlarının psiko-sosyal etkileri ile ilgili verilerin eksikliğini ortaya koyan Cohen ve Jago (1976) tarafından farkedilmiştir. Cohen ve Jago tarafından hazırlanan rapora tepki olarak, Reisine gibi araştırmacılar ağız hastalıklarının toplumsal etkilerini tanımlamak için ağız problemlerine bağlı iş kaybı gibi toplumsal göstergeleri kullanmıştır (Reisine, 1984). Bu metot sağlık bakım hizmetlerini almaya yönelik eğilimleri göstermek açısından yararlı olmakla birlikte, toplumsal göstergeler bireysel düzeyde çok az bilgi vermektedir. Locker sağlık sonuçlarını bireysel düzeyde değerlendirirken bireysel ölçeğin gerekliliğini önermiştir. Ağız sağlığını ölçmek için teorik yapı yayınlanmadan önce Reisine Sickness Impact Profile'i ağız sağlığı sonuçlarını ölçmek için kullanmıştır. Bu Bergner ve ark. tarafından doğrulanmış ve yaygın şekilde kullanılmıştır. Bununla birlikte bu ölçek sağlık durumunun genel bir ölçüsüdür ve tüm ağız sağlığı sorunlarına duyarlı olmayabilir (Bergner ve ark., 1981; Locker, 1988; Allen, 2003).

Diş hekimlerinin geleneksel olarak yaptığı çalışmalarda çürük ve periodontal problem gibi hastalıkların tanımlanması ve toplumdaki sıklıklarının belirlenmesi gibi konular ele alınmaktadır. Bunların ölçümleri için çürük/kayıp/eksik diş (DMF/T) ve Toplumdaki periodontal tedavi gereksinimi indeksi (CPITN) gibi indeksler kullanılmaktadır (Ainamo ve ark., 1982; Güçiz-Doğan, 2007). Bu ve benzeri indeksler hastalıkların ancak ilerlediği dönemlerinde kullanılabilirler için elde edilen bilgiler hastalıkların başlangıç dönemini içermemekte sadece mevcut durumun tespit edilmesini sağlamaktadır (Cunningham, 2001; Allen, 2003).

Steele ve ark. yaptıkları çalışmada yaş, mevcut diş sayısı ve kültürel özgeçmişin yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğunu bildirmişlerdir. DMF ve CPITN gibi indekslerle bireylerin sosyal içerikli konularla ilişkili değerlendirilmesi mümkün olamamaktadır. Farklı çalışmalarda diş çürüğü ve periodontal ataşman kaybı gibi dental hastalıkların objektif olarak ölçülmesinin bireylerin hastalık algısını yansıtmaması nedeniyle, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde fazla bir öneme sahip olmadıkları gösterilmiştir (Allen, 2003; Steele ve ark., 2004).

Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin değişikliğe duyarlılığı karmaşık ve tartışmalı bir konudur. Değişikliğin değerlendirilmesi tüm uzun dönem çalışmalarda gereklidir. Bu nedenle değişimin

ölçeklerde nicel hale getirilmesi önemli bir konudur. Locker değişimi ölçmenin 4 yolunu tanımlamıştır:

1. Önceki ve sonraki ölçümlerin karşılaştırılması
2. Takip skorundan başlangıç skorunu çıkararak skor değişimi hesaplanması
3. Evrensel değişim kararı
4. Evrensel değişim ölçekleri

Bu yöntemlerin hepsi kullanılabilir ancak hiç biri evrensel olarak kabul edilmemiştir. Başlangıç ve takip ölçümlerini karşılaştırmak basittir ancak olumlu ve olumsuz değişiklikler birbirini etkileyebilir ve bu yüzden değişiklik etkisini tam olarak veremez (Locker, 1998; Allen, 2003).

Son bir yaklaşım; işlevsel bozuklukların ve bunların toplumsal sonuçlarının önem sırasına göre düzene koyulmasıdır. Bu yaklaşım sorunun tamamen içsel olup olmadığına (bazı çiğneme problemleri gibi) veya bunun kişiler arası ya da sosyal sorunlara (diğer kişilerden kaçma gibi) neden olup olmadığını gösterebilmesi açısından bir indeksten farklıdır. Sonuçların önem sırası DSÖ'nün bozukluklar, engeller ve handikaplar kategorisine ve Locker'ın ağız sağlığının ölçülmesine ilişkin teorik çerçevesine dayanmaktadır. Bu yöntemi kullanarak sosyal etkilerin bir profili tanımlanabilmektedir. Oral Health Impact Profile (OHIP), Dental Impact on Daily Living (DIDL) ve Oral Impact Daily Performance (OIDP) bu yolla oluşturulmuştur. Bu ölçeklerin her biri işlevsel ve psiko-sosyal iyilik halindeki sözlü sorunların sıklığını ve ciddiyetini ölçmeye çalışmaktadır (Allen, 2003).

Tablo 2.1. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar (Allen, 2003)

ARAŞTIRMACILAR	KULLANILAN ÖLÇEKLER
CUSHING VE ARK., 1986	Social Impacts of Dental Disease
ATCHINSON VE DOLAN, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)
STRAUSS VE HUNT, 1993	Dental Impact Profile (DIP)
SLADE VE SPENCER, 1994	Oral Health Impact Profile (OHIP)
LOCKER VE MILLER, 1994	Subjective Oral Health Status Indicators
LEAO VE SHEIHAM, 1996	Dental Impact on Daily Living (DIDL)
ADULYANON VE SHEIHAM, 1997	Oral Impacts on Daily Living (OIDP)
MCGRATH VE BEDI, 2000	Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL-UK)

2.6. Ağız-Diş Sağlığını Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler

2.6.1. General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi) (GOHAI)

12 maddelik Geriatric Oral Health Assessment Index olarak ilk kez 1990 yılında Atchinson ve Dolan tarafından ABD’de geliştirilmiştir ve daha sonrasında General Oral Health Assessment Index olarak yeniden adlandırılmıştır. 12 madde fiziksel fonksiyonların (yeme, konuşma ve yutma), psikososyal fonksiyonların (ağız sağlığıyla ilgili endişe, görünüşten duyulan memnuniyetsizlik, ağız sağlığı konusunda benlik bilinci ve oral problemler nedeniyle toplumsal ilişkiden kaçınma) ve ağrı ya da rahatsızlığın (ağrıyı hafifletmek için ilaç kullanımı) boyutlarını değerlendirmektedir. Katılımcılar her 12 öge için son üç ay içindeki deneyimlerini beşli Likert tipi ölçümlerle (0=hiç, 1=nadiren, 2=bazen, 3= sık, 4=çok sık, 5= her zaman) cevaplandırmışlardır. 12 soru cevaplandırılarak 0-60 arasında bir skor elde edilmektedir. Oral durumu iyi olan ve hiçbir problemi olmayan kişilerin skorları yüksek olarak kaydedilmiştir (Tubert-Jeannin ve ark., 2003; Yıldız ve Işık, 2012).

2.6.2. Oral Impact on Daily Performance (Günlük Performansa Oral Etki) (OIDP)

OIDP’nin temeli DSÖ’nün engellilik sınıflamasına dayanmaktadır. Kullanımı kolaydır. Yetişkin ve yaşlı popülasyonlarda kullanılan farklı düzenlemelerinin güvenilirlik ve geçerliliği başarıyla test edilmiştir. OIDP günlük aktiviteleri gerçekleştirme kabiliyeti üzerindeki oral etkileri değerlendirmektedir (Jung ve ark., 2008).

Ağız sağlığının günlük aktiviteler üzerindeki etkisini; yemek yeme, yediği yemekten zevk alma, uyuma ve rahatlama, gülümseme, gülme ve utanmadan dişlerini gösterebilme, konuşma, kelimeleri düzgün telaffuz edebilme, dişlerini temizleyebilme ve normal sosyal ilişki kurabilme gibi alanlarda değerlendirmektedir. Bireylere son 6 aydır ağız-diş sağlığı ile ilişkili problemler yüzünden bu aktiviteleri yaparken ne sıklıkla problem yaşadıkları sorularak değerlendirilmektedir (Cunningham ve Hunt, 2001; Allen, 2003).

2.6.3. Dental Impact on Daily Living (Günlük Yaşam Üzerine Dental Etki) (DIDL)

Ağız sağlık durumunun günlük yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçlayan bu ölçek beş ana kategoride toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Bu beş kategori konfor, dış görünüş, performans ve yemek yemede kısıtlılıktır. Her bir ifade şu şekilde kodlanmıştır: (+1)= pozitif yanıt, (0)= nötr yanıt ve (-1)= negatif yanıt (Allen, 2003).

2.6.4. Dental Impact Profile (Dental Etki Profili) (DIP)

1993 yılında Strauss ve Hunt tarafından yayınlanmıştır. Hastaların olaylar karşısındaki algısını değerlendiren bir ölçektir. Yemek yeme, sağlık/iyilik hali, sosyal ilişkiler, romantizm olmak üzere dört alt başlık ve 25 sorudan oluşmaktadır. Sorular ‘Size göre dişlerinizin veya protezlerinizin yemek yemeniz üzerine pozitif (iyi), negatif (kötü) etkisi vardır ya da hiçbir etkisi yoktur?’ şeklinde olmaktadır. Tüm cevaplar arasında pozitif veya negatif cevapların yüzdesi toplanarak toplam skor hesaplanmaktadır (Strauss ve Hunt, 1993).

2.6.5. Oral Health Related Quality of Life- United Kingdom (Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık) (OHRQoL-UK)

İlk kez 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından İngiltere’ de oluşturulmuştur. Ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini pozitif ve negatif alanda değerlendiren dört farklı kategoride 16 sorudan oluşmaktadır. Bu kategoriler sırasıyla; semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru), sosyal durum (4 soru)’dur (McGrath ve Bedi, 2002; 2003; 2004). Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği Mumcu ve ark. tarafından yapılan çalışmada ispatlanmış ve rapor edilmiştir (Mumcu ve ark., 2006). Ağız-diş bölgesiyle ilişkili hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkilerinin, günlük yaşantıda sağlıklı durumun yarattığı pozitif etkilerin bireyler tarafından fark edilmesine engel olduğu düşünülmüştür. Hem pozitif hem de negatif değerlendirme yapan OHRQoL-UK ölçeğinde elde edilen düşük skor ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. OHRQoL-UK anketinde Likert ölçeğine göre skorlanan sorulara 1-5 arasında değer verilmektedir. Toplam 16 sorunun skoru toplandığında 16-80 arasında bir değer bulunmaktadır (McGrath ve Bedi, 2002).

2.6.6. Visual Analog Scale (Görsel Analog Skalası) (VAS)

Sözcüklerin sübjektif deneyimin kesinliğini tanımlamada başarısız olabileceği ve dijital derecelendirmenin duygu olgusu üzerine yanlış kategorileri dayattığı savunulmaktaydı. Bu nedenle VAS' ın sunduğu puanlama hassasiyetinin dijital ve sözel derecelendirme ölçekleriyle sağlanmasının imkansız olduğu ileri sürülmüştür. VAS özellikle değişimin ölçümü ve öneminin görülmesi için uygun bir ölçektir (McCormack ve ark., 1988).

Bu ölçek 10 cm uzunluğunda bir hattır. Bu çizginin vertikal ya da horizontal yönde olması sonuçları etkilememektedir (Scott ve Huskisson, 1979). Hasta sorulan soruya karşılık olarak hissettiği durumu hat üzerinde işaretler ve işaretlenen kısım ve hattın başlangıç noktası arasındaki mesafe santimetre cinsinden ölçülür. Bu yöntemin avantajı klinikte kolay uygulanabilir olması, anlaşılır olması ve tüm hasta gruplarında uygulanabilir olmasıdır (McCormack ve ark., 1988).

2.6.7. Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile) (OHIP)

İlk olarak, DSÖ'nün Uluslararası Eksiklik, Yetersizlik ve Sakatlık Sınıflama esas alınarak, 1994 yılında Avusturalya'da Slade ve Spencer tarafından uygulanmıştır (Mumcu ve ark., 2006; Başol ve ark., 2014). Ağız bölgesiyle ilgili tüm medikal durumlarda kullanılabilen, ağız sağlığı ailesine ait bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek Locker' ın kavramsal iskeletini esas almaktadır (Nuttall ve ark., 2001).

OHIP'deki 49 soru Locker' ın ağız sağlığının teorik modelini yedi kavramsal boyutta formüle ederek ele almaktadır. Bu boyutlar: fonksiyonel kısıtlılık, ağrı, psikolojik rahatsızlık, psikolojik yetersizlik, fiziksel engellilik, sosyal engellilik, özür (Slade, 1997; Allen, 2003). OHIP'in her bir boyutu için ayrı alt ölçekler hesaplanabilirken genel sosyal etki seviyeleri 49 sorunun hepsi kullanılarak hesaplanmıştır (Slade, 1997). Cevaplar Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Anketteki sorular 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0= hiçbir zaman, 1= nadiren, 2= bazen, 3= sıklıkla, 4= çok sık) biri seçilerek yanıtlanmaktadır. Her maddenin etkinliği Thurstone' un eşli karşılaştırma metodu kullanılarak belirlenmektedir. Sonuçlar her bir yedi alt grup için ayrı ayrı hesaplandıktan sonra hepsi toplanarak asıl sonuç hesaplanmaktadır. Alınan skorların yüksek olması hayat kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Slade, 1997; Allen, 2003; Başol ve ark., 2014).

Slade ve Spencer, OHIP'in geçerlilik ve güvenilirliğini kanıtlayarak diş hekimliğinde yaygın bir şekilde kullanılmasını sağlamışlardır (Slade, 1997). OHIP' in en büyük avantajı; sorunların temsili hasta gruplarıyla yapılan konuşmalar sonucu oluşturulmuş olmasıdır. Yani ağız içi problemlerin meydana getirebileceği fonksiyonel, psikolojik ve sosyal etkiler hastalar tarafından belirlenmiştir (Slade, 1997; Allen, 2003). Nuttall ve ark.'na (2001) göre hastalar tarafından önemli olarak algılanan bu sosyal etkileri ortaya çıkararak ölçülebilme olasılığını arttırmakta ve dolayısıyla bu ölçeğin sofistike bir ölçek olduğu düşüncesini vurgulamaktadır.

Ölçekteki hiyerarşi, insanların hayatları üzerinde gittikçe yıkıcı bir etkiye sahip olan sonuçları ele almaktadır. Örneğin; ağız hastalıkları diş kaybı nedeniyle meydana gelmiş olabilir. Bu durum çiğneme yetersizliğine (fonksiyonel kısıtlılık) veya protez kullanımına bağlı ağrılara (rahatsızlık) neden olabilmektedir. Ayrıca bu durum istenilen veya ihtiyaç duyulan yiyeceklerin yenmesinde kısıtlamalara neden olabilmektedir. Bu rahatsızlıklar kalabalık ortamda yemek yemeye engel olabilmektedir ve dolayısıyla kişinin ailesinden ve sosyal çevresinden uzak kalmasına (sakatlık) neden olabilmektedir. OHIP'in kullanıldığı epidemiyolojik çalışmalar; eksik dişlerin, tedavi edilmemiş bozuklukların, periodontal ataşman kaybının ve diş bakımı önündeki engellerin sağlık/iyi olma hali üzerinde artan etkileri olduğunu bulmuştur (Slade, 1997; Nuttall ve ark., 2001; Brennan ve Spencer, 2004).

49 sorudan oluşan OHIP, ağız sağlığıyla ilişkili objektif bir çizgi isteyen araştırmacılar ya da hekimler için uygundur. Ancak bazı araştırmacılar 49 sorunun tümünü kullanmayı gerekli görmemişlerdir. Çünkü istatistiksel olarak soru sayısı azaldıkça indeksin güvenilirliğinin de azaldığı bilinmesine rağmen anketin kolay ve basit olması da istenmektedir. Kısa bilgi formlarını tanımlamak için iç güvenilirlik analizi, regresyon analizi ve faktör analizi de dahil olmak üzere çeşitli istatistiksel teknikler kullanılmıştır. OHIP' in kısa versiyonu her boyut için iki soru içerecek şekilde 14 sorudan oluşmaktadır. OHIP-14'ün geçerliliği ve güvenilirliği Slade tarafından onaylanmıştır (Slade, 1997; Nuttall, 2001).

Locker ve Allen ölçeklerin kısaltılma sebeplerini şu şekilde açıklamışlardır:

1. Ölçeklerin cevaplandırılması ve skorlanması uzun zaman alabilir ve klinikte bu kadar uzun zaman ayırmak mümkün olmayabilir.
2. Uzun anketler maliyetin artmasına neden olabilir.

3. Hassas ve yaşılı hasta popölasyonu gibi toplumun bazı kesimleri için anketin uzun formunu cevaplamak zor olabilir.
4. Anketin uzun olması cevaplanmayan soru sayısının artmasına, bu nedenle de daha fazla veri kaybına ve çalışma grubundaki birey sayısının azalmasına neden olabilir (Saub ve ark., 2005).

OHIP-14 ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği Mumcu ve ark. (2006) tarafından yapılmış çalışma ile rapor edilmiştir. Ölçeğin İngilizce' den Türkçe' ye ve Türkçe' den İngilizce' ye iki yönlü olarak çevrilmesinde iki dili de bilen (Türkçe ve İngilizce) küçük bir grup çevirmen tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu grubun içinde birinin anadili İngilizce olmak üzere iki profesyonel çevirmen, dış hekimleri ve tıp doktorları bulunmaktadır.

Tablo 2.2. OHIP-14 ölçeği

	Hiçbir zaman	Ender olarak	Ara sıra	Sıklıkla	Çok sıklıkla
1.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etmekte sorunuz oldu mu?					
2.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?					
3.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?					
4.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?					
5.Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?					
6.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?					
7.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diyetinizin(beslenmenizin) tatmin edici olmadığı oldu mu?					
8.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?					
9.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gevşemede (rahatlama ve dinlenme) zorlandığınız oldu mu?					
10.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?					
11.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınız oldu mu?					
12.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile her zaman yaptığınız işinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?					
13.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici ve keyifsiz olduğu hissine kapıldınız mı?					
14.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?					

2.7. Dental Korku

Korku; sübjektif bir duygu olup, bilinen bir tehlike ya da tehlike olasılığına karşı gösterilen tepki olarak tanımlanmaktadır. Pek çok hasta diş tedavileriyle ilgili korku problemi yaşamaktadır. Bu korkunun kaynağı; zarar görecekları, kontrolleri dışında ve bilinmeyen bir operasyon geçirecekleri düşüncesi ve kazanılmış negatif deneyimlerdir. Dental korku hastada oluşturduğu fizyolojik, düşünsel ve davranışsal farklılıklar sebebiyle gerek ağız sağlığı gerekse genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratarak bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Köroğlu ve Durkan, 2010; Ergüven ve ark., 2013; Ay ve ark., 2014).

Dental korku hastalarda pek çok fizyolojik ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır. Hastalarda, yüz ve bütün vücutta soğuk terleme ve titreme, çenelerde kilitlenme, dişlerin birbirine çarpması, nefes almada düzensizlik, poliüri, baş dönmesi, senkop, göz kararması, ağız kuruluğu, kaslarda spazm ve gerginlik, hiperestezi ve paresteziler ile hipotansiyon ve taşikardi gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Köroğlu ve Durkan, 2010).

Dental korkunun etiolojisinde rol oynayan faktörler; travmatik deneyimler (işlem sırasında oluşan ağrı, uzun süreli yorucu tedaviler), çevre (muayene odası, kullanılan aletlerin sesi ve görüntüsü, ortamın kokusu), düşük ağrı eşiğı, hekimin hastaya yaklaşımı (hastanın ağız sağlığıyla ilişkili eleştiri, duyarsızlık, tedaviyi açıklamada yetersizlik, eksik veya yanlış tedavi), hastanın hekime yaklaşımı (güvensizlik, hekimi yetersiz bulma), sosyal etkileşimlerdir (ebeveyn, kardeş ve arkadaşların negatif etkisi, dramatize edilmiş çizgi filmler ve televizyon programları) (Tunç ve ark., 2005; Ay ve ark., 2014).

Bergen ve arkadaşlarının (1997) yaptığı araştırmalarda diş hekimi korkusunun travmatik deneyimlerle veya sosyal öğrenme ile oluştuğunu vurgulamışlardır.

Stouthard ve Hoogstraten (1987) diş hekimi korkusunu, diş hekimini ziyaret etmeye hazır olma, düzenli olarak diş hekimine gitme, ağız bölgesiyle ilgili olarak diş hekiminin yorum yapması ve tedavi süreci olmak üzere dört alanda araştırmış, özellikle diş hekiminin ağız bölgesiyle ilgili yorum yapmasının ve tedavi sürecinin korkuyu arttırdığını belirtmiştir.

2.8. Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS)

Diş hekimliği pratiğinde anksiyetenin belirlenmesinde başta Corah Dental Korku Skalası (DKS) olmak üzere Modifiye Corah Dental Korku Skalası (MDKS), Spielberg'in Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (DSAE-State-Trait-Anxiety Inventory), Dental Güven Skalası (DGS- Getz's Dental Belief Survey), Fotoğrafik Anksiyete Anketi (FAA), Dental Anksiyete Envanteri (DAE) gibi pek çok ölçek kullanılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda dental hijyen uygulamalarının diğer diş hekimliği prosedürlerine göre farklı bir korku tepkisi uyandırabileceği bulunmuştur (Ay ve ark., 2005; Ay ve ark., 2008).

