

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**FARKLI PROTETİK TEDAVİLERİN ANKSİYETE VE AĞIZ
SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dt. Barış Filiz EROL

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2017

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**FARKLI PROTETİK TEDAVİLERİN ANKSİYETE VE AĞIZ
SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dt. Barış Filiz EROL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi'nin
Protetik Diş Tedavisi Programı için öngördüğü
UZMANLIK TEZİ
olarak hazırlanmıştır

DANIŞMAN
Doç. Dr. Simel AYYILDIZ

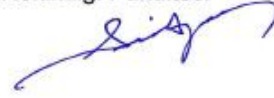
ANKARA
2017

Sağlık Bilimler Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına:

"Farklı Protetik Tedavilerin Anksiyete ve Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu bu çalışma jürimiz tarafından Protetik Diş Tedavi Anabilim Dalı'nda Diş Hekimliği Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Simel AYYILDIZ

Sağlık Bilimler Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavi A.D



Üye: : Prof.Dr.O.Cumhur SİPAHI

Sağlık Bilimler Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavi A.D



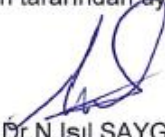
Üye: : Doç.Dr.Bahadır ERSU

Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavi A.D



ONAY: Diş Hekimi Barış Filiz EROL'un 21.09.2017 tarihinde savunduğu bu tez Akademik Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr.N.İşıl SAYGUN
Sağlık Bilimler Üniversitesi
Diş Hek.Fak.Dekan Yardımcısı



ÖZET

Farklı Protetik Tedavilerin Anksiyete ve Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Çalışmamızda, diş destekli sabit bölümlü protez (DDSBP), implant destekli sabit bölümlü protez (İDSBP) ve hareketli bölümlü protez (HBP) tedavilerinin ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi (OHRQoL) ve anksiyete üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı'na başvuran ve posterior bölgede en az bir diş eksikliği olan İDSBP (n=50), DDSBP (n=50) veya HBP (n=50) endikasyonu konulan hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı'na herhangi bir şikâyet ile başvuran, diş eksikliği bulunmayan hastalardan oluşmaktadır. Çalışma grubuna tedaviye başlamadan önce ve protez tesliminden 3 hafta sonra STAI-I, STAI-II, MDAS ve OHIP-14 ölçekleri uygulanmıştır. Aynı ölçekler kontrol grubuna da uygulanmıştır. Verilerin analizinde Shapiro Wilk's', Kruskal Wallis-H testi, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmada tüm protetik tedavi yaklaşımlarında dental anksiyetenin düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. HBP hastalarının tedavi öncesi ve sonrası ağız sağlığı ile ilgili yaşam kaliteleri diğer tedavi gruplarına göre daha düşük çıkmıştır. İDSBP hastalarının yaşam kalitesi tedavi öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak buna rağmen İDSBP grubunda, kontrol grubu hastalarından daha düşük OHIP-14 değerleri elde edilmiştir (İDSBP: 24,92, Kontrol Grubu: 26,42) Çalışmamız sonucunda her üç protetik tedavi seçeneğinin hastaların OHRQoL üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dental anksiyete, yaşam kalitesi, durumsal anksiyete, ölçek, protetik tedavi, OHIP-14, MDAS, OHRQoL

Yazar adı: Barış Filiz EROL,

Danışman: Doç. Dr. Simel AYYILDIZ



ABSTRACT

The Effect of Different Prosthetic Treatments on Anxiety and Quality of Life Related to Oral Health

In our study, tooth supported fixed partial denture (TSFPD), implant supported fixed partial denture (ISFPD) and removable partial denture (RPD)'s effects on oral health related quality of life (OHRQoL) and anxiety were investigated

Patients who referred to the Department of Prosthodontics in Health Sciences University, Faculty of Dentistry with at least one missing tooth in the posterior region with an indication of ISFPD (n = 50), TSFPD (n = 50) or RPD (n = 50) were included in the study. Control group was composed of patients who referred to the Department of Oral and Maxillofacial Radiology in Health Sciences University, Faculty of Dentistry with any complaints but not missing teeth. STAI-I, STAI-II, MDAS and OHIP-14 scales were administered to the study group before the treatment and 3 weeks after delivery of the denture. The same scales were also applied to the control group. The data were analyzed using Shapiro Wilk's, Kruskal Wallis-H, Post-Hoc Multiple Comparison test and Wilcoxon test. Results for $p < 0.05$ were considered statistically significant.