DKS sık kullanılmasına rağmen dental hijyen korkusunu spesifik olarak yakalayamamaktadır. Dental Hekimi Korku Skalası (DHKS) spesifik olarak bireylerin dental hijyen tedavisine tepkisini ölçmeyi sağlamaktadır (Ay ve ark.,2008).

DHKS, Washington Üniversitesi Diş Hekimliği Kliniği'ndeki araştırmacılar tarafından önerilen diş korkusunun teorik modeline dayanılarak geliştirilmiştir. Orijinal çalışmada dental hijyen hastalarının uygun (n=300) örneklerine uygulanmıştır. Ölçeğin, 0.91 genel alfa katsayısı ile yüksek bir iç tutarlılığa sahip, güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir (Ay ve ark., 2008). DHKS hem periodontal tedavilerin temeli olan diş taşı temizliği ve kök düzleştirilmesi işlemlerine yönelik korku düzeyini değerlendirebilmekte hem de bireyin genel anksiyete düzeyi hakkında bilgi verebilmektedir. DHKS' nın orijinali 16 soru ve dört alt kısımdan (genel anksiyete, belirli bir uyarandan korkma, güvensizlik ve katastrofik korku) oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ay ve ark. tarafından yapılmıştır (2014).

DHKS dört alt grup sorudan oluşmaktadır. Genel anksiyete grubu, birbirinden farklı ve fazla sayıdaki durumu stres oluşturun ve zor bulan hastalardan oluşmaktadır. Spesifik uyarılara korku grubu, dental bir işleme tolerans gösterememe korkusu olan veya dental işlemlerle ağrıyı ilişkilendiren hastaları içermektedir. Güvensizlik grubu, kendisini çaresiz ve kurban gibi hisseden, diş hekim ve/veya sağlık çalışanlarının söylediklerinden veya yaptıklarından şüphe duyan hasta grubunu içermektedir. Katastrofik korku grubu, tedavi sırasında kalp krizi, alerjik reaksiyon gibi kontrolün kaybedilebileceği durumların gerçekleşmesinden korkan hastalardan oluşmaktadır. Her soruya verilen cevaplar Likert tipi skorlama ile değerlendirilmektedir (Ay ve ark., 2005; Şahin ve ark., 2013).

Tablo 2.3. Dental Hijyen Korku Skalası

	hiç	biraz	orta	fazla	Çok fazla
1.Randevu boyunca kontrolün sizde olmaması sizi endişelendiriyor mu?					
2.Diş hekiminizin canınızı yakacağı konusunda endişeleniyor musunuz?					
3.Dişlerinizi temizleme işleminden önce dişlerinizin uyuşturulması sizi korkutuyor mu?					
4.Günler öncesinden diş hekimi randevunuzu düşünerek sıkıntı duyuyor musunuz?					
5.Randevunuz sırasında bayılacağınızı ya da kontrolünüzü kaybedeceğinizi düşünüyor musunuz?					
6.Anestezik iğnenin görüntüsü sizi endişelendiriyor mu?					
7.Anestezik iğnenin batma hissi sizi korkutuyor mu?					
8.Kullanılan aletlerin görüntüsü sizi korkutuyor mu?					
9.Enstrümantasyon sırasında dişlerinizdeki kazıma sesi sizi endişelendiriyor mu?					
10.Diş hekiminizin yapması gereken dental işlemler hakkında tamamen dürüst olmadığı duygusu sizi endişelendiriyor mu?					
11.Diş hekiminizin dişeti hastalığınız olduğunu söylemesinden veya diş sağlığınıza ilgili kötü haberler vermesinden çekiniyor musunuz?					
12.Dişlerinize bakım yolu hakkında diş hekimi tarafından yapılan açıklamalar sizi endişelendiriyor mu?					
13.Dental objeler ağızınızdayken boğulacağınızı düşünüyor musunuz?					
14.Diş hekimi koltuğunda kalp krizinden ötürü ölüm korkusu duyuyor musunuz?					
15.Dental hijyen tedavisinden sağ kurtulamayabileceğiniz düşüncesi sizi endişelendiriyor mu?					
16.Anestezik maddeye karşı reaksiyon gelişmesinden korkuyor musunuz?					

2.9. Sağlık ve Hastalıkta Periodontal Dokular

Dişlerin destek dokularının tümüne periodonsiyum denilmektedir. Dişeti dokusu, periodontal ligament, sement dokusu ve alveolar kemik olmak üzere dört komponentten oluşmaktadır. Periodonsiyumun ana işlevi, dişin çenelerin kemik dokusuna bağlanması ve ağız boşluğundaki çiğneyici mukozanın bütünlüğünün korunmasıdır. Periodonsiyum yaşla birlikte değişiklik gösteren, fonksiyonel değişikliklerle ilişkili morfolojik değişikliklere maruz kalmış gelişimsel, biyolojik ve işlevsel bir birimi teşkil etmektedir (Lindhe ve ark., 2008).

Dişeti anatomik olarak marjinal, yapışık ve interdental dişeti olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Serbest dişeti, dişeti yivi ve gingival marjin arasındaki kısımdır. Genişliği genelde 1mm civarındadır. Serbest dişeti gingival sulkusun yumuşak doku duvarını oluşturmaktadır. Klinik olarak sağlıklı gingival sulkusun 2-3mm sondalanması normal olarak kabul edilmektedir. Ucu künt bir sond ile yapılan ölçümlerde kanama ve pü formasyonu görülmemektedir. Serbest dişeti vücudun göstermiş olduğu metabolik değişikliklerden ve lokal faktörlerden kolayca etkilenmektedir. Sağlıklı dişeti kenarının bıçak sırtı şeklinde sonlanması gerekmektedir. Yapışık dişeti, mukogingival birleşimden dişeti yivine kadar olan bölümdür. Sağlıklı bireylerde yapışık dişeti yüzeyinde kendisine portakal kabuğu görünümü veren stippling olarak adlandırılan girinti çıkıntılar bulunmaktadır. Marjinal dişetinde bu yapı görülmemektedir. Stipplingdeki azalma gingival hastalığın belirtisidir ve iyileşmeye başladığı zaman stippling yapı geri dönmektedir. İnterdental dişeti, iki komşu dişin kontak noktaları arasındaki boşluğu doldurmaktadır ve piramidal şekildedir. Mukogingival birleşimden sonra yapışık dişeti alveolar mukoza ile devam etmektedir. Alveolar mukoza ince, parlak, non-keratinize ve damar bakımından daha zengindir (Fiorellini ve Stathopoulou, 2015).

Normal sağlıklı dişetinin rengi mercan pembesi, uçuk pembe renklidir. Künt aletlerle sağlıklı dişetinin palpasyonunda sıklık hissedilmektedir. Yapışık dişeti altındaki kemik dokusuna sıkı bir şekilde adapte olmuştur, serbest dişeti hafif bir mobilite gösterirken papiller büyük hareketlilik göstermemektedir (Fiorellini ve Stathopoulou, 2015).

Dişeti oluşu sıvısı bağ dokusundan gingival sulkus içerisine doğru sızan bir sıvıdır. Tamamen sağlıklı dişetinde çok küçük miktarda bulunmaktadır. Dişeti

enflamasyonuna paralel olarak miktarında artış olmaktadır (Fiorellini ve Stathopoulou, 2015).

2.10. Gingivitis

Gingivitis, dişeti ile sınırlı klinik enflamasyon belirtileri olan ve ataşman kaybı bulunmayan klinik patolojik bir durumdur. Gingivitisin en erken bulguları dişeti oluğu sıvısı miktarında artış ve sondalamada kanamadır. Gingivitisde vaskülarizasyon artıp keratinizasyon azaldığından rengi daha kırmızı hale gelmektedir. Renk değişikliği genellikle interdental papilden ve marjinden başlayıp yapışık dişetine doğru yayılmaktadır. Hastalıkla birlikte dişeti sıkı kıvamını ve stippling yapısını kaybetmektedir (Fiorellini ve ark., 2015).

2.11. Periodontitis

Periodontitis dental plak mikroorganizmaları, plak mikroorganizmalarının metabolik ürünleri ve bunlara karşı konak immün sisteminin oluşturduğu yanıtla gelişen; periodontal ligament, kemik ve bağ dokusu yıkımını takiben diş kaybıyla sonuçlanabilen enflamatuvar bir hastalıktır (Anderegg ve ark., 1995; Ay ve ark., 2014). Periodontitisleri gingivitisden ayıran en önemli klinik özellik klinik olarak saptanabilen ataşman kaybının olmasıdır. Periodontitisin oluşumunda çok sayıda lokal ve çevresel faktör rol oynasa da primer etiyolojik ajan mikrobiyal dental plaktır (Carranza, 1996; Kıran ve ark., 2005; Lindhe, 2008).

Kronik periodontitis, gingivitisle başlayıp tedavi edilmediği durumlarda ataşman ve kemik kaybına yol açan kronik iltihabi bir hastalıktır. Kronik periodontitis diğer periodontitis tiplerine göre daha sık görülen ve daha yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Yıkım uzun sürede gerçekleşir ve mikrobiyal dental plakla doğru orantılıdır (Greenstein, 2000; Breivik ve ark., 2000; Lindhe ve Kinane, 2008; Dommisch ve Kerschull, 2015). Kronik periodontitiste klinik olarak diştaşı, supragingival ve subgingival plak birikimi söz konusudur. Dişetinde şişlik, kızarıklık ve stripping yapının kaybı mevcuttur. Gingival marjinlerin formunda değişiklik olabilmektedir. Cep oluşumu, ataşman kaybı, kemik kaybı, sondalamada kanama başlıca görülen bulgularıdır. Furkasyonun açığa çıkması, diş mobilitesinin artması, dişin pozisyonunda değişim ve son olarak diş kaybıyla sonuçlanabilen bir hastalıktır. Kronik periodontitis genellikle ağrısız seyreder. Açığa çıkmış kök yüzeylerinde sıcak veya soğuğa karşı hassasiyet sonucu ya da çürük oluşumu

sonucu ağrı görülebilmektedir. Kronik periodontitis, periodontal dokuların etkilenme miktarına göre ikiye ayrılmaktadır. Ağızdaki mevcut yüzeylerin %30'undan azında ataşman ve kemik kaybı varsa lokalize kronik periodontitis, %30'undan daha fazlasında ataşman ve kemik kaybı varsa generalize kronik periodontitis olarak adlandırılmaktadır. Şiddetine göre sınıflandırıldığında; 1-2 mm klinik ataşman kaybı varlığında hafif, 3-4 mm klinik ataşman varlığında orta, 5mm ve daha fazla ataşman kaybı varlığında şiddetli kronik periodontitis olarak adlandırılmaktadır (Dommmisch ve Kebschull, 2015).

Sistemik olarak sağlıklı olan bireylerde periodontal ligamentin ve alveolar kemiğin hızlı kaybıyla karakterize formuna agresif periodontitis denilmektedir. Agresif periodontitis, kronik periodontitisten başlangıç yaşı, hastalığın ilerleme hızı, plağın içeriği, konak immün cevabındaki değişiklikler ve kalıtsal geçiş göstermesiyle ayırt edilmektedir. Generalize agresif periodontitis, birinci molar ve kesiciler haricinde en az üç daimi dişin daha etkilendiği generalize interproksimal ataşman kaybı olarak tanımlanmıştır. Plak miktarı lokalize agresif periodontitisteki gibi azdır, yıkımla orantılı değildir. Bu formda iki tip dişeti cevabı görülebilmektedir. Birincisi şiddetli akut enflame dokudur ki genellikle prolifer, ülser ve ateş kırmızısı renktedir. Spontan ya da hafif uyarıda kanama olabilir. Süpürasyon önemli bir bulgu olabilir. Bu doku cevabı yıkıcı safhada oluşmaktadır ve bu dönemde aktif ataşman ve kemik kaybı bulunmaktadır. İkincisinde ise dişeti pembe ve enflame değildir ayrıca pürüzlü yapısını kaybetmemiş olabilir. Bu ılımlı görüntüsüne rağmen sondalamada derin cepler ortaya çıkabilmektedir. Bu dönem kemik seviyesinin sabit kaldığı hastalığın remisyon dönemidir (Kebschull ve Dommmisch, 2015).

Lokalize agresif periodontitiste etkilenmiş dişlerden biri birinci molar olmak üzere en az iki daimi dişte interproksimalde ataşman kaybı olmaktadır. Lokalize form enfekte edici ajanlara karşı güçlü antikor yanıt oluşturmaktadır. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.) primer patojendir. Plak miktarı azdır ve yıkımla orantılı değildir. Lokalize agresif periodontitisin en belirgin özelliği periodontal ceplerin varlığına rağmen klinik enflamasyonun eksikliğidir. Diğer klinik özellikleri; maksiller kesicilerin migrasyonu ve diastema oluşması, birinci molarlarda mobilite artışı, çıplak kök yüzeylerinin termal ve dokusal uyarılara hassasiyeti ve çiğneme sırasında derin künt yayılan ağrının görülmesidir. Periodontal apse oluşumu da gözlemlenebilmektedir (Kebschull ve Dommmisch, 2015).

2.12. Periodontal Hastalıkların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Periodontal hastalık toplumda farklı şiddette büyük oranda rastlanan ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bilinen bir ağız sağlığı sorunudur. Periodontal ataşman ve alveolar kemiği kapsayan diş destek dokularında yıkıma yol açan periodontitis, ileri olgularda diş kaybına da sebep olabilmektedir. Ayrıca dişetlerinde kanama ve kötü ağız kokusunun yanı sıra dişeti çekilmesine, dişlerde sallanmalara, diş hassasiyetine ve bir takım davranışsal kısıtlılıklara ya da duygusal rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Ağız sağlığı tat hissini etkileyebildiği, yemek yerken ağrıya neden olabildiği dolayısıyla rahat çiğnemeyi engellediği ve fiziksel başka bir takım engellemeler yaratabileceği için yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Akboyun ve ark., 2011).

Periodontal hastalığın bireyler üzerindeki etkisi genellikle sondalama derinliği, ataşman seviyesi gibi objektif klinik parametreler kullanılarak tanımlanmaktadır. Ancak periodontal hastalık, enflamasyon ve periodonsiyumda yarattığı yıkım nedeniyle çok sayıda klinik bulgu vermektedir ve bu bulguların günlük yaşam ve yaşam kalitesi üzerine etkileri bulunmaktadır (Locker, 1988).

Periodontal tedavinin ilk amacı hastalığın sebep olduğu doku kaybını durdurmak ve kaybedilen diş destek dokularını tekrar yerine koymaktır. Bu amaçla cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi tekniklerinden yararlanılmaktadır. Özellikle ileri ataşman kayıpları ile karakterize şiddetli periodontitisin tedavisinde periodontal cerrahi tedavi yöntemlerine sıklıkla başvurulmaktadır. Periodontal cerrahi girişim sonrasında özellikle ağızda dikişlerin bulunduğu ilk hafta hasta konforu açısından büyük önem taşımaktadır. Bu dönemde hastaların yaşam kalitesini etkileyebilecek pek çok faktör mevcuttur, bunların bazıları: yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, anksiyete (Akboyun ve ark., 2011).

Hastalık ve tedavi değerlendirilmesinde, ataşman kazancı veya enflamasyonun gerilemesi gibi bir takım objektif klinik gözlemlere ek olarak, tamamen sübjektif karakterli hasta algısının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastaların yaptığı bu sübjektif ölçümler hastaların bakış açısıyla tedavinin ve hastalığın değerlendirilmesini yaparak konvansiyonel klinik ölçümleri tamamlayıcı rol oynamaktadır. Hasta odaklı değerlendirmelerin, periodontal hastalıktaki objektif değişikliklere göre bireylerin günlük yaşantısı üzerinde daha anlamlı etkisi olduğu

yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Ayrıca hekimin hasta üzerindeki bu etkenler hakkında bilgi sahibi olması, hastanın beklentilerini daha iyi anlamasını sağlamaktadır. Bu sayede hem klinik açıdan hem de hasta algısı açısından daha başarılı tedavilerin yapılması mümkün olacaktır (Hujoel, 2004; Ng ve Leung, 2006; Akboyun ve ark., 2011; Tsakos ve ark., 2012; Jansson, 2013).

Periodontal hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren bir takım çalışmalar yapılmıştır (Needleman ve ark., 2004; Ng ve Leung, 2006). Ng ve Leung' un (2006) OHIP-14 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, şiddetli ve düşük ataşman kaybı olmak üzere hastalar gruplandırılmıştır. Hastaların kendilerinin rapor ettiği periodontal semptomlar ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucu olarak da ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ve periodontal semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

3.MATERYAL VE METOT

Çalışmamız için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne kontrol ve tedavi amacıyla başvuran toplam 1326 birey değerlendirildi. 103 birey çalışmaya katılmayı reddettiği için geriye kalan 1223 bireyin 93'ü de formları tam olarak dolduramadığı için çalışmadan çıkartıldı. Kalan bireylerden klinik değerlendirme sırasında gruplarımıza ait kriterlere uymadıkları için çalışma dışı bırakılan 380 birey sonrası 750 birey (250 sağlıklı, 250 gingivitisli, 250 generalize kronik periodontitisli) ile çalışma tamamlandı.

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamızın başlangıcında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulundan OMÜ KAEK 2015/414 karar no ile yazılı onay alındı.

Araştırmamızda OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne başvuran tüm katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılarak onamları alındı. Onamları alınan bireylere sosyo-demografik verileri içeren anket, OHIP-14 ölçeği ve DHKS ölçeğini içeren formlar verilerek doldurmaları istendi. Ardından yapılan periodontal muayenede Silness&Löe plak indeksi (Pİ), Löe&Silness gingival indeksi (Gİ), cep derinliği (CD), klinik ataşman seviyesi (KAS) ölçümleri kaydedilerek bireylerin periodontal durumları belirlendi.

Araştırma kriterlerine uygun olarak generalize kronik periodontitis hastalığı olan bireylerden, gingivitis hastalığı olan bireylerden ve sağlıklı bireylerden oluşan üç grup oluşturuldu.

3.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Generalize Kronik Periodontitis hastası grup için;

1. Okur-yazar olması
2. Bireyin 18 yaş üstü olması
3. Herhangi bir sistemik hastalığının olmaması ve herhangi bir sebepten dolayı ilaç kullanıyor olmaması, kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması
4. Hamile olmaması veya laktasyon döneminde olmaması
5. Çalışmamıza dahil olduğu gün ve öncesindeki 6 aylık süreçte OMÜ Periodontoloji Kliniği'nde veya başka bir klinikte periodontal tedavisine başlanmış yarım bırakılmış ya da halen periodontal tedavi altında olmaması

6. Ağızda mevcut dişlerin %30'undan fazlasında cep derinliğinin ≥ 4 mm olması ve klinik ataşman seviyesi ≥ 5 mm olması

7. Radyolojik olarak kemik kaybının gözlenmesi

Gingivitis hastası grup için;

1. Okur-yazar olması

2. Bireyin 18 yaş üstü olması

3. Herhangi bir sistemik hastalığının olmaması ve herhangi bir sebepten dolayı ilaç kullanıyor olmaması, kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması

4. Hamile olmaması veya laktasyon döneminde olmaması

5. Çalışmamıza dahil olduğu gün ve öncesindeki 6 aylık süreçte OMÜ Periodontoloji Kliniği'nde veya başka bir klinikte periodontal tedavisine başlanmış yarım bırakılmış ya da halen periodontal tedavi altında olmaması

6. Ağızda mevcut dişlerin cep derinliği ≤ 3 mm olması ve ataşman kaybı olmaması

7. Dişetinde kronik enflamasyonun mevcut olması

8. Radyolojik olarak kemik kaybı olmaması

Periodontal sağlıklı grup için;

1. Okur-yazar olması

2. Bireyin 18 yaş üstü olması

3. Herhangi bir sistemik hastalığının olmaması ve herhangi bir sebepten dolayı ilaç kullanıyor olmaması, kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması

4. Hamile olmaması veya laktasyon döneminde olmaması

5. Çalışmamıza dahil olduğu gün ve öncesindeki 6 aylık süreçte OMÜ Periodontoloji Kliniği'nde veya başka bir klinikte periodontal tedavisine başlanmış yarım bırakılmış ya da halen periodontal tedavi altında olmaması

6. Ağızda mevcut dişlerin cep derinliği ortalaması en fazla ≤ 3 mm olması ve ataşman kaybı olmaması

7. Radyolojik olarak kemik kaybı olmaması

8. Dişeti enflamasyon bulgularının olmaması

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Demografik Veriler

Bireylere uygulanan anket formlarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, aylık gelir, sigara tüketim alışkanlıkları sorgulandı (Ek 2).