It has been found that dental anxiety is low in all prosthetic treatment methods in the study. RPD patients' pre-treatment and post-treatment oral health-related qualities of life were lower than other treatment groups. There was no significant difference between the pre-and post-treatment oral health-related quality of life (OHRQoL) of the ISFPD patients. However, lower OHIP-14 values were obtained in the ISFPD group than in the control group (ISFPD: 24.92, Control Group: 26.42). As a result of our study, it was concluded that all three prosthetic treatment options had positive effects on the OHRQoL of the patients.

Key Words: Dental anxiety, quality of life, situational anxiety, scale, prosthetic treatment, OHIP-14, MDAS, OHRQoL

Author: Barış Filiz EROL

Consultant: Assoc. Prof. Simel AYYILDIZ



İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. ANKSİYETE	2
2.1.1. Anksiyete Bozukluklarının Kuramsal Olarak İncelenmesi	3
2.1.1.1. Psikanalitik Yaklaşım	3
2.1.1.2. Davranışsal Yaklaşım	3
2.1.1.3. Bilişsel Yaklaşım	4
2.1.1.4. Varoluşçu Yaklaşım	4
2.1.1.5. Biyolojik Yaklaşım	4
2.1.1.6. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı	4
2.1.2. Anksiyetenin Belirtileri	5
2.1.2.1. Bilişsel Belirtiler	5
2.1.2.2. Duyusal – Algısal Belirtiler	5
2.1.2.3. Düşünce Zorlukları	6
2.1.2.4. Kavramsal Zorluklar	6
2.1.2.5. Duygusal Belirtiler	6
2.1.2.6. Davranışsal Belirtiler	6
2.1.2.7. Fizyolojik Belirtiler	6
2.1.3. Dental Anksiyete	7
2.1.3.1. Dental Anksiyete Etiyolojisi	8
2.1.3.2. Dental Anksiyete Etkileri	9
2.1.3.3. Dental Anksiyetenin Belirtileri	9

2.1.3.4. Dental Anksiyete ve Korkunun Değerlendirilmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler.....	10
2.2. Kalite ve Yaşam Kalitesi	13
2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	14
2.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri	17
2.2.2.1. Fiziksel İyilik Hali	17
2.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri	18
2.2.3.1. Psikolojik İyilik Hali	18
2.2.3.2. Sosyal ve Bireysel iyilik Hali	18
2.2.3.3. Maddi İyilik Hali	18
2.2.4. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Arttıran Durumlar	18
2.2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri	19
2.2.6. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Amaçları	20
2.2.7. Yaşam Kalitesini Ölçmekte Sıklıkla Kullanılan Bazı Ölçekler	21
2.2.7.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (World Health Organisation Quality of Life Assesment - WHOQoL).....	21
2.2.7.2. Kısa Form – 36 (Short Form -36 - SF-36)	21
2.2.8. Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi	22
2.2.8.1. Ağız-Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	23
2.2.8.2. Ağız-Diş Sağlığı ile ilgili Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Ölçeklerin Değerlendirilmesi	34
3.2. İstatistiksel Analiz.....	37
4. BULGULAR	38
5.TARTIŞMA	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	63
EKLER	79

SİMGELER VE KISALTMALAR

DAQ:	Dental Anxiety Question
DAS:	Dental Anxiety Scale
DDSBP:	Diş Destekli Sabit Bölümlü Protez
DFS:	Dental Fear Scale
DIDL:	Dental Impact on Daily Living
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GFS:	Gatchel's 10-Point Fear Scale
GOHAI:	General (Geriatric) Oral Health Assessment Index
HBP:	Hareketli Bölümlü Protez
ICIDH:	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
ISO:	International Organization for Standardization
İDSBP:	İmplant Destekli Sabit Bölümlü Protez
MDAS:	Modified Dental Anxiety Scale
OHIP:	Oral Health Impact Factor
OHRQoL:	Oral Health Related Quality of Life
OHRQoL-UK:	Oral Health Related Quality of Life- United Kingdom
OIDP:	Oral Impacts on Daily Performance
PAQ:	Photo Anxiety Questionnaire)
SF-36:	Short Form-36
SIP :	Sickness Impact Profile
STAI:	Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory
VAS:	Visual Analogue Scale
WHOQoL:	World Health Organisation Quality of Life Assesment

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Locker ağız sağlığı ölçüm modeli 24



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	STAI-I değerlendirme tablosu	34
Tablo 3.2.	STAI-II değerlendirme tablosu	35
Tablo 3.3.	STAI-I/STAI-II değerlerine göre anksiyete seviyeleri	35
Tablo 4.1.	Gruplarda STAI-I ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	38
Tablo 4.2.	Gruplarda STAI-II ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	38
Tablo 4.3.	Gruplarda MDAS ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	39
Tablo 4.4.	Farklı protetik tedavilerde OHIP-14 ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	39
Tablo 4.5.	Protez tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları	40
Tablo 4.6.	Protez tedavisi sonrası değerleri bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları	41
Tablo 4.7.	Tedavi öncesi değerleri bakımından OHIP-14 ölçeğinin alt gruplarının arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları	42
Tablo 4.8.	Gruplarda fonksiyonel kısıtlılık değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	43
Tablo 4.9.	Gruplarda fiziksel ağrı değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	44
Tablo 4.10.	Gruplarda psikolojik rahatsızlık değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	44
Tablo 4.11.	Gruplarda fiziksel yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	45
Tablo 4.12.	Gruplarda psikolojik yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	45
Tablo 4.13.	Gruplarda sosyal yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	46

Tablo 4.14. Gruplarda handikap değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları	47
Tablo 4.15. Tedavi sonrası değerleri bakımından OHIP-14 alt gruplarının arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçlar	48
Tablo 4.16. Gruplara göre kaygı ve anksiyete düzeylerine ilişkin frekans dağılım tablosu	50



1.GİRİŞ

Sağlıklı olmak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir. Bunlardan herhangi birindeki olumsuzluk diğer faktörleri de olumsuz yönde etkiler. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (1). Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi bireylerin ve dişlerin ömrü, hastalık ve semptomların olmayışı, çiğneme, yutma ile ilişkili uygun fiziksel fonksiyonlar; gülmeye ilişkili emosyonel fonksiyonlar; normal durumdaki davranış biçimiyle ilişkili sosyal fonksiyonlar; ağız-diş sağlığının seviyesine bağlı olarak sosyal veya kültürel dezavantajların bulunmayışı gibi birçok konuyu içermektedir (2,3). Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireyin bu konuya gösterdiği özen, düzenli diş hekimi muayenesi ve uygulanan tedavi seçeneklerinin önemi büyüktür. Bireyin diş hekimi kontrollerine gitmesine engel olan faktörlerden birisi olan dental anksiyete de ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin önündeki en önemli engellerdendir.

Uygulanan tedavi yönteminin başarılı olarak kabul edilebilmesinde hasta memnuniyetinin önemli bir yeri vardır. Herhangi bir tedavinin gerçek değeri ancak standart bir tedavi sonuçları ile karşılaştırıldığında ortaya çıkabilir. Geleneksel ölçüm yöntemlerinin hastaların durumunu tam yansıtmamasının ve bugünkü sağlık sistemi içerisinde “gerçek yaşamı” değerlendiren ölçüklere ihtiyaç duyulmasının araştırmacılar tarafından fark edilmesiyle, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünü içeren çalışmalar daha fazla önem kazanmıştır.

Çalışmamızın amacı DDSBP, İDDSBP ve HBP uygulamalarının dental anksiyete ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE

Anksiyete, korku, iç sıkıntısı, endişe veya kuruntunun ortaya çıkardığı psişik gerilimle belirgin huzursuzluk durumudur (4). Rubin ve ark.(5) göre anksiyete yoğun, tam tanımlanamayan huzursuzluk, çoğunlukla iç organlarda sorunlara neden olan ciddi boyutta endişedir. Anksiyete tehlike anında ortaya çıkan biyolojik uyumdur ve tehlikelerden korunarak yaşamının devam etmesi için gerekli bir duygudur. Bu duygu zaman zaman her birey tarafından yaşanabilir. Hafif ve orta düzey anksiyetenin başarıyı artırıcı etkisi vardır. Sınav dönemi oluşan anksiyete çalışma motivasyonunu ve sınav sonucunu olumlu etkileyebilir, bu normal düzeydeki anksiyetedir. Normal düzeydeki anksiyete sayesinde birey varlığını sürdürebilmek için aktif bir şekilde çalışır, engel olabilecek durumlar için gerekli tedbirleri alır, daha yaratıcı ve üretken olur. Belli düzeye kadar motive edici ve performans arttırıcıdır (6). Eğer anksiyete gerçek bir tehlike olmadığı halde varmış gibi algılanarak kişinin günlük yaşamını negatif yönde etkileyen bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise bu “anormal anksiyete” olarak tanımlanır (7,8). Anksiyetenin patolojik olmasına sebep olan anksiyetenin var olması değil, anksiyetenin tekrarlayıcılığı, süresi ve şiddetiyle ilgili olarak ortaya çıkan aksaklıklar ve buna bağlı olarak gündelik hayat akışını bozmasıdır (8). Bu duygu bireyin başa çıkma gücünün üstüne çıkabilir. Bu nedenle birey yaşam tarzını değiştirmek zorunda kalabilir. Bu yüzden tedavi edilmesi gerekir. Kişi bu duyguyu ortaya çıkaran objektif bir neden ortaya koyamadığı için korkuları artar (6).