3.3.2. Dental Özgeçmiş, Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyi

Bireylere diş fırçalama sıklığı, ek oral hijyen araçlarını (diş ipi, kürdan, ara yüz fırçası, gargara, diş tozu) kullanıp kullanmadığı, diş hekimine gitme sıklığı, ilk diş hekimine gitme yaşı, son altı ay içinde diş hekimine gidip gitmediği soruldu. Bunların yanında ağız sağlığı ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyini ölçmek için diş plağının ne olduğunu, plağın neye sebep olduğunu, çürüğün ne olduğunu, diş taşının ne olduğunu, fırçalarken oluşan kanamanın neyin belirtisi olduğunu, diş ve dişeti hastalığının sebebinin ne olduğunu ve nasıl önlenebileceğini, fırçalamanın en önemli zamanını bilip bilmedikleri anket sistemiyle sorgulandı (Ek 1).

3.3.3. Ağız Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Mumcu ve ark. (2006) tarafından yapılan OHIP-14 ölçeği kullanıldı. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha değeri 0.94'tür. Ölçek 14 sorudan oluşmakta ve bireyi fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engellilik olmak üzere yedi boyutta değerlendirmektedir (Slade, 1997; Allen, 2003). Cevaplar Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Bireyler ölçekteki soruları 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=çok sık) biri seçilerek cevaplandırdı (Slade, 1997; Allen, 2003; Başol ve ark., 2014).

3.3.4. Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi

DHKS 16 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ay ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha değeri 0,91'dir. Cevaplar Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Bireyler ölçekteki soruları 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=çok sık) birini seçilerek cevaplandırdı (Slade, 1997; Allen, 2003; Başol ve ark., 2014).

3.3.5. Periodontal Değerlendirme

Bireylerin periodontal sağlık veya hastalık durumlarının tespiti için tüm ağız klinik ölçümler yapıldı ve periodontal parametreler kaydedildi. Araştırma dahilindeki ölçümlerin birbirini etkilememesi için ölçümler tek bir klinik araştırmacı tarafından yapıldı. Aşağıdaki parametreler değerlendirilerek gruplar oluşturuldu.

Plak İndeks (PI) Ölçümü:

Mikrobiyal dental plak miktarını dişleri altı bölgesinde (bukkal, lingual/palatinal, mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual ve distolingual) yapılan Silness&Löe plak indeksi ile değerlendirildi (Silness ve Löe ,1964). Periodontal sond dişeti kenarına yakın bölgede diş yüzeyine paralel olarak dişeti oluğu bölgesinde gezdirilerek biriken plak miktarı ölçüldü. Kullanılan indeks sistemine göre skarlama aşağıdaki gibidir:

- 0: Dişeti bölgesinde plak yoktur.
- 1: Serbest dişeti kenarında ve komşu diş yüzeyinde film halinde, sadece sond ile fark edilebilen plak vardır.
- 2: Dişeti cebi içerisinde ve dişeti kenarında ve/veya komşu diş yüzeyinde gözle görülebilen orta derecede yumuşak eklenti vardır.
- 3: Dişeti cebi içerisinde ve/veya dişeti kenarında ve komşu diş yüzeyinde yoğun yumuşak eklenti veya diştaşı vardır.

Gingival İndeks (GI) Ölçümü:

Dişeti iltihabının varlığı ve şiddetinin saptanabilmesi için Löe ve Silness Gingival indeksi kullanıldı (Löe ve Silness, 1963). Dişlerin vestibül, lingual/palatinal, mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual ve distolingual olmak üzere altı bölgesinden ölçüm yapılarak değerlendirildi. Periodontal sond dişin uzun aksına dik olacak şekilde dişeti kenarına temas edilerek diş yüzeyinde gezdirilerek dişetindeki kanama, ödem ve renk değişiklikleri değerlendirilerek skarlama yapılır. Kullanılan indeks sistemine göre skarlama aşağıdaki gibidir:

- 0: Sağlıklı dişeti; enflamasyon, renk değişikliği ve kanama yoktur.
- 1: Hafif enflamasyon, hafif renk değişikliği ve ödem vardır. Sondalamada kanama yoktur.
- 2: Orta dereceli enflamasyon, dişeti parlak, kırmızı ve ödemlidir. Sondalamada kanama vardır.

3: Şiddetli enflamasyon, belirgin kırmızılık ve ödem, spontan kanamaya eğilim ve ülserasyon vardır.

Cep Derinliği (CD) Ölçümü:

Cep derinliğini belirlemede Williams periodontal sondu kullanıldı. Ölçüm sırasında sonda basınç uygulanmadan kendi ağırlığıyla dişin uzun eksenine paralel konumlandırılarak kullanıldı. Bütün dişlerin bukkal lingual/palatinal, mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual ve distolingual olmak üzere altı bölgesinden cep derinliği ölçümleri yapılarak milimetre cinsinden kaydedildi.

Klinik Ataşman Seviyesi (KAS) Ölçümü:

Klinik ataşman kaybı ölçümü mine-sement sınırı ve dişeti cebi tabanı arasındaki mesafeyi her dişin altı bölgesinde (meziobukkal, midbukkal, distobukkal, meziolingual, midlingual, distolingual) milimetre cinsinden ölçülerek kaydedildi. Her birey için tüm ağızdaki dişlerden kaydedilen periodontal parametre ölçümlerinin tüm ağız ortalamaları alınarak bireye ait ortalamalar istatistiksel değerlendirmede kullanıldı.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ile Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel veriler ortanca (min-mak) şeklinde, nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

4.BULGULAR

4.1. Demografik Verilerle İlişkili Sonuçlar

Çalışmaya 377 kadın ve 373 erkek olmak üzere 750 kişi katıldı. Gruplara göre cinsiyet dağılımları arasında fark bulunmadı ($p=0,304$). Sağlıklı grupta yer alan hastaların %49,6'sı kadın iken gingivitis grubunda bu oran %47,2 ve periodontitis grubunda da %54 olarak elde edildi. (Tablo 4.1) Gruplara göre yaş ortanca değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,001$). Sağlıklı gruptaki bireylerin ortanca yaş değeri 31(18-60) iken gingivitis grubunda 35(18-66) ve periodontitis grubunda da 48(22-61) olarak bulundu. Periodontitis grubundaki bireylerin ortanca yaş değerleri diğer gruplardan daha yüksek ($p=0,000$) olduğu belirlenirken, gingivitis ve sağlıklı gruptaki bireylerin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,680$).

Medeni durum ise gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta evli olanların oranı %46,4, gingivitis grubunda yer alan hastalarda evli oranı %50,4 ve periodontitis grubunda da %85,2 olarak belirlendi. Benzer şekilde eğitim durumu da gruplara göre farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ilköğretim mezunlarının oranı %5,6, lise mezunlarının oranı %10,8, üniversite mezunlarının oranı %54,8 ve lisansüstü mezunlarının oranı da %28,8 olarak belirlendi. Gingivitis grubunda ilköğretim mezunlarının oranı %25,6, lise mezunlarının oranı %22,8, üniversite mezunlarının oranı %45,2 ve lisansüstü mezunlarının oranı da %6,4 olarak belirlendi. Periodontitis grubunda ilköğretim mezunlarının oranı %41,2, lise mezunlarının oranı %30, üniversite mezunlarının oranı %26,8 ve lisansüstü mezunlarının oranı da %2 olarak belirlendi. Eğitim düzeyi arttıkça periodontal sağlıklı olma oranının arttığı görüldü. Aylık gelir dağılımlarının gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı %6, 1000-2000 TL arasında olanların oranı %22,8 ve 2000 TL'den fazla olanların oranı da %71,2 olarak belirlendi. Gingivitis grubunda aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı %24, 1000-2000 TL arasında olanların oranı %34,8 ve 2000 TL'den fazla olanların oranı da %41,2'dir. Periodontitis grubunda aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı %20, 1000-2000 TL arasında olanların oranı %36,8 ve 2000 TL'den fazla olanların oranı da %43,2 olarak belirlendi. (Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Gruplara göre demografik verilerin karşılaştırılması

	Sağlıklı	Gingivitis	Periodontitis
Cinsiyet			
Kadın	124 (49,6)	118 (47,2)	135 (54)
Erkek	126 (50,4)	132 (52,8)	115 (46)
Test İstatistiği		$\chi^2=2,379$	
p		0,304	
Medeni Durum			
Evli	116 (46,4)	126 (50,4)	213 (85,2)
Bekar	134 (53,6)	124 (49,6)	37 (14,8)
Test İstatistiği		$\chi^2=95,426$	
p		<0,001	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	14 (5,6)	64 (25,6)	103 (41,2)
Lise	27 (10,8)	57 (22,8)	75 (30)
Üniversite	137 (54,8)	113 (45,2)	67 (26,8)
Lisansüstü	72 (28,8)	16 (6,4)	5 (2)
Test İstatistiği		$\chi^2=195,406$	
p		<0,001	
Aylık Gelir			
<1000 TL	15 (6)	60 (24)	50 (20)
1000-2000 TL	57 (22,8)	87 (34,8)	92 (36,8)
>2000 TL	178 (71,2)	103 (41,2)	108 (43,2)
Test İstatistiği		$\chi^2=63,031$	
p		<0,001	

χ^2 : Kikare test istatistiği

4.2. Ağız Bakım Alışkanlıkları, Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyiyle İlgili Soruların Değerlendirilmesi

Diş fırçalama sıklığının gruplara göre farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grubundaki bireylerin %71,6'sı, gingivitis grubundaki bireylerin %44,8'i ve periodontitis grubundaki bireylerin de %38,4'ü günde 2 ve üzeri fırçalama yaptığı tespit edildi. (Tablo 4.2a)

Kullanılan ilave bakım araçlarının gruplara göre farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Diş ipi kullanımı sağlıklı grupta %72,7, gingivitis grubunda %29,3 ve periodontitis grubunda da %20,9 olarak belirlendi. Sağlıklı grupta diş ipi kullanım oranının daha yüksek olduğu belirlendi. Sağlıklı grup içerisinde yine en fazla kullanılan

ilave bakım aracının diş ipi olduğu belirlendi. Kürdan kullanımı periodontal sağlıklı grupta %23,2, gingivitis grubunda %51,1 ve periodontitis grubunda da %50,5 olarak tespit edildi. Kürdan kullanım oranının sağlıklı grupta diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi. Ara yüz fırçası kullanım oranlarının gruplara göre farklılık gösterdiği tespit edildi. Tüm gruplar içerisinde ara yüz fırçası kullanım oranı; diş ipi, kürdan ve gargara kullanımıyla karşılaştırıldığında en düşük olarak bulundu. Gargara kullanımı sağlıklı grupta %52,7 iken gingivitis grubunda %31 ve periodontitis grubunda %36,3 olarak belirlendi. Sağlıklı grupta gargara kullanım oranı anlamlı derecede yüksek olarak bulundu. Diş tozu kullanım oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. (Tablo 4.2a)

Diş hekimine gitme sıklığının gruplara göre farklılık gösterdiği bulundu ($p<0,001$). Sağlıklı grupta düzenli olarak diş hekimine gitme oranı %38,8 iken gingivitis grubunda %6,4 ve periodontitis grubunda da %8,8 olarak belirlendi. (Tablo 4.2a)

En son diş hekimine gitme zamanlarına göre gruplar arasında farklılık tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta son 1 yıl içerisinde diş hekimine gidenlerin oranı %83,6 iken gingivitis grubunda %53,2 ve periodontitis grubunda da %58,8 olarak tespit edildi. (Tablo 4.2a)

Gruplara göre ilk diş hekimine gitme yaşları arasında fark bulundu ($p<0,001$). Periodontal sağlıklı grubunda ortalanca yaş 10 iken gingivitis grubunda 15 ve periodontitis grubunda da 19 olarak belirlendi. İlk diş hekimine gitme yaşı periodontitis grubunda diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek bulundu. (Tablo 4.2a)

Sigara kullanımına evet cevabı veren bireylerin gruplara göre dağılımı arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,197$). Ancak günlük kullanılan sigara adetleri periodontal sağlık durumuna göre ayrılan gruplarımızda farklılık gösterdi ($p=0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubunda ortalanca değer 10 iken periodontitis grubunda ortalanca değer 15 olarak bulundu. Periodontitis grubu ortalanca değeri sağlıklı gruptan anlamlı derecede yüksek bulundu. (Tablo 4.2b)

Tablo 4.2a. Gruplar arasında ağız bakım alışkanlıklarının, diş hekimine gitme sıklıklarının, ilk diş hekimine gitme yaşının karşılaştırılması

	Sağlıklı	Gingivitis	Periodontitis
Diş Fırçalama Sıklığı			
Fırçalamıyor/Düzensiz	0 (0)	24 (9,6)	52 (20,8)
Günde 1	71 (28,4)	114 (45,6)	102 (40,8)
Günde 2 ve üzeri	179 (71,6)	112 (44,8)	96 (38,4)
Test İstatistiği	$\chi^2=93,828$		
p	<0,001		
Kullanılan İlave Bakım Araçları			
Diş ipi	160 (72,7)a	54 (29,3)b	38 (20,9)b
Kürdan	51 (23,2)a	94 (51,1)b	92 (50,5)b
Arayüz fırçası	40 (18,2)	22 (12)	35 (19,2)
Gargara	116 (52,7)a	57 (31)b	66 (36,3)b
Diş tozu	1 (0,5)	6 (3,3)	2 (1,1)
Test İstatistiği	$\chi^2=204,825$		
p	<0,001		
Diş Hekimine Gitme Sıklığı			
Yakınma olunca	72 (28,8)	153 (61,2)	151 (60,4)
Ara sıra	81 (32,4)	81 (32,4)	77 (30,8)
Düzenli	97 (38,8)	16 (6,4)	22 (8,8)
Test İstatistiği	$\chi^2=124,726$		
p	<0,001		
En Son Diş Hekimine Gitme Zamanı			
Son 1 yıl içinde	209 (83,6)	133 (53,2)	147 (58,8)
1 yıldan daha uzun süre	41 (16,4)	117 (46,8)	103 (41,2)
Test İstatistiği	$\chi^2=57,683$		
p	<0,001		
İlk diş hekimine gitme yaşı	10 (2-33)a	15(1-40)a	19 (1-60)b
Test istatistiği	$\chi^2=125,151$		
P	<0,001		

Frekans (yüzde), χ^2 : Kikare test istatistiği

Tablo 4.2b. Gruplar arasında sigara kullanan bireylerin dağılım oranları ve sigara kullananlar arasındaki günlük içilen sigara adedi ortanca değerlerinin karşılaştırılması

	Sağlıklı	Gingivitis	Periodontitis
Sigara Kullanan kişi sayısı (%)			
Evet	56 (%22,4)	56 (%22,4)	71 (%28,4)
Hayır	194 (%77,6)	194 (%77,6)	179 (%71,6)
Test İstatistiği	$\chi^2=3,253$		
P*	0,197		
Günlük içilen sigara adedi	10 (1-20)a	10 (1-40)ab	15 (1-40)b
Test istatistiği	$\chi^2=14,708$		
P**	0,001		

*: Frekans (yüzde), χ^2 Kikare test istatistiği

** : Ortanca (min-mak), χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Sizce diş plağı nedir sorusuna %49,9 oranla en çok doğru yanıtı veren sağlıklı gruptaki bireyler olurken %20,1 oranla en az doğru yanıt veren periodontitis grubundaki bireyler oldu. Plak ne yapar sorusuna %45,9 oranla en fazla doğru yanıtı veren sağlıklı gruptaki bireyler verirken periodontitis grubu %50,6 oranla bu soruya bilmiyorum yanıtı verdiği belirlendi. Diş taşı nedir sorusuna tüm gruplar çoğunlukla doğru yanıt verirken en fazla doğru yanıt veren yine sağlıklı grup oldu. Diş fırçalarken oluşan kanama neyin belirtisidir sorusuna tüm gruplar çoğunlukla doğru yanıt verirken soruyu bilemeyenler %67,1 oranı ile en yüksek periodontitis grubunda olduğu belirlendi. Diş ve dişeti hastalığının sebebinin sorgulandığı soruda doğru cevabı %58,8 oranla en fazla veren sağlıklı grup oldu. Bilemeyenlerin %51,4'ünü periodontitis grubu oluşturdu. Diş ve dişeti hastalığını nasıl önleriz sorusuna tüm gruplarda yüksek oranda doğru yanıt verildiği belirlendi. Fırçalamanın en önemli zamanı nedir sorusuna da tüm gruplarda yüksek oranda doğru yanıt verildiği belirlendi. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Gruplar arasında ağız diş sağlığı bilgi ve bilinç düzeyinin karşılaştırılması

Ağız diş sağlığı bilinç düzeyi soruları	Sağlıklı n(%)	Gingivitis n(%)	Periodontitis n(%)	Toplam n(%)	P χ^2
Sizce diş plağı nedir?					
Dişlerdeki boyanma	5(12,2)	14(34,1)	22(53,7)	41(100)	0,000
Dişler üzerindeki yumuşak eklenti*	228(49,9)	137(30)	92(20,1)	457(100)	161,919
Bilmiyorum	17(6,7)	99(39,3)	136(54)	252(100)	
Sizce plak ne yapar?					
Dişleri boyar	1(7,1)	8(57,1)	5(35,7)	14(100)	
Diş çürüğü ve/veya dişeti hastalığı*	231(45,9)	145(28,8)	127(25,2)	503(100)	0,000
Bilmiyorum	18(7,7)	97(41,6)	118(50,6)	233(100)	113,733
Sizce çürük nedir?					
Dişlerdeki boyanma	7(23,3)	9(30)	14(46,7)	30(100)	
Dişlerin yıkımı*	236(38,8)	204(33,5)	169(27,8)	609(100)	0,000
Dişlerin sallanması	2(7,7)	10(38,5)	14(53,8)	26(100)	63,032
Bilmiyorum	5(5,9)	27(31,8)	53(62,4)	85(100)	
Sizce diş taşı nedir?					
Dişlerin boyanması	0(0)	3(75)	1(25)	4(100)	
Dişler üzerindeki yumuşak eklenti	2(12,5)	6(37,5)	8(50)	16(100)	0,000
Dişler üzerindeki sert eklenti*	242(38,2)	205(32,4)	186(29,4)	633(100)	52,440
Bilmiyorum	6(6,2)	36(37,1)	55(56,7)	97(100)	
Diş fırçalarken oluşan kanama neyin belirtisidir?					
Diş çürüğü	0(0)	5(62,5)	3(37,5)	8(100)	0,000
Dişeti hastalığı*	247(36,3)	228(33,5)	205(30,1)	680(100)	47,391
Bilmiyorum	3(4,8)	17(27,4)	42(67,1)	62(100)	
Diş ve dişeti hastalığının sebebi nedir?					
Diş plağı*	157(58,8)	67(25,1)	43(16,1)	267(100)	0,000
Diş taşı	72(30,5)	84(35,6)	80(33,9)	236(100)	155,413
Bilmiyorum	21(8,5)	99(40,1)	127(51,4)	247(100)	

*: Sorunun doğru cevabı

Tablo 4.3 (devam). Gruplar arasında ağız diş sağlığı bilgi ve bilinç düzeyinin karşılaştırılması

Diş ve dişeti hastalığını nasıl önleriz?					
Düzenli ağız bakımı ve/veya diş hekimine giderek*	249(36,1)	230(33,4)	210(30,5)	689(100)	0,000
İlaç olarak	0(0)	2(40)	3(60)	5(100)	40,862
Bilmiyorum	1(1,8)	18(32,1)	37(66,1)	56(100)	
Fırçalamanın en önemli zamanı nedir?					
-Sabah	13(11,8)	33(30)	64(58,2)	110(100)	0,000
-Öğle	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	3(100)	49,058
-Yatmadan önce*	229(38,3)	199(33,3)	170(28,4)	598(100)	
-Bilmiyorum	7(17,9)	17(43,6)	15(38,5)	39(100)	

*: Sorunun doğru cevabı

Gruplara göre toplam doğru ortalama değerleri arasında fark bulundu ($p<0,001$). Sağlıklı grup ortalama değer 8 iken gingivitis grubunda 6 ve periodontitis grubunda da 5 olarak bulundu. En düşük ortalama değer periodontitis grubunda iken en yüksek ortalama değer sağlıklı grupta elde edildi ve tüm grupların ortalama değerlerinin birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu belirlendi. (Tablo 4.4) Gruplara göre yüzde doğru ortalama değerleri arasında fark tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grubunda ortalama değer 100 iken gingivitis grubunda 80 ve periodontitis grubunda da 60 olarak elde edildi. En düşük ortalama değer periodontitis grubunda iken en yüksek ortalama değer sağlıklı grubunda elde edildi ve tüm grupların ortalama değerleri birbirinden farklı olarak bulundu. (Tablo 4.4)

Tablo 4.4. Gruplara göre ağız diş sağlığı bilgi ve bilinç düzeyi sorularına doğru cevap verenlerin toplam ve yüzde oranlarının karşılaştırılması

	Toplam doğru	Yüzde doğru
Gruplar		
Sağlıklı	8 (1 - 8)a	100 (10 - 100)a
Gingivitis	6 (0 - 8)b	80 (0 - 100)b
Periodontitis	5 (0 - 8)c	60 (0 - 100)c
Test İstatistiği	$\chi^2=237,994$	$\chi^2=237,994$
p	<0,001	<0,001

Ortanca (min-mak), χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Gruplara göre ağız diş sağlığı farkındalık düzeylerini belirten cevapların farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Sağlıklı gruptakilerden iyi diyenlerin oranı %58 iken gingivitis grubunda iyi oranı %17,6 ve periodontitis grubunda da %13,2 olarak bulundu. Gingivitis ve periodontitis grubunda ağız ve diş sağlığı durumlarının kötü olduğunu ifade edenlerin oranları sağlıklılara göre daha yüksek bulundu. (Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Gruplara göre ağız diş sağlığı farkındalık düzeyinin karşılaştırılması

	Sağlıklı	Gingivitis	Periodontitis
Ağız-Diş Sağlığı			
Mükemmel	23 (9,2)	9 (3,6)	8 (3,2)
İyi	145 (58)	44 (17,6)	33 (13,2)
Orta	71 (28,4)	133 (53,2)	129 (51,6)
Kötü	11 (4,4)	64 (25,6)	80 (32)
Test İstatistiği	$\chi^2=185,734$		
p	<0,001		

χ^2 : Kikare test istatistiği

4.3. Klinik Bulgular, OHIP-14 ve DHKS Skorlarının Değerlendirilmesi

Pİ ölçümleri gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortalanca değer 0,8 iken gingivitis grubunda 1,4 ve periodontitis grubunda da 1,8 olarak tespit edildi. Tüm grupların Pİ ölçümleri ortalanca değerleri farklılık göstermektedir. En yüksek ortalanca değer periodontitis grubunda yer alırken en düşük değer sağlıklı grubunda yer almaktadır. (Tablo 4.6)

Gİ ölçümleri gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortalanca değer 0,7 iken gingivitis grubunda 1,3 ve periodontitis grubunda da 1,7 olarak elde edildi.

Tüm grupların ortalama GI ölçümleri farklılık gösterdi. En yüksek ortalama değer periodontitis grubunda yer alırken en düşük değer sağlıklı grupta yer aldı. (Tablo 4.6)

KAS ölçümleri ortalama değerleri gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). En yüksek KAS ölçümleri periodontitis grubunda yer alırken en düşük ölçümler sağlıklı grupta yer aldı. Sağlıklı grupta ortalama değer 1,3 iken gingivitis grubunda 1,9 ve periodontitis grubunda da 5 olarak elde edildi. Tüm grupların KAS ölçümleri ortalama değerleri farklılık gösterdi. (Tablo 4.6)

Tüm grupların CD ölçümleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ve periodontitis grubunun ortancası en yüksek, sağlıklı grubunun ise en düşük olarak ölçüldü ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortalama değer 1,3 iken gingivitis grubunda 1,9 ve periodontitis grubunda da 4,4 olarak elde edildi. (Tablo 4.6)

Bireylerin ağızlarındaki diş sayısı gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortalama değer 28 iken gingivitis grubunda 27 ve periodontitis grubunda da 21 olarak elde edildi. En yüksek ortalama değer sağlıklı grupta yer alırken en düşük değer periodontitis grubunda yer aldı. (Tablo 4.6)

OHIP-14 ölçek puanları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortalama değer 8 iken gingivitis grubunda 10 ve periodontitis grubunda da 16 olarak elde edildi. Periodontitis grubu ortalama değerleri diğer gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek elde edildi. (Tablo 4.6)

Fiziksel yetersizlik puan dağılımlarının gruplara göre farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubundaki bireylerde ortalama değer 0 olarak elde edildi. Periodontitis grubunda ise ortalama değer 1 olarak tespit edildi ve bu grubun ortalama değeri diğerlerinden daha yüksek tespit edildi (Tablo 4.6)

Engeli olma hali puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubundaki bireylerde ortalama değer 0 olarak tespit edildi. Fakat sağlıklı grupta ortalama sıra değeri 278,2 iken gingivitis grubunda 343,6 olarak tespit edildi. Periodontitis grubunda ise ortalama değer 2 olarak tespit edildi ve bu grupta da ortalama sıra puanı 504,7 olarak tespit edildi. Engelli olma hali puanları en yüksek periodontitis grubunda elde edilirken düşük puanlar sağlıklı bireylerde tespit edildi. (Tablo 4.6)

Psikolojik rahatsızlık puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubundaki bireylerde ortalama değer 0 olarak tespit edildi. Fakat

sağlıklı bireylerde ortalama sıra değeri 376,9 iken gingivitis grubunda 327,5 olarak tespit edildi. Periodontitis grubunda ise ortanca değer 1 olarak tespit edildi ve bu grupta da ortalama sıra puanı 422,2 olarak tespit edildi. Engelli olma hali puanları en yüksek periodontitis grubunda tespit edilirken düşük puanlar gingivitis grubundaki bireylerde tespit edildi. (Tablo 4.6)

Fonksiyonel limitasyon puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubunda ortanca değerler 0 olarak tespit edilirken periodontitis grubunda 2 olarak tespit edildi. Periodontitis grubunda ortanca değer diğer gruplardan daha yüksek tespit edildi. (Tablo 4.6)

Fiziksel ağrı puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı ve gingivitis grubundaki bireylerde ortanca değer 2 olarak tespit edildi. Fakat sağlıklı bireylerde ortalama sıra değeri 265,3 iken gingivitis grubunda 372,3 olarak tespit edildi. Periodontitis grubunda ise ortanca değer 3 olarak tespit edildi ve bu grupta da ortalama sıra puanı 498,92 olarak tespit edildi. Fiziksel ağrı puanları en yüksek periodontitis grubunda tespit edilirken düşük puanlar sağlıklı grubundaki bireylerde tespit edildi. (Tablo 4.6)

Psikolojik yetersizlik puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortanca değer 4 iken gingivitis grubunda 3 ve periodontitis grubunda da 4 olarak tespit edildi. Periodontitis grubunun ortanca değeri gingivitis grubundan daha yüksek tespit edildi. (Tablo 4.6)

Sosyal yetersizlik puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grubunda ortanca değer 1 iken gingivitis grubunda 2 ve periodontitis grubunda da 3 olarak tespit edildi. Tüm grupların ortanca değerleri arasında fark bulundu ve en yüksek değer periodontitis grubunda tespit edildi. (Tablo 4.6)

DHKS ölçek puanları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Sağlıklı grubunda ortanca değer 7 iken gingivitis grubunda 9,5 ve periodontitis grubunda da 11 olarak tespit edildi. Sağlıklı grubundaki ortanca değer diğer gruplardan daha düşük tespit edildi. (Tablo 4.6)

Tablo 4.6. Gruplara göre OHIP, DHKS ve klinik bulguların karşılaştırılması

	Sağlıklı	Gingivitis	Periodontitis	Test İstatistiği	P
Pİ	0,8 (0,5 - 1,6)a	1,4 (0,4 - 2,3)b	1,8 (0,7 - 2,65)c	$\chi^2=493,958$	<0,001
Gİ	0,7 (0,5 - 1,4)a	1,3 (0,6 - 2,7)b	1,7 (0,7 - 3)c	$\chi^2=489,423$	<0,001
KAS	1,3 (0,8 - 2,3)a	1,9 (1,1 - 2,7)b	5 (3,7 - 8,8)c	$\chi^2=550,468$	<0,001
CD	1,3 (0,8 - 2,3)a	1,9 (1,1 - 2,7)b	4,4 (2 - 6,9)c	$\chi^2=547,898$	<0,001
Diş sayısı	28 (15 - 28)a	27 (11 - 28)b	21 (6 - 28)c	$\chi^2=252,085$	<0,001
OHIP-14	8 (0 - 37)a	10 (0 - 39)a	16 (0 - 52)b	$\chi^2=124,506$	<0,001
Fiziksel yetersizlik	0 (0 - 7)a	0 (0 - 6)a	1 (0 - 8)b	$\chi^2=148,152$	<0,001
Engelli olma hali	0 (0 - 6)a	0 (0 - 6)b	2 (0 - 8)c	$\chi^2=170,775$	<0,001
Psikolojik rahatsızlık	0 (0 - 6)a	0 (0 - 4)b	1 (0 - 8)c	$\chi^2=27,292$	<0,001
Fonklimitasyon	0 (0 - 6)a	0 (0 - 5)a	2 (0 - 8)b	$\chi^2=128,104$	<0,001
Fiziksel ağrı	2 (0 - 8)a	2 (0 - 8)b	3 (0 - 8)c	$\chi^2=138,886$	<0,001
Psikolojik yetersizlik	4 (0 - 8)ab	3 (0 - 8)a	4 (0 - 8)b	$\chi^2=20,200$	<0,001
Sosyal yetersizlik	1 (0 - 10)a	2 (0 - 8)b	3 (0 - 8)c	$\chi^2=77,891$	<0,001
DHKS	7 (0 - 48)a	9,5 (0 - 45)b	11 (0 - 60)b	$\chi^2=19,607$	<0,001

Ortanca (min-mak), χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (bonferonni düzeltilmeli Mann Whitney-U)

4.4. Periodontal Parametrelerin Demografik Veriler, Ağız Diş Sağlığı Alışkanlıkları, Ağız Diş Sağlığı Bilinç Düzeyi, OHIP-14 ve DHKS Verileriyle Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Diş fırçalama sıklığı ilk diş hekimine gitme yaşı ile ilişkili olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,002$). ‘Hiç Fırçalamıyorum’ cevabı verenlerin ilk diş hekimine gitme yaşı ortancası 13 iken ‘günde 1 kez fırçalıyorum’ cevabını veren bireylerinki 12 ve ‘günde 2 ve üzeri fırçalıyorum’ cevabını verenlerinki ise 10 olarak tespit edildi. Günde 2 ve üzeri fırçalayanların ortanca yaşı istatistiksel anlamlı olacak şekilde düşük bulundu. (Tablo 4.7)

Bireylerin diş hekimine gitme sıklığı ilk diş hekimine gitme yaşı ile ilişkili olarak anlamlı farklılık gösterirken ($p=0,001$), bireylerin en son diş hekimine gitme zamanı ise

ilk diş hekimine gitme yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p=0,225$). Diş hekimine gitme sıklığını öğrenmek amacıyla sorulan soruya cevaben ‘yakınma olunca’ gidenlerle ‘düzenli’ gidenlerin ortanca yaşları arasında fark bulundu ve düzenli gidenlerin yaş ortancası daha küçük olarak bulundu. ‘Yakınma olunca’ cevabını verenlerde ortanca yaş 12 iken ‘ara sıra’ cevabını verenlerde 11 ve ‘düzenli’ diyenlerde de yaş 9 olarak bulundu. (Tablo 4.7)

Tablo 4.7. Bireylerin diş fırçalama sıklığı, diş hekimine gitme sıklığı, en son diş hekimine gitme zamanının ilk diş hekimine gitme yaşı ile ilişkili değişiminin değerlendirilmesi

İlk diş hekimine gitme yaşı	
Diş Fırçalama Sıklığı	
Fırçalamıyor/Düzensiz	13 (0 – 36)a
Günde 1	12 (0 – 52)a
Günde 2 ve üzeri	10 (0 – 44)b
Test istatistiği	$\chi^2=12,962$
p	0,002
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	
Yakınma olunca	12 (0 -52)a
Ara sıra	11 (0 – 47)ab
Düzenli	9 (0 – 37)b
Test istatistiği	$\chi^2=13,199$
p	0,001
En Son Diş Hekimine Gitme Zamanı	
Son bir yıl içinde	11 (0 – 52)
1 yıldan daha uzun süre	12 (0 – 47)
Test istatistiği	U=67237
p	0,225

Ortanca (min-maks), χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Diş fırçalama alışkanlığı cinsiyete bağlıdır ($p=0,036$). Kadınların %8,8’i fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %35’i günde 1 ve %56,2’si de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahiptir. Erkeklerin ise %11,5’i fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %41,6’sı günde 1 ve %46,9’u da günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahiptir. (Tablo 4.8)

Diş fırçalama alışkanlığı medeni duruma bağlıdır ($p<0,001$). Evlilerin %14,3’ü fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %42’si günde 1 ve %43,7’si de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. Bekarların ise %3,7’si fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %32,5’i günde 1 ve %63,7’si de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahiptir. (Tablo 4.8)

Diş fırçalama alışkanlığı eğitim durumuna bağlıdır ($p<0,001$). Lise mezunlarının %15,7'si fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %47,2'si günde 1 ve %37,1'i de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. Üniversite mezunlarının ise %5'i fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %31,5'i günde 1 ve %63,4'ü de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. Yüksek lisans mezunlarının ise %2,2'si fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %28'i günde 1 ve %69,9'u da günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. (Tablo 4.8)

Diş fırçalama alışkanlığı aylık gelire bağlıdır ($p<0,001$). Aylık geliri <1000 TL olanların %14,4'ü fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %38,4'ü günde 1 ve %47,2'si de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. 1000-2000 TL geliri olanlarda ise %12,3'ü fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %42,4'ü günde 1 ve %45,3'ü de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. Aylık geliri 2000TL ve üzeri olanlarda %7,5'i fırçalamıyor/düzensiz fırçalıyor iken %35,7'si günde 1 ve %56,8'i de günde 2 ve üzeri fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. (Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Diş fırçalama sıklığı ve demografik verilerin karşılaştırılması

	Fırçalamıyor/Düzensiz	Günde 1	Günde 2 ve üzeri
Cinsiyet			
Kadın	33 (8,8)	132 (35)	212 (56,2)
Erkek	43 (11,5)	155 (41,6)	175 (46,9)
Test istatistiği	$\chi^2=6,675$		
p	0,036		
Medeni Durum			
Evli	65 (14,3)	191 (42)	199 (43,7)
Bekar	11 (3,7)	96 (32,5)	188 (63,7)
Test istatistiği	$\chi^2=37,710$		
p	< 0,001		
Eğitim Durum			
Lise	25 (15,7)	75 (47,2)	59 (37,1)
Üniversite	16 (5)	100 (31,5)	201 (63,4)
Yüksek lisans	2 (2,2)	26 (28)	65 (69,9)
Test istatistiği	$\chi^2=45,295$		
p	<0,001		
Aylık Gelir			
<1000	18 (14,4)	48 (38,4)	59 (47,2)
1000-2000	29 (12,3)	100 (42,4)	107 (45,3)
≥2000	29 (7,5)	139 (35,7)	221 (56,8)
Test istatistiği	$\chi^2=12,084$		
p	0,017		

χ^2 : Kikare test istatistiği

Diş hekimine gitme sıklığı cinsiyetle ilişkili olarak değişim göstermediği tespit edildi (p=0,263). Kadınların %51,2'sinin erkeklerin ise %49,1'inin yakınma olunca diş hekimine gittikleri tespit edildi. Diş hekimine gitme sıklığı medeni durumla ilişkili olarak değişim gösterdiği belirlendi (p<0,001). Evlilerin %55,6'sının bekarların ise %41,7'sinin yakınma olunca diş hekimine gittikleri tespit edildi. Evlilerin %31,4'ü bekarların ise %32,9'unun ara sıra, yine evlilerin %13'ünün bekarların ise %25,4'ünün düzenli olarak diş hekimine gittikleri tespit edildi. Diş hekimine gitme sıklığı eğitim durumuyla ilişkili olarak değişim gösterdiği tespit edildi (p<0,001). Lise mezunlarının %63,5'inin, üniversite mezunlarının %43,8'inin ve yüksek lisans mezunlarının da %32,3'ünün yakınma olunca diş hekimine gittikleri tespit edildi. Lise mezunlarının %3,1'inin,

üniversite mezunlarının %23'ünün ve yüksek lisans mezunlarının da %41,9'unun düzenli olarak dış hekimine gittikleri tespit edildi. Dış hekimine gitme sıklığı aylık gelirle ilişkili olarak değişim gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). 1000 TL' nin altında geliri olanların %56,8'inin, 1000-2000 TL geliri olanların %55,9'unun ve 2000 TL ve üzeri olanların da %44,5'inin yakınma olunca dış hekimine gittikleri tespit edildi. 1000 TL' nin altında geliri olanların %8,8'inin, 1000-2000 TL geliri olanların %13,1'inin ve 2000 TL ve üzeri geliri olanların da %23,7'sinin düzenli olarak dış hekimine gittikleri tespit edildi. (Tablo 4.9)



Tablo 4.9. Diş hekimine gitme sıklığı ve demografik verilerin karşılaştırılması

	Yakınma olunca	Ara sıra	Düzenli
Cinsiyet			
Kadın	193 (51,2)	111 (29,4)	73 (19,4)
Erkek	183 (49,1)	129 (34,6)	61 (16,4)
Test istatistiği	$\chi^2=2,669$		
p	0,263		
Medeni Durum			
Evli	253 (55,6)	143 (31,4)	59 (13)
Bekar	123 (41,7)	97 (32,9)	75 (25,4)
Test istatistiği	$\chi^2=22,568$		
p	<0,001		
Eğitim Durum			
Lise	101 (63,5)	53 (33,3)	5 (3,1)
Üniversite	139 (43,8)	105 (33,1)	73 (23)
Yüksek lisans	30 (32,3)	24 (25,8)	39 (41,9)
Test istatistiği	$\chi^2=30,234$		
p	<0,001		
Aylık Gelir			
<1000	71 (56,8)	43 (34,4)	11 (8,8)
1000-2000	132 (55,9)	73 (30,9)	31 (13,1)
≥ 2000	173 (44,5)	124 (31,9)	92 (23,7)
Test istatistiği	$\chi^2=21,479$		
p	<0,001		

 χ^2 : Kikare test istatistiği

En son diş hekimine gitme zamanı cinsiyetle ilişkili olarak değişim göstermediği tespit edildi ($p=0,073$). Benzer şekilde en son diş hekimine gitme zamanı medeni durumla ilişkili olarak değişim göstermediği tespit edildi ($p=0,083$). En son diş hekimine gitme zamanı eğitim durumuyla ilişkili olarak değişim gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Lise mezunlarının %52,2'sinin, üniversite mezunlarının %71'inin ve yüksek lisans mezunlarının da %87,1'inin son bir yıl içinde diş hekimine gittikleri tespit edildi. Lise mezunlarının %47,8'inin, üniversite mezunlarının %29'unun ve yüksek lisans mezunlarının da %12,9'unun bir yıldan daha uzun zaman önce gittikleri belirlendi. En son diş hekimine gitme zamanı aylık gelirle ilişkili olarak değişim gösterdiği belirendi ($p=0,006$). Aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların %59,2'sinin, 1000-2000 TL geliri

olanların %59,3'ünün ve 2000 TL'den fazla geliri olanların da %70,4'ünün son bir yıl içinde diş hekimine gittikleri tespit edildi. (Tablo 4.10)

Tablo 4.10. En son diş hekimine gitme zamanıyla demografik verilerin karşılaştırılması

	Son 1 yıl içinde	1 yıldan daha uzun
Cinsiyet		
Kadın	257 (68,2)	120 (31,8)
Erkek	231 (61,9)	142 (38,1)
Test istatistiği	$\chi^2=3,211$	
p	0,073	
Medeni Durum		
Evli	285 (62,6)	170 (37,4)
Bekar	203 (68,8)	92 (31,2)
Test istatistiği	$\chi^2=3,003$	
p	0,083	
Eğitim Durum		
Lise	83 (52,2)	76 (47,8)
Üniversite	225 (71)	92 (29)
Yüksek lisans	81 (87,1)	12 (12,9)
Test istatistiği	$\chi^2=35,297$	
p	<0,001	
Aylık Gelir		
<1000	74 (59,2)	51 (40,8)
1000-2000	140 (59,3)	96 (40,7)
≥ 2000	274 (70,4)	115 (29,6)
Test istatistiği	$\chi^2=10,255$	
p	0,006	

χ^2 : Kikare test istatistiği

Cinsiyete göre OHIP-14 ölçeği puanlarının ortanca değerleri farklı bulundu ($p=0,015$). Kadınlarda ortanca değer 12 iken erkeklerde 11 olarak tespit edildi. Benzer şekilde DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri de farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Kadınlarda ortanca değer 9 iken erkeklerde 7 olarak tespit edildi. OHIP-14 ölçek puanlarının ortanca değerlerinde medeni duruma göre fark tespit edildi ($p=0,041$). Evli olanlarda ortanca değer 12 iken bekarlarda 10 olarak tespit edildi. DHKS ölçeği puanlarının ortanca değerleri ise medeni duruma göre farklılık göstermediği tespit edildi

($p=0,546$). OHIP-14 ölçek puanlarının üniversite/yüksek lisans mezunu bireylerde ilköğretim ve lise mezunu bireylere göre anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edildi. Üniversite/yüksek lisans mezunu bireylerin OHIP-14 puanlarının ortancası 10 iken diğer iki grubunki 12 olarak tespit edildi. DHKS ölçek puanının ortanca değerleri ise eğitim durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p=0,371$). OHIP-14 ve DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri aylık gelir durumuna göre farklılık göstermediği tespit edildi (p değerleri sırasıyla 0,136 ve 0,138). (Tablo 4.11)

OHIP-14 ölçek puanlarının ortanca değerleri diş fırçalama sıklığına göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p=0,040$). Fırçalamayan/düzensiz fırçalayanlarda ortanca değer 13 iken günde 1 kez fırçalayanlarda 11 ve günde 2 ve üzeri fırçalayanlarda da 11 olarak tespit edildi. Dişlerini fırçalamayan ya da düzensiz fırçalayan bireylerin OHIP-14 puanlarının ortanca değeri günde 1 kez fırçalayanlardan daha yüksek bulundu. DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri ise diş fırçalama sıklığına göre farklılık göstermediği belirlendi ($p=0,141$). (Tablo 4.11)

OHIP-14 ölçek puanlarının ortanca değerleri kullanılan ilave bakım araçlarına göre farklılık göstermediği belirlendi ($p=0,061$). (Tablo 4.11)

OHIP-14 ölçek puanları diş hekimine gitme sıklığı ile ilişkili olarak farklılık gösterdiği tespit edildi ($p=0,001$). Yakınma olunca gidenlerde ortanca değer 12 iken ara sıra gidenlerde 11 ve düzenli gidenlerde de 8 olarak tespit edildi. Yakınma olunca gidenlerle düzenli gidenlerin ortanca değerlerinin farklılık gösterdiği ve yakınma olunca gidenlerin ortanca değerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (Tablo 4.11)

DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri diş hekimine gitme sıklığı ile ilişkili olarak farklılık gösterdiği tespit edildi ($p=0,001$). Yakınma olunca gidenlerde ortanca değer 9 iken ara sıra gidenlerde 8 ve düzenli gidenlerde de 6 olarak tespit edildi. Yakınma olunca gidenlerle düzenli gidenlerin ortanca değerleri farklılık gösterdiği ve yakınma olunca gidenlerin ortanca değerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (Tablo 4.11)

OHIP-14 ve DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri en son diş hekimine gitme zamanına göre farklılık göstermediği tespit edildi (p değerleri sırasıyla 0,674 ve 0,870). Benzer şekilde OHIP-14 ve DHKS ölçek puanlarının ortanca değerlerinin sigara kullanma durumuna göre farklılık göstermediği tespit edildi (p değerleri sırasıyla 0,103 ve 0,175). (Tablo 4.11)

OHIP-14 ölçek puanlarının ortanca değerleri ağız ve diş sağlığı farkındalık durumu ile ilişkili olarak farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Mükemmel cevabını verenlerde OHIP-14 puanı ortanca değeri 5 iken iyi cevabını verenlerde 8, orta cevabını verenlerde 12 ve kötü cevabını verenlerde de 16,5 olarak tespit edildi. Mükemmel ve iyi cevabını verenler arasında fark yok iken diğerleri arasında fark vardır ve en yüksek değer kötü cevabını verenlerde tespit edildi. Benzer şekilde ağız ve diş sağlığı durumuna göre DHKS ölçek puanlarının ortanca değerleri arasında fark tespit edildi ($p<0,001$). Mükemmel cevabını verenlerde ortanca değer 2,5 iken iyi cevabını verenlerde 7, orta cevabını verenlerde 9 ve kötü cevabını verenlerde de 12 olarak tespit edildi. İyi cevabını verenlerle mükemmel ve orta cevabını verenler arasında fark bulunmazken, diğer tüm cevaplar arasında fark bulundu. En yüksek değer kötü cevabını verenlerde tespit edildi. (Tablo 4.11)

Tablo 4.11. Demografik veriler ve ağız-diş sağlığı alışkanlıkları ile OHIP-14 ve DHKS değerlerinin karşılaştırılması

	OHIP-14	DHKS
Cinsiyet		
Kadın	12 (0 - 47)	9 (0 - 60)
Erkek	11 (0 - 52)	7 (0 - 56)
Test istatistiği	U=63071	U=58079
p	0,015	<0,001
Medeni durum		
Evli	12 (0 - 52)	8 (0 - 58)
Bekar	10 (0 - 40)	8 (0 - 60)
Test istatistiği	U=61182	U=65367
p	0,041	0,546
Eğitim Durumu		
İlköğretim	12 (0 - 47)	8,5 (0 - 60)
Lise	12 (0 - 42)	8 (0 - 58)
Üniversite/ Yüksek lisans	10 (0 - 54)	9 (0 - 56)
Test istatistiği	$\chi^2=13,528$	$\chi^2=3,136$
p	0,001	0,371
Aylık Gelir		
<1000 TL	11 (0 - 41)	9 (0 - 60)
1000-2000 TL	12 (0 - 52)	8 (0 - 58)
>2000 TL	10 (0 - 42)	8 (0 - 53)
Test İstatistiği	$\chi^2=3,997$	$\chi^2=3,957$
p	0,136	0,138
Diş Fırçalama Sıklığı		
Fırçalamıyor/Düzensiz	13 (0 - 42)a	7 (0 - 58)
Günde 1	11 (0 - 52)b	9 (0 - 60)
Günde 2 ve üzeri	11 (0 - 47)ab	8 (0 - 53)
Test istatistiği	$\chi^2=6,425$	$\chi^2=3,924$
p	0,040	0,141

Ortanca (min-mak), χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4.11 (devam). Demografik veriler ve ağız-diş sağlığı alışkanlıkları ile OHIP-14 ve DHKS değerlerinin karşılaştırılması

	OHIP-14	DHKS
Kullanılan İlave Bakım Araçları		
Diş ipi	9 (0 - 34)	
Kürdan	12 (0 - 47)	
Arayüz fırçası	9 (0 - 42)	
Gargara	12 (0 - 42)	
Diş tozu	8 (0 - 30)	
Test İstatistiği	$\chi^2=9,007$	
p	0,061	
Diş Hekimine Gitme Sıklığı		
Yakınma olunca	12 (0 - 52)a	9 (0 - 60)a
Ara sıra	11 (0 - 37)ab	8 (0 - 44)ab
Düzenli	8 (0 - 37)b	6 (0 - 43)b
Test istatistiği	$\chi^2=14,507$	$\chi^2=13,243$
p	0,001	0,001
En Son Diş Hekimine Gitme Zamanı		
Son bir yıl içinde	11 (0 - 52)	8 (0 - 56)
1 yıldan daha uzun süre	11 (0 - 42)	8 (0 - 60)
Test istatistiği	U=62738,5	U=63467,5
p	0,674	0,870
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	13 (0 - 52)	8 (0 - 60)
Hayır	11 (0 - 42)	9 (0 - 58)
Test istatistiği	U=47730	U=48430,5
p	0,103	0,175
Ağız Diş Sağlığı Durumu		
Mükemmel	5 (0 - 27)a	2,5 (0 - 34)a
İyi	8 (0 - 32)a	7 (0 - 48)ab
Orta	12 (0 - 37)b	9 (0 - 60)b
Kötü	16,5 (0 - 52)c	12 (0 - 58)c
Test istatistiği	$\chi^2=95,886$	$\chi^2=34,443$
p	<0,001	<0,001

Ortanca (min-mak), χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

DHKS ile OHIP-14 ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,276). (Tablo 4.12)

Pİ ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değerleri sırasıyla 0,289 ve 0,111). (Tablo 4.12)

Gİ ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değerleri sırasıyla 0,308 ve 0,155). Gİ ile Pİ ölçümleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,894). (Tablo 4.12)

KAS ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri sırasıyla 0,349 ve 0,116). KAS ölçümleri ile Pİ ve Gİ ölçümleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değerleri sırasıyla 0,704 ve 0,670). (Tablo 4.12)

CD ölçümleri ile OHIP-14 ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,347). CD ölçümleri ile DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,124). CD ölçümleri ile Pİ, Gİ ve KAS ölçümleri arasında ise pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edildi (r değerleri sırasıyla 0,703, 0,669 ve 0,981). (Tablo 4.12)

Ağızdaki mevcut diş sayısı ile OHIP-14 ölçek puanları, Pİ, Gİ, KAS ve CD ölçümleri arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki tespit edildi (r değeri -0,344, -0,447, -0,424, -0,619 ve -0,590). Diş sayısı ile DHKS puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri -0,084). (Tablo 4.12)

Tablo 4.12. OHIP, DHKS, klinik ölçümler, ilk diş hekimine gitme yaşı ve bireylerin yaşı arasındaki ilişkisi

		OHIP- 14	DHKS	Pİ	Gİ	KAS	CD	Diş sayısı	İlk diş hekimine gitme yaşı
OHIP-14	r								
DHKS	r	0,276**							
Pİ	r	0,289**	0,111**						
Gİ	r	0,308**	0,155**	0,894**					
KAS	r	0,349**	0,116**	0,704**	0,670**				
CD	r	0,347**	0,124**	0,703**	0,669**	0,981**			
dis_sayisi	r	-0,344**	-0,084*	-0,447**	-0,424**	-0,619**	-0,590**		
İlk diş hekimine gitme yaşı	r	0,202**	0,131**	0,352**	0,348**	0,409**	0,418**	-0,216**	1
yaş	r	0,103**	0,016	0,319**	0,281**	0,570**	0,545**	-0,591**	0,194**

r: Spearman korelasyon katsayısı, **0,001 düzeyinde anlamlı, *0,01 düzeyinde anlamlı

5. TARTIŞMA

Yaşam kalitesi kavramı geniş ve çok boyutlu bireysel bir algıdır. DSÖ yaşam kalitesini ‘bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını algılama şekli’ olarak tanımlamaktadır (Görgün-Baran, 2008). Bireylerin sağlık sorunları işlevsel yetersizlik, rahatsızlık hissi ve ağrıya sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Genel sağlığın önemli bir bileşeni olarak ağız sağlığı ve ağız-diş bölgesiyle ilgili hastalıklar da bireyleri sadece fiziksel olarak değil aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak da etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkide bulunduğu bildirilmiştir (Needleman ve ark., 2004; Ng ve Leung, 2006). Ağız ve diş sağlığı problemleri Türkiye’de toplumun büyük çoğunluğunu etkilemektedir. Periodontal hastalık şiddet ve prevalansını değerlendirmeye yönelik yapılan pek çok araştırma sıklıkla hastanın medikal/dental hikayesine, klinik ve radyografik muayenesine dayanan diagnostik verileri içeren objektif değerlendirmelerle yapılmıştır (Borges ve ark., 2013; Meusel ve ark., 2015). Oysaki periodontal hastalıkların ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin belirlenmesi için hasta tabanlı geri bildirimleri de içeren verilerle birlikte değerlendirilmeyi gerektirir ve bu bilgi de önemlidir (Locker ve Allen, 2007; Ferreira ve ark., 2017). Bu araştırmanın da temel amacı bireylerin periodontal durumlarının yaşam kalitelerindeki değişim üzerine etkilerini sosyodemografik etkileyiciler, ağız sağlığı bilinç düzeyleri ve diş hekimliği uygulamaları sırasında gelişen korku düzeyleri ile ilişkilendirilerek incelenmesidir.

Ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, ağız sağlığının genel sağlık üzerindeki olumsuz ve olumlu etkilerini değerlendirilerek DSÖ’nün fonksiyon, yeterlilik, yapı ve katılımcılık modelini baz alarak geliştirilip, hastaların ağız sağlıklarıyla ilgili algılarını değerlendirmektedir (Hegarty ve ark., 2002; John ve ark., 2004). Nispeten yeni ortaya çıkmasına rağmen ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi diş hekimliği ve diş hekimliği araştırmalarının klinik uygulaması için önem taşımaktadır (Sischo ve Broder, 2011). Ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde pek çok sözlü ve yazılı ölçeklerden faydalanılmaktadır. Bu ölçeklerden geçerlilik ve güvenilirliğine bağlı olarak en sık kullanılanlardan biri OHIP-14’tür (Allen, 2003; Naito ve ark., 2006). OHIP-14 kişinin kendisini algılaması, ağız diş sağlığı hakkındaki duygularının iyi bir göstergesi

olduğu ve ayrıca ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin olumsuz yönlerini de değerlendirebildiğinden bu çalışma için seçilmiştir.

Dental korku, diş hekimliği uygulamalarıyla ilişkili durumlara karşı gelişen belirli streslerin hastada oluşturduğu yanıt olarak tanımlanmaktadır (Economou, 2003). Yüksek seviyede dental korku, ağız sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin kötü olmasına neden olmaktadır (Kumar ve ark., 2009). Yüksek seviyede dental korkusu olan hastalar, ihtiyacı olduğunu ve ağız sağlıklarının iyi olmadığını bildiği halde dental bakımdan kaçınmaktadır (Vassend, 1993; Hagglin ve ark., 1996; Ay ve ark., 2008; Kumar ve ark., 2009). Dental korkunun ölçülmesinde en güvenilir yöntem, sözlü ve yazılı olarak hastalara anket sorularının yönlendirilmesi ve bu sorulara verilen yanıtların değerlendirilmesi olarak bildirilmiştir (Ay ve ark., 2005). Geçerliliği ve güvenilirliği dikkate alınarak çalışmamızda DHKS kullanılmıştır. DHKS; anestezi uygulamasına ve periodontal tedavide kullanılan aletlere karşı hastada oluşan anksiyeteyi değerlendiren soruları bulunduğu için bu çalışmada tercih edilmiştir.

Periodontal hastalıklar popülasyonda görülme sıklığı yüksek olan dental problemlerdendir. Diş destek dokularında oluşan yıkım sonucu olarak diş etlerinde kanamaya, dişlerde mobilite artışı ve yer değiştirmelere, çiğneme ve konuşma bozukluklarına, kötü nefes kokusuna neden olabilmektedir. Bu da ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gillet ve ark., 1990). Periodontal hastalığın varlığı sondalama derinliği, klinik ataşman seviyesi, sondalamada kanama gibi klinik parametrelerle ilişkilidir. Kızarıklık, fırçalamada kanama, etkilenen dişlerin kaybı veya ağız kokusu varlığı, nadir olsa da ağrı gibi diğer işaretlerin hasta tarafından algılanması hakkında çok az şey bilinmektedir. Bunlar çoğunlukla dental kayıtlara işlenmemesine rağmen hastalıkla ilişkilidir ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Meusel ve ark., 2015).

Ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ağız diş sağlığıyla ilişkili alışkanlıklar ve demografik faktörlerle ilişkilidir. Bu faktörler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, diş hekimi ziyaretleri, ağız sağlığı bakım alışkanlıkları, klinik periodontal değerlendirmeler ve mevcut diş sayısı bulunmaktadır (Mason ve ark., 2006). Bu yüzden çalışmamızda bu faktörler dahil edilerek değerlendirme yapılmıştır.

Yaptığımız çalışmada periodontal sağlıklı, gingivitis ve periodontitis grupları arasında cinsiyet dağılımları yönünden fark bulunmadı. Ancak kadınlarda bulunan yüksek OHİP-14 skorlarından yola çıkarak ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin düşüşüne dair bulguların erkeklere göre daha belirgin hissedildiği belirlendi. Cinsiyet periodontal hastalıklarda bir risk belirleyicisi olarak ifade edilmiştir ve pek çok ülkede yapılan araştırma sonuçlarıyla bu bildirilmiştir (Academy Report, 2005). Ülkemiz için yaygın tarama niteliğinde olan Gökalp ve ark.'nın (2007) erişkin ve yaşlı bireylerde ağız diş sağlığı profilini değerlendirdiği çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla ataşman kaybına sahip oldukları gösterilmiştir. Shin ve ark.'nın (2015) ekonomik olarak aktif 30-59 yaş grubu temsil eden Koreli 5570 kişide yaptığı sosyoekonomik düzeyle periodontal sağlığın ilişkisini değerlendiren çalışmalarında erkeklerde kadınlara kıyasla periodontal hastalık oranlarını daha yüksek bulmuşlardır. Ancak bizim spesifik gruplar oluşturduktan sonra gruplar arası kıyaslama yapmamız nedeniyle gruplarda cinsiyet dağılımını homojen oluşturmaya çalışmamız ile gruplar arasında cinsiyete bağlı fark olmamasını açıklayabiliriz. Yaşam kalitesi açısından kadın ve erkeklerdeki etkileri değerlendiren Castrejon-Parez ve ark. (2017) erkeklerin ağız diş sağlığıyla ilgili yaşam kalitesini kadınlardan daha düşük bulmuşlardır; Fernandes ve ark. (2006) ise kadın ve erkeklerin OHIP-14 puanları arasında önemli bir fark bulamamıştır. Steele ve ark.'nın (2004) Birleşik Krallık ve Avusturalya'da 16 yaşından büyük 7068 birey üzerinde yaptığı çalışmada kadınların OHIP-14 puanlarını erkeklere göre daha yüksek bulmuştur yine Ingle ve ark.'nın (2010) Hindistan'da ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada kadınların OHIP-14 skoru erkeklerden yüksek olarak bulunmuştur. Walter ve ark.'nın (2011) Almanya'da çalışan popülasyon üzerinde yaptığı çalışmada da yine bizim çalışmamızla uyumlu olarak kadınların OHIP-14 skoru erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak kadınların ağız diş hastalıklarına bağlı olarak yaşam kalitesinin bozulmaya daha yatkın olduğunu bildiren pek çok çalışma ile çalışmamız uyumlu bulunmuştur.

Yaş ortanca değeri açısından gruplar karşılaştırıldığında periodontitis grubundaki bireylerin ortanca yaş değerleri diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenirken, sağlıklı ve gingivitis grubundaki bireylerin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Periodontal hastalıkların görülme sıklığının ve hastalık şiddetinin yaşla birlikte artış gösterdiği bildirilmiştir. Yaşlanmaya bağlı olarak oluşan yıkıma yönelik

fizyolojik değişimlerin, periodontal hastalık gelişmesine karşı duyarlılık arttırıcı olması muhtemeldir. Bu durum yaşam süresi boyunca periodontal hastalıklar için risk oluşturan faktörlere maruz kalmanın kümülatif etkisi olabilir (Burt, 1994; Academy Report, 2005).

Çalışmamızda OHIP-14 skorlarının yaşa bağlı olarak değişiminin değerlendirilmesi sonucunda bu iki parametre arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve yaş artışı ile ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bulundu. Yapılan bazı çalışmalar yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin arttığını bildirmiştir (Astrom ve ark., 2006; Hassel ve ark., 2007). Bununla birlikte ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin yaş ortalaması yüksek bireylerde düştüğü de bildirilmiştir (Lawrance ve Broadbent, 2008; Kumar ve ark., 2009). Yaşlanma ile ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin düşüşü bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yaşla birlikte periodontal hastalık prevalansının artması ve diş kayıplarının artması gibi yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen durumların daha sık görülmesi bunun en temel sebebi olabileceğini düşünmekteyiz.

Medeni durumun, periodontal sağlık durumuna göre belirlenmiş gruplarımızda anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Araştırmamız kapsamında evli birey oranı en yüksek periodontitis grubunda bulunurken en düşük sağlıklı grubu oldu. Bunun yanı sıra biz çalışmamızda bekarların dişlerini daha düzenli fırçaladığını tespit ettik. Ayrıca medeni duruma göre OHIP-14 skorlarının evli bireylerde anlamlı derecede yüksek olduğu yani evli bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin bekarlara göre daha düşük olduğu sonucu çıkarıldı. Al-Shammari ve ark.'nın (2007) 2400 bireyin sosyodemografik verileri ve oral hijyen alışkanlıklarına göre ağız diş sağlığı sorunlarını incelediği çalışmada medeni durum ile fırçalama alışkanlıkları arasında ilişki bulamamışlardır. İspanya'da orofasial ağrı ve temperomandibular eklem rahatsızlığı gibi stres ilişkili oral sorunları olan 415 hasta üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmada bireylerin yarısından fazlasının evli olduğu ve evli bireylerde OHIP-14 skoru bekarlara göre yüksek bulunmuştur (Aguilera ve ark., 2014). Ancak Kaya'nın (2014) hem OHIP-14 hem de OHRQoL-UK ile yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında evli bireylerin yaşam kalitesini bekarlara göre daha yüksek bulmuştur. Çalışma sonuçlarında görülen bu farklılıkların, çalışmaya dahil edilen bireylerin özellikleri, toplum yapısı, kültürel farklılıklar gibi yaşam kalitesi ve medeni durum üzerinde etki oluşturabilecek diğer faktörler ile ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumu Türk

toplumunda evlilikle birlikte sorumlulukların artması ve dolayısıyla kişilerin kişisel bakımını ihmal etme olasılığını arttırmasıyla ilişkilendirmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunları en yüksek oranda periodontitis grubunda görülürken, üniversite ve yüksek lisans mezunları en yüksek oranda sağlıklı grubunda görülmektedir. Periodontal hastalık görülme sıklığı toplum içindeki sosyoekonomik durumu ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerde daha fazladır (Chen, 1996). Zimmerman ve ark.'nın (2015) Almanya'da 18 farklı merkezde toplam 311 kişi üzerinde yaptığı kohort çalışması, periodontal cep derinliğinin düşük eğitim seviyesi ile arttığını gözlemleyerek bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir. Eğitim seviyesi bireylerin meslek sahibi olma ve gelir düzeylerini etkileyerek hayat standartlarını değiştirmekte ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Ng ve Leung, 2006). Çalışmamızda eğitim seviyesi artışıyla ilişkili olarak yaşam kalitesinin arttığı yani üniversite mezunu ve yüksek lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahip bireylerin OHIP-14 skorlarının anlamlı şekilde düşük olduğu gözlenmektedir. Bunu destekleyen pek çok çalışma mevcuttur (Ng ve Leung, 2006; Marino ve ark., 2008; Çağlayan ve ark., 2009; Yienprugsawan, 2011; Verrips ve Schuller, 2013; Meusel ve ark., 2015). Bu durum eğitim seviyesi arttıkça ağız diş bakımına gösterilen özenin ve bilincin artması; rutin sağlık kontrollerinin düzenli olması ile ilişkilendirilmiştir (Sabbah ve ark., 2009).

Aylık gelir düzeyi dağılımları sağlıklı, gingivitisli ve periodontitisli bireyler arasında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ve sağlıklı grupta gelir düzeyi yüksek bireylerin oranı yüksek olarak tespit edildi. Jamieson ve ark.'nın (2010) Avusturalya'da ulusal seviyede yapılan yetişkinlerde ağız sağlığı araştırması sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmaya göre ağız sağlığı ile ilişkili sorunların prevalansının artışı dental tedavileri karşılayacak yeterli gelir düzeyinin olmaması ile sıkı ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Periodontal hastalık görülme sıklığı toplum içindeki sosyoekonomik durumu düşük bireylerde daha fazladır (Chen, 1995). Benzer şekilde Shin ve ark. (2015) da yaptığı çalışmada aylık gelir düzeyi düşük bireylerde periodontal hastalık oranını yüksek bulmuştur. Ancak çalışmamız dahilinde aylık gelir düzeyiyle OHIP-14 değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Kumar ve ark.'nın (2009) 15-54 yaş arası 1235 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada düşük aylık geliri olanların yüksek aylık geliri olanlara göre yaşam kalitesini 1.28 kat daha düşük bulmuşlardır. Avusturalya'da telefon

görüşmesi üzerinden demografik verilerin ve OHIP-14 sorularının cevaplandırıldığı bir çalışmada bizim bulgumuzu destekler şekilde aylık gelir ve OHIP-14 skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Sanders ve Spencer 2004). Çalışma sonuçlarının farklı olmasının, çalışmaya dahil edilen bireylerin özellikleri, beklentileri, çalışmanın gerçekleştirildiği bölgenin sosyal ve kültürel özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Diş fırçalama sıklığının periodontal sağlık durumuna göre belirlenmiş gruplar arasında farklılık gösterdiği belirlendi. Sağlıklı bireylerin %71,6'sı günde iki ve üzeri sayıda dişlerini fırçalarken, periodontitis grubunda bu oran %38,4 olarak belirlendi. Düzenli ağız diş bakımı yapmayanlarda periodontal hastalığın prevalansının arttığı pek çok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (Nyman ve ark.,1975; Becker ve ark., 1984; Wilson ve ark., 1987). Appukuttan ve ark. yaptıkları çalışmada dişlerini günde iki veya daha fazla sayıda fırçalayanlarda periodontal hastalık klinik bulgularının daha hafif seyirli olduğunu göstermişlerdir. Daha önce de bildirildiği şekilde bizim çalışmamızda da kadınların erkeklere göre, eğitim seviyesi ve aylık geliri yüksek bireylerin düşük olanlara göre dişlerini daha düzenli fırçaladıkları belirlendi (Ronis ve ark., 1993; Lang ve ark., 1995; Sakki ve ark., 1998). Bununla birlikte fırçalama sıklığına göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında dişlerini günde iki veya daha fazla fırçalayan grubun yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Appukuttan ve ark., 2016; Han ve Park, 2017). Diş fırçalama sıklığı ve periodontal sağlık/hastalık arasındaki ilişkiyi de değerlendiren bizim çalışmamızda dişlerini hiç fırçalamayan ya da düzensiz fırçalayan bireylerin OHIP-14 skorlarının yüksekliğine bağlı olarak yaşam kalitelerinin de düşük olduğu belirlendi. Brennan ve Spencer'in (2009) Avusturalya'da yaptıkları çalışmada bizi destekler şekilde fırçalama sıklığı fazla olan bireylerde yaşam kalitesinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Fırçalama sıklığının yanı sıra fırçalamanın en önemli zamanı ile ilgili sorulan sorumuza her üç grupta da büyük ölçüde doğru cevaplar verildi. Han ve Park (2016) ağız bakım alışkanlıkları ve periodontal hastalık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada 19 yaşından büyük periodontal hastalığı olan 14527 birey değerlendirilmiştir ve akşam yatmadan önce dişini fırçalayanlarda şiddetli periodontitis görülme oranının önemli ölçüde düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda bu soruya verilen doğru cevap oranı, mevcut çalışma popülasyonumuzun ağız diş sağlığı bilinç düzeyinin yüksek olması ile uyumludur.

Kullanılan ilave bakım araçları gruplara göre farklılık göstermektedir. Diş ipi ve gargara kullanımı sağlıklı grupta daha yüksek bulunurken, kürdan kullanımı diğer gruplara göre daha düşük bulundu. Ara yüz fırçası kullanımı gruplar arasında farklılık göstermemektedir. Ara yüz temizliği yapılması ağzın tamamının etkin temizliği için gereklidir. Sambunjak ve ark. (2011) hazırladıkları derlemede inceledikleri araştırmalar neticesinde diş fırçalamaya ek olarak ara yüz temizliği ve diş ipi kullanımının dişeti iltihabını sadece diş fırçalamaya göre daha etkili azalttığını ve plak eliminasyonunu da arttırdığını bildirmişlerdir. Çalışmalar periodontitisli bireylerin diş ipi ve ara yüz fırçası gibi ilave bakım aracı kullanım oranının düşük olduğunu iddia etmektedir ki bu da bizim bulgumuzla uyumludur (Sambunjak ve ark 2011; Han ve Park, 2017). Hijyen alışkanlıkları ile ilişkili bulgularımız diş fırçalamanın yanı sıra ara yüz temizliğinin de periodontal hastalıkların başlaması ve ilerlemesini önlemedeki önemini göstermektedir.

Çalışmamızda düzenli diş hekimine gitme oranı sağlıklı gruptaki bireylerde en yüksek, periodontitis grubundaki bireylerde ise en düşük olarak tespit edildi. Kadınların diş hekimi hizmetlerinden daha sık faydalandığını ve herhangi bir yakınma nedeniyle değil sıklıkla kontrol ve estetik amaçlı başvurduğunu gösteren literatürler olmasında rağmen bizim çalışmamızda kadın ve erkek arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Sakki ve ark., 1998). Ancak sosyoekonomik düzeyin diş hekimi ziyaret sıklığı üzerine etkisi cinsiyete göre daha yüksek olarak görülmüştür. Eğitimle birlikte artan gelir düzeyiyle beraber sadece hastalık nedeniyle değil kontrol amacıyla da yapılan diş hekimi ziyaretleri artış göstermektedir (Sakki ve ark., 1998). Bekar bireylerin evli bireylere göre diş hekimi kontrollerine daha düzenli gittiği, evli bireylerin çoğunlukla yakınması olduğunda diş hekimine gittiği yaptığımız çalışmada tespit edildi. Evli bireylerin daha az serbest zamanının olması nedeniyle sağlık servislerinden faydalanmaları bekarlara göre daha kısıtlı olduğu bildirilmiştir (Verbrugge, 1979). Bununla birlikte düzenli olarak diş hekimine giden bireylerin OHIP-14 skorları ‘ara sıra’ ve ‘yakınma olunca’ gidenlere göre düşük bulundu ki bu da dolaylı olarak ağız diş sağlığı ile ilgili kişiye sıkıntı verecek durumların daha az yaşandığını yani yaşam kalitesinin düşmediğini gösteren bir bulgudur. Çalışmamızda en son diş hekimine gitme zamanı da değerlendirildi ve 12 ay eşik değer alınarak değerlendirmeler yapıldı (Kumar ve ark., 2009; Han ve Park, 2017). Sağlıklı gruptaki bireylerin %83,6’sı son 12 ay içinde kontrole geldiği tespit edildi. Bunun yanında periodontitisli bireylerin %41.2’si, gingivitisli bireylerin ise % 46.8’i bir

yıldan uzun süredir diş hekimini ziyaret etmedikleri tespit edildi. Bulgularımızla benzer şekilde Kumar ve ark. (2009) diş hekimini hiç ziyaret etmeyen bireylerin yaşam kalitesinin, son 12 ay içinde kontrole gelen bireylerin yaşam kalitesine göre düşük olduğunu bildirmişlerdir. Yine yapılan pek çok çalışmada yakınması olduğunda diş hekimine giden bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu (Brennan ve ark., 2007; Ng ve Leung, 2008; Çağlayan ve ark., 2009; Sanders ve ark., 2009); düzenli kontrol amacıyla diş hekimine giden bireylerin ise yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (Lawrance ve Broadbent, 2008). Periodontal hastalıklar kronik karakterli ağrısız ve yavaş başlayan, başlangıç sonrası remisyon ve eksaserbasyon dönemleri ile seyreden enflamatuvar hastalıklardır. Özellikle remisyon dönemleri bireylerin hastalığı fark edemeyeceği evrelerdir; bu nedenle hastalığın başlangıç ve seyrinin hekim tarafından tespit edilmesi ve kontrol altında tutulması düzenli zaman aralıkları ile yapılacak kontrollerle mümkün olmaktadır (Merin, 2015). Bunların sonucunda düzenli yapılmayan diş hekimi kontrollerinin ağız diş sağlığı problemlerinin artmasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceğini düşünmekteyiz. Düzenli hekim ziyaretlerinin yanı sıra ilk diş hekimine gitme yaşı ortanca değerinin sağlıklı gruba kıyasla hem gingivitis hem de periodontitis gruplarında anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu da bize periodontal hastalıklı bireylerin ağız diş sağlığının tanımı ve ağız bakım alışkanlıkları ile ilgili gerekli ve yeterli bilinç ve bilgiye daha geç yaşta ulaştığı ve dental tedavilerden daha geç faydalandığı için periodontal hastalık sebebi olan faktörlere daha fazla ve uzun süre maruz kaldığını böylece hastalığa yakalanma riskini arttırdığını düşündürmektedir. Toplumdaki bireyler ne kadar erken diş hekimiyle tanışırsa ağız bakım alışkanlıklarının da o kadar erken düzene gireceği ama bunda ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin de etkili olduğu bildirilmiştir (Sheiham ve Nicolau, 2005, Lutfioğlu ve ark., 2013). Dolayısıyla bireylerin erken bilinç kazanması ve düzenli hekim kontrolü altında olması; periodontal hastalığı mevcut olan bireylerin ise idame fazında tutulması önemlidir.

Gruplar arasında sigara kullanan bireyler kendi içinde günlük içilen sigara miktarı açısından değerlendirildiğinde periodontitis grubunda önemli ölçüde yüksek sayıda sigara içildiği belirlendi. Ancak sigara kullanan ve kullanmayan bireyler arasındaki yaşam kalitesi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmadı. Periodontal hastalıklar için sigara kullanımı önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Palmer ve ark., 2005). Sigara içen bireylerin periodontal hastalık prevalansının yüksek olduğunu ve

günlük içilen sigara adetiyle hastalık şiddetinin korelasyon gösterdiğini belirten pek çok çalışma bulunmaktadır. (Aydoğdu ve ark., 2015; Jenifer ve ark., 2015; Chatzopoulos ve Tsalikis, 2016; Khan ve ark., 2016). Yaşam kalitesi açısından ise Tayland'da yakın dönemde yapılan bir araştırmada sigara içenlerin ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerini sigara kullanımına bağlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir (Yienprugsawan, 2011). Çalışmamızda sigara kullanan birey sayısının düşük olması, bireylerin sigara kullanımına göre sınıflandırıldığında eşit dağılım göstermemesi sigara kullanımı ve yaşam kalitesi arasındaki olası ilişkilerin belirlenmesini engellemiş olabilir. Yaşam kalitesi ile sigara kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi için sigara kullanım miktarının, sigaranın bireylerin fiziksel/psikolojik sağlığı ve ağız sağlığı üzerine etkilerinin değerlendirildiği daha ileri çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Ağız diş sağlığı bilgi ve bilinç düzeyini ölçen soruların gruplara göre doğru yanıtlanma oranı en yüksek sağlıklı grupta olurken en düşük periodontitisli grupta olduğu tespit edildi. Sağlıklı grupta tüm sorulara doğru yanıt veren birey oranı da yüksek olarak tespit edildi. Sağlıklı grup eğitim düzeyi en yüksek grup olduğundan, ağız diş sağlığı bilinç düzeyinin de eğitim düzeyiyle paralellik göstermesi uyumludur. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş hekimliği Periodontoloji Departmanına başvuran ilk muayeneleri yapılan ve dental hikayeleri kaydedilen 97 birey üzerinde yapılan çalışmada hayatı boyunca en az bir kez periodontal tedavi görmüş olan bireylerde bile ağız diş bakım alışkanlıklarının olumlu yönde etkilendiği ve ağız ve diş sağlığıyla ilgili bilincin arttığı gözlemlenmiştir (Lütfioğlu ve ark., 2013). Çalışma grubumuzdaki ağız diş sağlığı bilgi ve bilinç düzeyini değerlendirmeye yönelik soruların doğru cevap oranının yüksek olmasının sebebini, çalışmamıza dahil ettiğimiz bireylerin periodontoloji kliniğine tedavi görmek bilinciyle başvuran bireylerden seçilmiş olması, ilk diş hekimine gitme yaşlarının düşük olması ve hekim ziyaret sıklıklarının fazla olması ile açıklayabiliriz.

Gruplara göre ağız diş sağlığı farkındalık düzeyini belirlemeye yönelik sorunun cevapları anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Sağlıklı grupta 'iyi' olarak bildirimde bulunanların oranı %58 iken periodontitis grubunda %13,2 olarak belirlendi. Gingivitis ve periodontitis gruplarında ağız diş sağlığı durumlarının 'kötü' olduğunu ifade edenlerin oranı sağlıklılara göre daha yüksek bulundu. Araştırmalar insanların sağlıklarına yönelik görüşlerinin doktorlarına göre farklı faktörlere dayandığını iddia etmektedir (Hall ve ark., 1989) ve benzer şekilde insanların kendi ağız sağlığını değerlendirdiği ölçeklerin,

diş hekimlerinin ağız sağlığını değerlendirmek için kullandığı global ölçeklerden farklı faktörlere dayandığını da bildirilmiştir (Atchison ve ark., 1993). Lie ve Mellengen'in (1987) Bergen Üniversitesi periodontoloji kliniğinde yaptıkları çalışma ile kliniğe başvuran hastaların çoğunun periodontal durumu ve tedavi ihtiyacı konusunda farkındalığı olmadığı bildirilmiştir. Bu mevcut çalışmanın aksine bizim çalışmamıza katılan hastaların kendi durumları hakkındaki farkındalıkları yüksektir. Farkındalıklarının yüksek olduğunun bir göstergesi de ağız diş sağlığı farkındalık sorusuna göre durumunu 'kötü' olarak ifade edenlerin yüksek OHİP-14 skorları ile 'iyi' ve 'mükemmel' olarak ifade edenlerin düşük skorları arasında istatistiksel anlamlı farkın tespit edilmesi ve dolayısıyla bireylerin farkındalıkları ile OHİP-14 skorlarının birbirine paralel olarak değişim göstermesi araştırma grubumuzun tesadüfi değil bilinçli bir farkındalık içinde olduğunun bir göstergesidir. Palma ve ark. (2013) da benzer şekilde Brezilya'da periodontal hastalığı olan 150 birey üzerinde yaptığı kesitsel çalışmada kişinin kendi algıladığı ağız diş sağlığı ve genel sağlık algısını tüm OHİP-14 skorlarıyla değişim gösterdiğini ve yüksek skorların hastalık şiddetiyle ilişkili olduğunu iddia etmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki ağız diş sağlığı farkındalığını değerlendirmek amacıyla sorulan soruya kendi ağız diş sağlığı durumlarıyla paralel cevap verme oranının yüksek olma sebebini; çalışmamıza dahil ettiğimiz bireylerin periodontoloji kliniğine tedavi görmek bilinciyle başvuran bireylerden seçilmiş olması ve ilk diş hekimine gitme yaşlarının düşük olması ile açıklayabiliriz.

Pek çok sağlık sorununun yaşam kalitesi üzerine etkisi irdelenmiştir ancak ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ve daha spesifik olarak periodontal sorunlarla ilişkili yaşam kalitesi değişiminin değerlendirilmesi adına sağlıklı ve hastalıklı grupların kontrollü bir şekilde birbiriyle karşılaştırıldığı az sayıda araştırma bulunmaktadır. Mevcut kesitsel çalışmalar ise küçük gruplar üzerinde yapılmıştır (Durham ve ark.2013). Daha da önemlisi periodontal hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi diş çürüğü ve diş kaybı gibi diğer oral problemler kadar yaygın araştırılmamıştır. Araştırmamız geniş bir grupta periodontal sağlıklı ve hastalıklı bireyleri inceleyen nadir çalışmalardan biri olmuştur ve sonucunda kronik periodontitisin bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Çalışmamızda periodontal hastalıklı ve sağlıklı bireylerde yaşam kalitesinin etkilenip etkilenmediğini değerlendirmek amacıyla OHİP-14 ölçeği kullanıldı. OHİP-14 toplam ve alt grup ortanca değerleri periodontitis grubunda

diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Sağlıklı grupta da gingivitis grubuna göre daha düşük bulundu. Periodontal hastalığın OHIP-14 skorları üzerine etkisi olmadığını söyleyen çalışmalar (Sanadhya ve ark., 2015) olmasına rağmen bizim çalışmamızla benzer şekilde periodontal hastalığı mevcut bireylerin yüksek OHIP-14 skorlarına sahip olduğu ortaya konulmuştur (Ng ve Leung, 2006; Bernabe ve ark. 2010; Slade ve Sanders, 2011; Al Habashneh ve ark., 2012; Durham ve ark., 2013; Simona ve ark., 2014). Periodontal hastalık ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenen çalışmamız ile uyumlu olarak Palma ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada ağız sağlığı algısı ve OHIP-14 ölçümleri arasında anlamlı ilişki olduğu ve periodontal hastalıklı bireylerde yüksek OHIP-14 skorlarının olduğu bildirmişlerdir.

CD, KAS, Pİ ve Gİ ölçümleri periodontal hastalıkların değerlendirilmesi için kullanılan klinik parametrelerdir. Bu parametrelerin tümü hastalıkla ilişkili olarak periodontitis grubunda daha yüksek değerlerde kaydedildi. Periodontitis grubunda CD ortanca değeri 4,4 olurken KAS ortanca değeri 5 olarak kaydedildi. Pİ, Gİ ve KAS ile OHIP-14 skorları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki; CD ve OHIP-14 skorları arasında ise pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulundu. Klinik ölçüm değerlerinin artışının yaşam kalitesini düşürdüğü yani hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edildi. OHIP-14 ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği çeşitli araştırmalarla, dişeti kanaması, CD artışı ve yaşam kalitesi seviyesi arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğunu ama Pİ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı (Cicciu ve ark.'nın 2013); ataşman kaybı olmayan veya az miktarda olan bireylerin yaşam kalitesinin, yüksek miktarda ataşman kaybı sergileyen bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu (Ng ve Leung, 2008; Bernabe ve Marcenes, 2010) iddia edilmiştir. Yakın dönemde Shanbhag ve ark.'nın (2012) yaptığı derleme sonucunda periodontal değerlendirme sonucu ağızda cep derinliği ≥ 4 mm olan bölgeler arttıkça yaşam kalitesi skorlarında azalma olduğu bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada yaşam kalitesi ile periodontal durum (5mm veya daha derin cebe sahip diş sayısı) arasında korelasyon olduğu belirlenmiştir. Klinik periodontal durum kötüleştikçe yaşam kalitesinin de kötüleştiği iddia edilmiştir (Needleman ve ark., 2004). Araujo ve ark.'nın (2010) rastgele seçilen 401 birey üzerinde periodontal hastalığın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada OHIP-14 ölçek puanları periodontitis olan bireylerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ve fonksiyonel limitasyonun yaşam

kalitesi üzerine en fazla olumsuz etkide bulunan bileşen olduğu bildirilmiştir. Yani periodontal hastalık şiddetinin artışı gösteren bu bulgular ile periodontal enfeksiyon ve doku harabiyetinin artışının sonucu olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek kısır bir döngü oluşturduğu düşünülebilir.

Diş eksikliği kişilerin fonksiyon, estetik ve konuşmasını bozarak yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkide bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da ağızda bulunan diş sayısı ile OHIP-14, CD, KAS, Pİ ve Gİ arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki tespit edildi. Diş eksikliğinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi çeşitli araştırmacılarca vurgulanmıştır (Chen ve Hunter, 1996; Ng ve Leung, 2008; Shanbhag ve ark., 2012; Fotedar ve ark., 2014; Batista ve ark., 2014). Eltaş ve Uslu (2013) tarafından Türkiye’de agresif periodontitisi olan hastalarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini belirlemek için yapılan çalışma sonucunda ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenin dişsizlik olduğunu ve agresif periodontitisin ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini önemli derecede düşürdüğünü bildirmişlerdir. Enoki ve ark. (2014) tarafından diş kaybının ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amacı ile 60 yaş ve üzeri 99 birey beş yıl boyunca izlenmiş ve kullanılan OHIP-14 ölçeği ile toplanan veriler arasında kurulan doğrusal regresyon modeli ile diş kaybı ve ağız kuruluşunun beş yıl boyunca kötüleşen ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin önemli belirleyicileri olduğu iddia edilmiştir. Sonuç olarak diş kaybı, ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini; kişilerin fonksiyon, estetik ve konuşmasını bozarak olumsuz yönde etkilemektedir.

Dental korku bireylerin dental kontrollerini ve tedavilerini ertelemesine, bu durum da kronik periodontitis gibi yavaş ve sessiz seyreden hastalıkların ilerlemesine bunun sonucu olarak da hastaların ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitelerinde kötüleşmelere neden olabilmektedir. Çalışmamızda periodontitis grubundaki bireylerin DHKS ortanca değerinin diğer gruplardan yüksek bulunması bunu doğrular niteliktedir. Sezer ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada periodontitis ve gingivitis grubundaki bireylerin dental korkusunu sağlıklı gruba göre yüksek bulmuştur. Diş hekimi korkusu olan kişilerin ağız diş sağlığı ve bakımının daha kötü olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Mehrstedt ve ark., 2004; Ng ve Leung, 2008). Bunlar periodontal hastalığın oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Diş hekimi korkusu yüksek olan bireylerin bununla orantılı olarak

diş çekimi, dişeti tedavisi, diş taşı temizliği, dolgu, dental kuron ve köprü gibi tedavilere daha fazla gereksinimi olduğu bildirilmiştir (Armfield ve ark., 2007).

Diş hekimi korkusunun ve dental korkunun demografik verilerle ilişkisi farklı ölçekler kullanılarak çeşitli araştırmalarda değerlendirilmiştir. Diş hekimi korkusuyla yaş arasında yaptığımız çalışmada anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bizim gibi ilişki bulamayan çalışmalar (Gisler ve ark., 2012; Armfield, 2013; Ergüven ve ark., 2015) olduğu gibi ileri yaştaki bireylerde genç bireylere göre daha düşük dental korku gözlemlendiğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Thomson ve ark., 2000; Mehrstedt ve ark., 2004; İlgüy ve ark., 2005; Eitner ve ark., 2006). Farklı olarak Kumar ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada 44 yaşından genç bireylerde daha düşük dental korku gözlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin toplumsal, sosyal, kültürel farklılıkları, daha önceki tecrübeleri, diş hekimiyle tanışma yaşları gibi pek çok faktör yaşla birlikte dental korku seviyesinde değişime neden olabileceği için tüm bu çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olmasının sebebi olabilir.

Çalışmamızda dental korku seviyesinin cinsiyete göre anlamı fark gösterdiği ve kadınlarda korku skalası değerlerinin yüksek olduğu tespit edildi. Tunç ve ark.'nın (2005) İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran 557 kişide yaptıkları çalışmada kadınlardaki dental korkuyu erkeklere oranla daha yüksek düzeyde bulmuşlardır. Başka bir çalışmada dental tedavi için başvuran yetişkin bireylerden rastgele seçilen 294 kişide kadınların dental korku seviyeleri erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (İlgüy ve ark., 2005). 850 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan başka bir çalışmada MDKS kullanılmış ve kadınlarda daha yüksek dental korku seviyesi gözlenmiştir (Sghaireen ve ark., 2013). Bunlar gibi kadınlardaki dental korkuyu erkeklerden yüksek bulan pek çok çalışma vardır (Abrahamsson ve ark., 2003; Bergdahl ve Bergdahl, 2003; Kumar ve ark., 2009). Bizim bulgularımız da kadınlarda dental korku seviyesinin erkeklerden yüksek olduğu yaygın bulgusunu destekler nitelikte belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin sosyo-ekonomik durumun belirteçleri olan eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, medeni durumu ile dental korku düzeyi arasında ilişki bulunmamaktadır. Ergüven ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Cerrahi Kliniği'ne başvuran 1165 kişinin dental korku seviyesini değerlendirdikleri bireylerin dental kaygısıyla yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri

arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte periodontal tedavi için bekleyen hastaların dental korku seviyesinin değerlendirildiği Sezer ve ark.'nın (2012) çalışmasında da bizim çalışmamızla uyumlu olarak yine aylık gelir düzeyine göre dental korku düzeyinin değişmediği gözlenmiştir.

Süleyman Demirel Üniversitesi Periodontoloji Kliniği'ne ilk kez başvuran rastgele seçilen 930 hastaya uygulanan DHKS sonucunda bireylerin fırçalama sıklığının dental anksiyete düzeyi üzerinde farklılık oluşturmadığı gözlenmiştir (Ay ve ark., 2005). Sezer ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da fırçalama sıklığı ile dental korku arasında ilişki bulunmamıştır.

Dental korku düzeyi yüksek olan bireyler düzenli diş hekimi kontrollerine daha az oranda gittikleri bildirilmiştir (Eitner ve ark., 2006). Diş hekimi korkusu olanların dental kontrol ve tedavilerden kaçındıkları düşünülecek olursa çalışmamızda da düzenli diş hekimine giden bireylerin dental korku düzeyi düşük bulundu. Armfield ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada dental fobisi fazla olan bireylerin diş hekimi ziyaretlerini geciktirme olasılıkları yüksek buna bağlı olarak da dental problemleri fazla bulunmuştur. Araştırmamız dahilinde diş hekimine gitme sıklığını öğrenmek için sorduğumuz soruya 'yakınma olunca' cevabını veren bireylerin çoğunun dental korkusu daha önce yapılmış çeşitli araştırma sonuçları ile uyumlu şekilde yüksek bulunmuştur (Armfield ve ark., 2007; Ng ve Leung, 2008). Boyce ve ark. (2016) dental korkunun düzenli dental kontrollerinden kaçınmanın ana nedeni olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca diş hekimlerinin uygulanan anesteziilerin hastaların ağrı ve kaygısını hafifletmeye nasıl yardımcı olabileceğini paylaşımlarını ve hastalarını eğitmelerini önermektedir. En son diş hekimine gitme zamanı ile dental korku arasında ilişki bulunamadı. Ancak bazı çalışmalarda son 12 ay içerisinde diş hekimine gidenlerin hiç diş hekimine gitmeyenlere göre daha düşük korku düzeyi olduğu bulunmuştur (Kumar ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada diş hekimi korkusu olmayan bireylerin son 12 ay içerisinde diş hekimi ziyaretinde bulunma oranı yüksek bulunmuştur (Armfield ve ark., 2007). Diş hekimi kontrollerine düzenli gitmemenin doğal bir sonucu olarak ağız sağlığının kötüleşmesi, bunu takiben daha invaziv işlemlere gerek duyuluyor olmasıyla dental korku ve düzenli kontrollerden kaçınmanın pekiştiği olası bir sonuçtur.

Korkusu olan bireylerin sigara tüketim miktarı artabileceği gibi sigara kullanımı geciktirilen veya engellenen bireylerin korku düzeyi artabilmektedir. Bizim

çalışmamızda da sigara kullanımı ve korku düzeyi arasındaki ilişki incelendi ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi. Bu sigara içen birey sayısının az olmasına bağlanabilir nitekim Sezer ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada da sigaranın dental anksiyete üzerine etkisi bulunamamıştır. Dental korkuyla sigara tüketimi arasındaki ilişki, sigara içen birey sayısının daha fazla olduğu daha kapsamlı çalışmalarla değerlendirmesi daha anlamlı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Bireylerin ağız diş sağlığı algısı ile dental korku düzeyleri arasında negatif korelasyonlar gözlemlendi. Ağız diş sağlığı durumunu kötü olarak düşünen bireylerde dental korku en yüksek düzeyde gözlemlendi. Yapılan bir çalışmada diş hekimi korkusu çok yüksek olan bireylerin çoğu kendi ağız ve diş sağlığını ortalama ve kötü olarak tanımlamıştır (Armfield ve ark., 2007).

Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesiyle dental korku arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki bulunmaktadır. Yaşam kalitesi arttıkça dental korkunun azaldığı gözlemlendi. Dental korku; diş ağrısı, dental problemlerden dolayı beslenmeden kaçınma, uyku sorunu gibi pek çok probleme neden olarak yaşam kalitesini aşağı çekebilmektedir. Bu durum pek çok çalışmayla desteklenmiştir (McGrath ve Bedi, 2004; Mehrstedt ve ark., 2004; Ng ve Leung, 2008; Vermaire ve ark., 2007; Schierz ve ark., 2008; Kumar ve ark., 2009; Pohjola ve ark., 2009; Gisler ve ark., 2012).

Periodontal hastalıklar kronik seyirli ağrısız ve yavaş ilerleyen iltihabi hastalıklardır. Düzenli hekim kontrolleri hastalıkların hem erken teşhisi hem de kontrol altında tutulması için önemlidir. Düzenli diş hekimi muayenelerinin ve uygulanan tedavilerin yanı sıra dental korku ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilecek çok sayıda değişken bulunmaktadır. Periodontal hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ile hastaların algı seviyeleri belirlenerek ve hasta odaklı değerlendirmeler yapılarak; toplum sağlık hizmetlerinin planlanması ve eldeki kaynakların ihtiyaca göre dengeli bir biçimde dağıtılması ve hastaların ağız-diş sağlığı hizmetlerine erişiminin daha kolay hale getirilmesi gerekmektedir. Çalışmamız dahilinde periodontoloji kliniğine tedavi için başvuran belirli bir grup hasta değerlendirilmiştir bu sebeple grubumuz toplumun tüm özelliklerini yansıtmayı engellemektedir ve bu durum çalışmamızın en belirgin limitasyonudur. Geniş çaplı ve ileriye dönük, ağız diş sağlığı ile ilişkili çoklu faktörleri de taramayı hedefleyen, iyi planlı toplumsal taramalar ile toplum ağız diş sağlığı bilinci

ve sağlık algısının değerlendirilmesi dengeli ve çözüm oluşturacak sağlık politikalarının belirlenmesi için önemlidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışma kapsamında değerlendirdiğimiz sosyodemografik verilerin periodontal durum üzerine etkileri belirlendi. Bu tespitler neticesinde evli bireyler arasında periodontitis teşhis oranının bekar bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu; eğitim seviyesinin periodontal sağlıkla ilişkili olduğu, buna bağlı olarak üniversite ve lisans üstü mezunlarında periodontal sağlıklı olan bireylerin oranı, ilköğretim mezunlarında ise periodontitisli bireylerin oranı yüksek bulundu.

- Çalışma kapsamında uygulanan anket ile bireylerin ağız bakım alışkanlıklarını araştıran sorulara verilen cevaplara göre günde iki veya üzeri sayıda dişini fırçalayanların oranının periodontal sağlıklı grupta diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Diş ipi kullanım oranı sağlıklı grupta daha yüksek bulunurken, kürdan kullanım oranı diğer gruplarla karşılaştırıldığında sağlıklı grupta daha düşük bulundu. Ara yüz fırçası kullanım oranı gruplara göre farklılık göstermedi.

-Dişlerini düzenli fırçalama oranı kadınların erkeklere göre, bekarların evlilere göre, üniversite ve yüksek lisans mezunlarının lise ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek bulundu. Yine aylık geliri ≥ 2000 tl olanların dişlerini günde iki kez ve üzeri fırçalama oranı < 2000 tl geliri olanlara göre daha yüksek bulundu.

- Düzenli olarak diş hekimine gitme oranı en yüksek sağlıklı grupta bulundu. Son 12 ay içinde diş hekimine gidenlerin oranı da en yüksek sağlıklı grupta bulundu. İlk diş hekimine gitme yaşı periodontitis grubunda diğer gruplardan daha büyük olduğu ve dolayısıyla hekimle karşılaşmalarının daha geç yaşlarda olduğu belirlendi.

- Diş hekimine gitme sıklığı cinsiyetle ilişkili bulunmadı. Bekarların düzenli olarak diş hekimine gitme oranı evlilerden daha yüksek, evlilerin yakınma oldukça diş hekimine gitme oranı bekarlardan yüksek bulundu. Üniversite ve lisans üstü mezunlarının düzenli olarak diş hekimine gitme oranı lise ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek bulundu. 1000TL'nin altında geliri olanların yakınma oldukça diş hekimine gitme oranı 2000TL'nin üzerinde geliri olanlara göre daha yüksek bulundu.

- Son 12 ay içinde diş hekimine gidip/gitmeme durumu cinsiyet ve medeni duruma bağlı bulunmadı. Ancak üniversite ve yüksek lisans mezunlarının son 12 ay içinde diş hekimine gitmiş olma oranı lise ve ilköğretim mezunlarından yüksek bulundu. Ayrıca aylık geliri 2000TL'nin üzerinde olan bireylerin son 12 ay içinde diş hekimine gitme oranı daha yüksek bulundu.

- Ağız diş sağlığı bilinç ve bilgi düzeyini belirlemek adına yapılan değerlendirme ile bilgi ve bilinç düzeyinin en yüksek periodontal sağlıklı grupta olduğu belirlendi.

- Ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi en düşük periodontitis grubunda bulundu ve bunla birlikte dental korkusu en yüksek periodontitis grubu bulundu.

- Çalışmaya katılan bireylerin periodontal durumlarını değerlendirmek için kaydedilen periodontal klinik parametrelerin hastalık lehine değişimi ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve OHİP-14 skorlarının yükselmesine neden olduğu ve de aralarında istatistiksel anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edildi. Bununla birlikte OHİP-14 skorları ile DHKS skorları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki bulundu.

- Pİ ve Gİ ile OHİP-14 ve DHKS arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki bulundu. CD ile OHİP-14 arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki bulunurken CD ile DHKS arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki bulundu. Ağızda mevcut diş sayısı ile OHİP-14, Pİ, Gİ, CD, KAS ve bireyin yaşı arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı ilişki bulundu.

- OHİP-14 skoru yüksek olan bireylerin yani yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiş olanların fırçalamalarının düzensiz olduğu, düzenli hekime gitmedikleri, en son diş hekimine gitme sürelerinin 12 aydan fazla olduğu belirlendi. Evli olan bireylerin OHİP-14 değeri bekarlardan yüksek bulunurken DHKS değeri medeni duruma göre farklılık göstermedi. Bireylerin aylık gelir düzeyine göre OHİP-14 ve DHKS değerleri farklılık göstermedi. Kadınların OHİP-14 ve DHKS değeri erkeklerden daha yüksek bulundu.

- DHKS değeri yüksek yani dental korkusu yüksek olan bireylerin yakınması olunca diş hekimine gittikleri belirlendi ancak en son diş hekimine gitme zamanına göre DHKS değeri arasında fark bulunmadı.

- Sigara kullanan bireyler arasında yapılan karşılaştırmada günlük içilen sigara adedinin periodontitis grubunda gingivitis ve sağlıklı gruplara göre daha fazla olduğu görüldü.

- Ağız diş sağlığını mükemmel bulanların OHİP-14 değeri anlamlı derecede düşük bulundu. Ağız diş sağlığını kötü bulanların OHİP-14 değeri en yüksek bulundu.

- Periodontal hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığın neden olacağı rahatsızlığı azaltmak için periyodik kontrollerle önleyici, terapötik ve idame tedavilerin yapılması önemlidir.

- Ek temizlik araçlarının kullanımı için gargaradan daha önemli olarak diş ipi ve ara yüz fırçası kullanım oranı arttırılacak şekilde hastalar yönlendirilmelidir.

- Eğitim seviyesi düşük bireylere ulaşarak ağız diş sağlığı ve bakımı öğretilmeli, bu bireyler ağız sağlığı ile ilgili bilinçlendirilmelidir.

- Hekimle karşılaşma yaşının erken olmasının hastalık önlemede önemli olduğu düşünülmektedir ve erken yaşlarda hekim-hasta iletişimi kurulması için gereken düzenlemeler yapılmalıdır.

- Ağız ve diş sağlığını geliştirmeye yönelik stratejiler, genel sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerle birleştirilerek, ağız diş sağlığı ihtiyaçlarını göz önüne alarak yapılan sağlık planlamalarının hem genel hem de ağız diş sağlığını daha iyi konuma getirebileceğini düşünmekteyiz.

- Periodontal hastalığın etkilerinin hastalar tarafından nasıl algılandığının bilinmesi; hastaların periodontal tedaviye gereksinimlerinin belirlenmesi, tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi, toplum sağlık hizmetlerinin planlanması ve kaynakların uygun dağıtımı açısından önemli olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *Eur J Oral Sci* 2003;111.2: 99-105.
- Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J. ve Sacro-Infirri J. Development of the World Health Organisation (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 1982; 32:281-291.
- Akboyun N, Alkan N, Gürkan C. Yaşam Kalitesi ve Periodontal Sağlık. *Diş Hekimliği Dergisi*. 5/2011; 22:101:56-61.
- Al Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci* 2012;54.1: 113-120.
- Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1.1: 40.
- Allen, PF, McMillan AS, Locker D. An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29.3: 175-182.
- Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med* 1997; 45.2: 221-230.
- Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Khabbaz AK, Dashti A, Honkala EJ. Self-reported oral hygiene habits and oral health problems of Kuwaiti adults. *Med Principles Practice* 2007; 16.1: 15-21.
- Anderegg CR, Metzler DG, Nicoll BK. Gingiva thickness in guided tissue regeneration and associated recession at facial furcation defects. *J Periodontol* 1995; 66.5: 397-402.
- Appukuttan DP, Tadepalli A, Victor DJ, Dharuman S. Oral Health Related Quality of Life among Tamil Speaking Adults Attending a Dental Institution in Chennai, Southern India. *J Clin Diagn Res: JCDR* 2016; 10.10: ZC114.
- Araújo ACS, Gusmao ES, Batista JEM, Cimoës R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence International* 2010; 41.6.
- Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 7.1: 1.
- Armfield JM. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41.3: 279-287.

- Åström AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114.2: 115-121.
- Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, Jong FD, Mayer-Oakes SA. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders. *J Public Health Dent* 1993; 53.4: 223-230.
- Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30.2: 81-85.
- Ay ZY, Çağlar F, Orun B, Uskun E. Hastaların ağız sağlığı, dental anksiyete düzeyleri ve olası belirleyicileri ile ilgili bildirimlerinin ölçek sonuçlarıyla tutarlılığı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5.2: 56-61.
- Ay ZY, Erdek Y, Öztürk M, Kılınç G, Bozkurt Y, Yılmaz R. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet üniversitesi diş hekimliği fakültesi dergisi* 2005; 8.1: 8-12.
- Ay ZY, Gündoğar D, Büyüköztürk Ş, Gadbury-Amyot C. Dental Hygiene Fear Survey: reliability and validity of the Turkish version. *J Dent Educ* 2008; 72.2: 183-194.
- Aydoğdu A, Lütfoğlu M, Sakallıoğlu EE. Effects of smoking on periodontal health and oral hygiene habits. *Spatula DD-Peer Reviewed J Complementary Med Drug Discovery* 2015; 5.2: 89-95.
- Başol ME, Karaağaçlıoğlu L, Yılmaz B. Türkçe Ağız Sağlığı Etki Ölçeğinin Geliştirilmesi-OHIP-14-TR. *Türkiye Klinikleri Dishekimligi Bilimleri Dergisi* 2014; 20.2.
- Batista, MJ, Lawrence HP, Rosário de Sousa ML. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12.1: 165.
- Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance: a retrospective study in 44 patients. *J Periodontol* 1984; 55.9: 505-509.
- Bergdahl M, Bergdahl J. Temperament and character personality dimensions in patients with dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2003; 111.2: 93-98.
- Bergner M, Bobbit B, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981: 787-805.
- Bergen U, Carlson GS, Hakeberg M, Haggblm C, Samsonowitz B. Assesment of patients with phobic dental anxiety. *Act Odental Scand.* 1997; 55:217-222.

- Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* 2010; 37.11: 968-972.
- Blanco-Aguilera A, Blanco-Hungria A, Biedma-Velazquez L, Serrano-del-Rosal R, González-López L., Blanco-Aguilera E., Segura-Saint-Gerons R. Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19.2: 127.
- Breivik T, Opstat PK, Gjermo P, Thrane PS. Effects of hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity on periodontal tissue destruction in rats. *Eur J Oral Sci* 2000; 108.2: 115-122.
- Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2.1: 35.
- Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Quality of life and disability weights associated with periodontal disease. *J Dent Res* 2007; 86.8: 713-717.
- Brennan DS, Spencer AJ. Life events and oral-health-related quality of life among young adults. *Qual Life Res* 2009; 18.5: 557-565.
- Borges TF, Regalo SC, Mario Taba Jr., Siessere S, Mestriner Jr., Semprini M. Changes in masticatory performance and quality of life in individuals with chronic periodontitis. *J Periodontol* 2013; 84.3: 325-331.
- Boyce RA, Kirpalani T, Mohan N. Updates of topical and local anesthesia agents. *Dent Clin* 2016; 60.2: 445-471.
- Burt BA. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *J Am Dent Assoc* 1994; 125.3: 273-279.
- Cağlayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yılmaz AB. Correlation between oral health related quality of life OHQoL and oral disorders in a Turkish patient population. 2009.
- Carranza FA. Glickman's Clinical Periodontology. 8th Ed. WB Saunders Co, Philadelphia 1996.
- Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME, Cruz-Hervert LP. Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study. *Geriatrics Gerontology Int* 2017; 17.5: 744-752.
- Chatzopoulos GS, Tsalikis L. Periodontal treatment needs and systemic diseases in an older population in Greece. *J Clin Exp Dent* 2016; 8.1: 32.

- Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43.8: 1213-1222.
- Cicciù M, Matacena G, Signorino F, Brugaletta A, Cicciù A, Bramanti E. Relationship between oral health and its impact on the quality life of Alzheimer's disease patients: a supportive care trial. *Int J Clin Exp Med* 2013; 6.9: 766.
- Cohen LK, Jago JD. Toward formulation of socio-dental indicators. *Int J Health Services* 1985; 19:27-30.
- Cunningham S, Nigel P. Quality of life and its importance in orthodontics. 2001.
- Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. 2001.
- Dommish H, Kebschull M. Chronic Periodontitis. In: Newman M, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th Ed. Elsevier Canada. 2015: 309-319.
- Durham J, Fraser HM, McCracen GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *J Dent* 2013; 41.4: 370-376.
- Economou GC, Honours BS. Dental anxiety and personality: investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *J Dent Edu* 2003; 67.9: 970-980.
- Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil* 2006; 33.8: 588-593.
- Eltas A, Uslu MÖ. Evaluation of oral health-related quality-of-life in patients with generalized aggressive periodontitis. *Act Odontol Scand* 2013; 71.3-4: 547-552.
- Enoki K, Matsuda K, Ikebe K, Murai S, Yoshida M, Maeda Y, Thomson WM. Influence of xerostomia on oral health-related quality of life in the elderly: a 5-year longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014; 117.6: 716-721.
- Ergüven SS, Işık B, Kılınç Y. Diş hekimliği fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile son sınıf öğrencilerinin dental kaygı-korku düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Act Odontol Turcica* 2013; 30.2: 70.
- Ergüven SS, Kılınç Y, Delilbaşı E, Işık B. Bir diş hekimliği fakültesi ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğine başvuran hastaların dental kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Act Odontol Turcica* 2015; 32.1: 7-11.
- Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı 2004: 4-6.

- Evans DR, Burns JE, Robinson WE, Garret OJ. The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *Am J Community Psychol* 1985; 13.3: 305-322.
- Farquhar M. Quality of life in older people. In: Fitzpatrick R, editor. *Advances in Medical Sociology*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc. 1994.
- Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34.1: 53-62.
- Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: A systematic review. *J Periodontal Res* 2017.
- Fiorellini JP, Kim DM, Stathopoulou PG. Gingival Inflammation. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12rd Ed. Elsevier Canada 2015: 219-223.
- Fiorellini JP, Stathopoulou PG. Anatomy of Periodontium. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12rd Ed. Elsevier Canada 2015: 9-39.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj* 305.6861 1992: 1074-1077.
- Fotedar S, Sharma KR, Fotedar V, Bharday V, Chauhan A, Manchanda K. Relationship between oral health status and oral health related quality of life in adults attending HP government dental college, Shimla, Himachal Pradesh-India. *Oral Health Dent Manag* 2014; 13.3: 661-665.
- Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 126.
- Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992; 82.12: 1663-1668.
- Gillett IR, Johnson NW, Curtis MA, Griffiths GS, Sterne JAC, Carman RJ, Bampton JLM, Wilton JMA. The role of histopathology in the diagnosis and prognosis of periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 1990; 17.10: 673-684.
- Gisler V, Bassetti R, Mericske-Stern R, Bayer S, Enkling N. A cross-sectional analysis of the prevalence of dental anxiety and its relation to the oral health-related quality of life in patients with dental treatment needs at a university clinic in Switzerland. *Gerodontology* 2012; 29.2.

- Greenstein G. Nonsurgical periodontal therapy in 2000: a literature review. *J Am Dent Assoc* 2000; 131.11: 1580-1592.
- Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüler Ş. Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hekimliği Dergisi* 2007; 31: 11-18.
- Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008; 1.2: 86-97.
- Güçiz-Doğan B. Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007; 26:2:40-46.
- Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Ahlqwist M. Dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden. A study of oral state, utilisation of dental services and concomitant factors. *Gerodontology* 1996; 13.1: 25-34.
- Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ. Multidimensionality of health status in an elderly population: Construct validity of a measurement battery. *Med Care* 1989; 168-177.
- Han K, Park JB. Association between oral health behavior and periodontal disease among Korean adults: The Korea national health and nutrition examination survey. *Med* 2017; 96.7.
- Hassel AJ, Grossmann AC, Ohlman B, Rammelsberg P. Correlations Between Self-Ratings of Denture Function and Oral Health--Related Quality of Life in Different Age Groups. *Int J Prosthodont* 2007; 20.3.
- Hecker DM, Wiens JP, Cowper TR, Eckert SE, Gitto CA, Jacob RF, Mahanna GK, Turner GE, Potts A, Logan H, Wiens RL. Can we assess quality of life in patients with head and neck cancer? A preliminary report from the American Academy of Maxillofacial Prosthetics. *J Prosthet Dent* 2002; 88.3: 344-351.
- Hegarty AM, McGrath C, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures in oral medicine: are they valid and reliable? *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31.6: 670-674.
- Hujoel PP. Endpoints in periodontal trials: the need for an evidence-based research approach. *Periodontol* 2000 2004; 36.1: 196-204.
- Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, Bayırlı G. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *J Int Med Res* 2005; 33.2: 252-259.
- Ingle NA, Chaly PE, Zohara CK. Oral health related quality of life in adult population attending the outpatient department of a hospital in Chennai, India. *J Int Oral Health* 2010; 2.4: 45-56.

- Jamieson LM, Mejia GC, Slade GD, Roberts-Thomson KF. Risk factors for impaired oral health among 18-to 34-year-old Australians. *J Public Health Dent* 2010; 70.2: 115-123.
- Jansson H, Wahlin A, Johansson V, Akerman S, Lundegren N, Isberg PE, Norderyd O. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health–Related Quality of Life. *J Periodontol* 2014; 85.3: 438-445.
- Jenifer HD, Bhola S, Kalburgi V, Warad S, Kokadnur VM. The influence of cigarette smoking on blood and salivary super oxide dismutase enzyme levels among smokers and nonsmokers—a cross sectional study. *J Tradit Complement Med* 2015; 5.2: 100-105.
- John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2004; 83.12: 956-960.
- Position Paper: Epidemiology of Periodontal Diseases. Academy Report *J Periodontol* 2005; 76:1406-1419
- Jung SH, Ryu JI, Tsakos G, Sheiham A. A Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: validity, reliability and prevalence. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6.1: 17.
- Kaya S. Ağız ve diş sağlığı hastalarında yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi AD, Ankara 2014.
- Kebschull M, Dommish H. Aggressive Periodontitis. In: Newman M, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th Ed. Elsevier Canada. 2015: 324-334.
- Khan S, Khalid T, Awan K. Chronic periodontitis and smoking Prevalence and dose-response relationship. *Saudi Med J* 2016; 37.8: 889.
- Kıran M, Arpak N, Ünsal E, Erdoğan MF. The effect of improved periodontal health on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Periodontol* 2005; 32.3: 266-272.
- Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci* 2009; 51.2: 245-254.
- Köroğlu A, Durkan R. Diş Hekimliği Uygulamalarında Karşılaştırılan Dental Anksiyete Sendromunun Etiyolojisinin ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2010; 3.

- Lang, WP, Ronis DL, Farghaly MM. Preventive behaviors as correlates of periodontal health status. *J Public Health Dent* 1995; 55.1: 10-17.
- Langenhoff BS, Krabbe PFM, Wobbles T, Ruers TJM. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg* 2001; 88.5: 643-652.
- Lawrance HP, Broadbent JM. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:305-31.
- Lie T, Mellingen JT. Periodontal awareness, health, and treatment need in dental school patients: I. Patient interviews. *Act Odontol Scand* 1987; 45.3: 179-186.
- Lindhe J, Karring T, Araujo M. The Anatomy of Periodontal Tissues. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5rd Ed. Blackwell Munksgaard 2008: 4-31.
- Lindhe J, Kinane DF, Trombelli L. Chronic Periodontitis. In: Lindhe J, Lang LP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5th Ed. Blackwell Munksgaard. 2008: 420-428.
- Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35.6: 401-411.
- Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26.1: 41-47.
- Locker D. Measuring Oral Health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5: 3-18.
- Loe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy. I. Prevalence and Severity. *Act Odontol Scand*. 1963; 21:533-551.
- Lutfioglu M, Otan-Özden F, Sakallıoğlu EE, Aydoğdu A, Kurt S. Impact of receiving periodontal treatment at least once in lifetime on oral hygiene habits and periodontal status of individuals. *J Exp Integr Med* 2013; 3.1.
- Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36.1: 85-94.
- Mason JMS, Walls AW, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? *J Dent Res* 2006; 85:257-61.
- McCormack HM, Horne DJL, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988; 18.04: 1007-1019.

- McGrath C. Oral health behind bars: A study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population. *Gerodontology* 2002; 19.2: 109-114.
- McGrath C, Bedi R. Measuring the Impact of Oral Health on Quality of Life in Britain Using OHQoL-UK©. *J Public Health Dent* 2003; 63.2: 73-77.
- McGrath, C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res* 2004; 13.4: 813-818.
- Mehrstedt M, Tönnies S, Eisentraut I. Dental fears, health status, and quality of life. *Anesth Prog* 2004; 51.3: 90.
- Merin RL. Supportive Periodontal Treatment. In: Newman M, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th Ed. Elsevier Canada. 2015: 667-676.
- Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Brito Junior RB, Florio FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci* 2015; 57.2: 87-94.
- Mumcu G, Inanç N, Ergun T, İkiz K, Gunes M, İslek U, Yavuz S, Sur H, Atalay T, Direskeneli H. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Dis* 2006; 12.2: 145-151.
- Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci* 2006; 48.1: 1-7.
- Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004; 31.6: 454-457.
- Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34.2: 114-122.
- Ng SKS, Leung WK. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36.4: 347-356.
- Nyman S, Rosling B, Lindhe J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J Clin Periodontol* 1975; 2.2: 80-86.
- Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. Adult dental health survey: The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J* 2001; 190.3: 121-126.
- Palma PV, Caetano PL, Leite ICG. Impact of periodontal diseases on health-related quality of life of users of the Brazilian unified health system. *Int J Dent* 2013.

- Palmer RM, Wilson RF, Hasan AS, Scott DA. Mechanisms of action of environmental factors–tobacco smoking. *J Clin Periodontol* 2005; 32.6: 180-195.
- Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medi Care* 1989: 217-232.
- Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health* 2005; 22.2:71-4.
- Pohjola V, Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Dental fear and subjective oral impacts among adults in Finland. *Eur J Oral Sci* 2009; 117.3: 268-272.
- Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63.9: 1158-1161.
- Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985; 75.1: 27-30.
- Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17.1: 7-10.
- Ronis DL, Antonakos CL, Lang WP. Usefulness of multiple equations for predicting preventive oral health behaviors. *Health Educ Q* 1996; 23.4: 512-527.
- Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Soc Sci Med* 2009; 68.2: 298-303.
- Sakki TK, Knuuttila MLE, Anttila SS. Lifestyle, gender and occupational status as determinants of dental health behavior. *J Clin Periodontol* 1998; 25.7: 566-570.
- Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, Worthington H. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Libr* 2011.
- Sanadhya S, Aapaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobaria N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. *J Basic Clin Pharmacol* 2015; 6.2: 50.
- Sanders AE, Spencer AJ. Social Inequality: Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28.2: 159-166.
- Sanders AE, Slade GD, John MT, Steele JG, Suominen-Taipale AL, Lahti S, Nuttal NM, Allen PF. A cross-national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63.7: 569-574.

- Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33.5: 378-383.
- Schierz O, John MT, Reißmann DR, Mehrstedt M, Szentpetery A. Comparison of perceived oral health in patients with temporomandibular disorders and dental anxiety using oral health-related quality of life profiles. *Quality Life Res* 2008; 17.6: 857.
- Scott, J, Huskisson EC. Vertical or horizontal visual analogue scales. *Ann Rheum Dis* 1979; 38.6: 560.
- Sezer U, Üstün K, Şenyurt SZ, Çiftçi ME, Erciyas K. Periodontoloji kliniğine başvuran hastalarda anksiyetenin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Dent J* 2012; 15.4: 297-306.
- Sghaireen MG, Zwiri AMA, Alzoubi IA, Qodceih SM, Al-Omiri MK. Anxiety due to dental treatment and procedures among university students and its correlation with their gender and field of study. *Int J Dent* 2013.
- 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: 725-735.
- Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. *Periodontol 2000* 2005; 39.1: 118-131.
- Shin BM, Ryu JI, Sheiham A, Do LG, Jung SH. Which life course model better explains the association between socioeconomic position and periodontal health? *J Clin Periodontol* 2015; 42.3: 213-220.
- Simona G, Silvia M, Carina B. Quality of life regarding patients with periodontal disease in Iasi, Romania. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 127: 15-20.
- Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How and Future Implications. *J Dent Res* 2011; 90(11):1264-1270.
- Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22:121-135.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25.4: 284-290.
- Slade GD, Sanders AE. The paradox of better subjective oral health in older age. *J Dent Res* 2011; 90.11: 1279-1285.
- Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32.2: 107-114.

- Stouthard MEA, Hoogstraten J. Ratings of fears associated with twelve dental situations. *J Dent Res* 1987; 66.6: 1175-1178.
- Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc* 1993; 124.1: 105-110.
- Şahin F, Biçer S, Yılmaz V, Çal HT. Kırşehir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hastalarda Dental Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2014; 26.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine* 1996; 334.13: 835-840.
- Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28.4: 289-294.
- Tsakos G, Allen PF, Steele JG, Locker D. Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40.3: 193-200.
- Tubert-Jeannin, S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31.4: 275-284.
- Tunc EP, Fırat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33.5: 357-362.
- WHO. World Health Organisation Constitution. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1948.
- Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31.7: 659-666.
- Verbrugge LM. Marital status and health. *J Marriage Fam* 1979: 267-285.
- Vermaire JH, De Jongh A, Aartman IHA. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36.5: 409-416.
- Verrips GHW, Schuller AA. Subjective oral health in Dutch adults. *Dent J* 2013; 1.2: 12-18.
- Walter MH, Schuette U, Raedel M, Koch R, Wolf B, Scheuch K, Kirch W. Oral health-related quality of life and oral status in a German working population. 2011; 119.6: 481-488.

- Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41.10: 1403-1409.
- Wilson Jr TG, Glover ME, Malik AK, Schoen JA, Dorsett D. Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. J Periodontol 1987; 58.4: 231-235.
- Yıldız S, Işık G. Geriatrik Hastalarda Protezlerin Ağız Sağlığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2012; 46.1:11-16.
- Yienprugsawan V. Oral health-related quality of life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. Health Qual Life Outcomes. 2011; 9:42.
- Zimmermann H, Hagenfeld D, Diercke K, El-Sayed N, Fricke J, Greiser KH, Kühnisch J, Linseisen J, Meisinger C, Pischon N, Pischon T, Samietz S, Schmitter M, Steinbrecher A, Kim TS, Becher H. Pocket depth and bleeding on probing and their associations with dental, lifestyle, socioeconomic and blood variables: a cross-sectional, multicenter feasibility study of the German National Cohort. BMC oral health 2015; 15.1: 7.

ANKET FORMU

Bu anket formunun uygulanmasındaki amaç dişeti hastalıklarının bireyin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ağız sağlığı bilinç düzeyi, diş hekimi ve tedaviye karşı gelişen endişe düzeyi ile ilişkilendirerek belirlenmesidir.

Hastanın Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın / Erkek

Medeni Durum:

Meslek:

Eğitim Seviyesi: İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans ☐

Ailenin Aylık Geliri: <1000 ☐ 1000-2000 ☐ >2000 ☐

1. Günlük diş fırçalama sıklığınız nedir?

- a) fırçalamıyor ve/veya düzensiz
- b) günde 1
- c) günde 2 ve/veya üzeri
- d) diğer (belirtiniz.....)

2. ilave bakım araçları kullanıyor musunuz ? Kullandıklarınızı işaretleyiniz.

- a) diş ipi
- b) kürdan
- c) arayüz fırçası
- d) gargara
- e) diş tozu
- f) diğer (belirtiniz.....)

3. Diş hekimine gitme sıklığınız nedir?

- a) Yakınmanız olunca
- b) Ara sıra
- c) Düzenli

4. İlk diş hekimine kaç yaşında gittiniz?.....

5. En son diş hekimine gitme zamanınız nedir?

- a) son 1 yıl içinde
- b) 1 yıldan daha uzun süre içinde

6. sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet (günde kaç adet kullanıyorsunuz?.....)
- b) Hayır

7. sigaraya kaç yaşında başladınız?.....

8. sizce diş plağı nedir?

- a) Dişlerdeki boyanma
- b) Dişler üzerindeki yumuşak eklenti
- c) Bilmiyorum

9. Sizce plak ne yapar?

- a) Dişleri boyar
- b) Diş çürüğü ve/veya dişeti hastalığı yapar
- c) Bilmiyorum

10. Sizce çürük nedir?

- a)Dişlerdeki boyanma
- b)Dişlerin yıkımı
- c)Dişlerin sallanması
- d)Bilmiyorum

11. Sizce diş taşı nedir?

- a) Dişlerin boyanması
- b)Dişler üzerindeki yumuşak eklenti
- c) Dişler üzerindeki sert eklenti
- d) Bilmiyorum

12. Diş fırçalarken oluşan kanama neyin belirtisidir?

- a) Diş çürüğü
- b)Dişeti hastalığı
- c)Bilmiyorum

13. Diş ve dişeti hastalığının sebebi nedir?

- a)Diş plağı
- b) Diş taşı
- c)Bilmiyorum

14. Diş ve dişeti hastalığını nasıl önleriz?

- a) Düzenli ağız bakımı ve/ veya diş hekimine giderek
- b) ilaç alarak
- c) Bilmiyorum

15. Fırçalamanın en önemli zamanı nedir?

- a) sabah
- b) öğle
- c) Yatmadan önce
- d) Bilmiyorum

16. Sizce ağız-diş sağlığınız nasıl?

- a) Mükemmel
- b) iyi
- c) orta
- d) kötü

AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ PROFİLİ (OHIP-14)

Bu anketin amacı ağız-diş sağlığınızın yaşam kaliteniz üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Sizin için en uygun olan cevapları kutucukları işaretleyerek doldurunuz.

	Hiçbir zaman	Ender olarak	Ara sıra	Sıklıkla	Çok sıklıkla
1.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etmekte sorunuz oldu mu?					
2.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?					
3.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?					
4.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?					
5.Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?					
6.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?					
7.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diyetinizin(beslenmenizin) tatmin edici olmadığı oldu mu?					
8.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?					
9.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gevşemede (rahatlama ve dinlenme) zorlandığınız oldu mu?					
10.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?					
11.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınız oldu mu?					
12.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile her zaman yaptığınız işinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?					
13.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici ve keyifsiz olduğu hissine kapıldınız mı?					
14.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?					

DİŞ HEKİMİ KORKU SKALASI (DHKS)

Aşağıdaki sorular diş hekimine karşı ve/veya size uygulanacak tedaviye karşı korkunuzu ve endişenizi belirlemek için hazırlanmıştır. Sizin için en uygun olan cevapları kutucukları işaretleyerek doldurunuz.

	hiç	biraz	orta	fazla	Çok fazla
1.Randevu boyunca kontrolün sizde olmaması sizi endişelendiriyor mu?					
2.Diş hekiminizin canınızı yakacağı konusunda endişeleniyor musunuz?					
3.Dişlerinizi temizleme işleminden önce dişlerinizin uyuşturulması sizi korkutuyor mu?					
4.Günler öncesinden diş hekimini randevunuzu düşünerek sıkıntı duyuyor musunuz?					
5.Randevunuz sırasında bayılacağınızı ya da kontrolünüzü kaybedeceğinizi düşünüyor musunuz?					
6.Anestezik iğnenin görüntüsü sizi endişelendiriyor mu?					
7.Anestezik iğnenin batma hissi sizi korkutuyor mu?					
8.Kullanılan aletlerin görüntüsü sizi korkutuyor mu?					
9.Enstrümantasyon sırasında dişlerinizdeki kazıma sesi sizi endişelendiriyor mu?					
10.Diş hekiminizin yapması gereken dental işlemler hakkında tamamen dürüst olmadığı duygusu sizi endişelendiriyor mu?					
11.Diş hekiminizin dişeti hastalığınız olduğunu söylemesinden veya diş sağlığınızla ilgili kötü haberler vermesinden çekiniyor musunuz?					
12.Dişlerinize bakım yolu hakkında diş hekimini tarafından yapılan açıklamalar sizi endişelendiriyor mu?					
13.Dental objeler ağızınızdayken boğulacağınızı düşünüyor musunuz?					
14.Diş hekimini koltuğunda kalp krizinden ötürü ölüm korkusu duyuyor musunuz?					
15.Dental hijyen tedavisinden sağ kurtulamayabileceğiniz düşüncesi sizi endişelendiriyor mu?					
16.Anestezik maddeye karşı reaksiyon gelişmesinden korkuyor musunuz?					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ekin BEŞİROĞLU

Doğum Yeri: Trabzon

Doğum Tarihi: 06.12.1990

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Dumlupınar İlköğretim Okulu, 2004 (İlköğretim)

Trabzon Kanuni Anadolu Lisesi, 2008 (Lise)

Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi-İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2013 (Üniversite)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, 2017 (Uzmanlık)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı, 2017 (Uzmanlık)

E-posta: ekinbesiroglu@gmail.com