Anksiyete bozuklukları, belirtilerin şiddetine, sürekliliğine ve davranışsal farklılıklara göre:

- travma sonrası stres bozukluğu,
- genellenmiş anksiyete bozukluğu,
- panik bozukluk,

- obsesif kompulsif bozukluk,
- fobiler olarak sınıflandırılır (9).

2.1.1. Anksiyete Bozukluklarının Kuramsal Olarak İncelenmesi

2.1.1.1. Psikanalitik Yaklaşım

Bu yaklaşımda kaygı önemli bir görev almaktadır. Birey kaygı sayesinde harekete geçip, girişimde bulunur (10).

Freud'a göre insan davranışlarında amaç; dış dünyaya ayak uydurmaktır. Burada kaygının işlevi; çevreden gelen tehlikelere karşı uyararak ve bireyin motive olup kendini korumasını sağlamaktır. Freud kaygıyı; gerçeklik kaygısı, ahlaki kaygı ve nevrotik kaygı başlıkları altında inceler. Gerçeklik kaygısı, gerçekten var olan bir tehdit karşısında ortaya çıkmaktadır. Ahlaki kaygı; süper ego ve ego arasında yaşanan çatışmadan kaynaklanır. Nevrotik kaygı; id (temel ve en ilkel benlik) ve ego arasında yaşanan çatışma sonucunda ortaya çıkmaktadır (11).

2.1.1.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışçı psikologlar anormal davranışların da normal davranışlar gibi sonradan öğrenildiğini savunurlar. Onlara göre normal davranışlar klasik koşullama, edimsel koşullama, sosyal öğrenme kavramlarıyla açıklanabilir (12). İki uyaran defalarca birlikte verildiğinde, daha önceden nötr halde bulunan uyarının ve kaçınılmalı uyarının affektif ve fizyolojik özelliklerini kazanır (13). Buna en güzel örnek 1920 yılında yapılan "Albert" deneyidir. 11 aylık fareden korkmayan bebek olan Albert'ın fareyi her gördüğünde gürültü yapılarak fareden korkması sağlanmıştır. Bir süre sonra çocuk fareyi her gördüğünde korkmaya başlamıştır (14). Bu yaklaşımı savunan psikologlar öğrenilebilir olan korkuların aynı zamanda unutulabilir olduğunu da savunurlar (15).

2.1.1.3. Bilişsel Yaklaşım

Bu kurama göre bireyin davranışı; bireyin toplumu ve kendini algılama şekli ve tutumları bilinmeden açıklanamaz. Anksiyetenin nedeni yaşanan olaylar değil, kişinin beklentileri, bu olayları kişi tarafından nasıl değerlendirildiğidir. Bu kuramda klasik ve edimsel koşullanmadaki çağrışım ilişkisi yetersiz görülür. Öğrenme olayı gözlem, bilgilendirme ve tepkisel kullanma ile olur. Temel olay bireyin algılaması ve hatırlamasıdır. Tehlike düşüncesi anksiyeteyi arttıran bir olaydır. Bazı çalışmalara göre bilişsel kalıplar çocukluk döneminde oluşur ve bu kalıplar duygusal tepkileri tetikler (12,16).

2.1.1.4. Varoluşçu Yaklaşım

Yaklaşım farklı türde bir temel çatışma üzerinde durmaktadır. Bu çatışma bireyin var olmasının getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanır. Kuramda anksiyetenin en önemli dört nedeni ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. "Varoluşçu dinamikler" bu dört durum; neden oldukları kaygılar, güdüler, bilinçli ve bilinçsiz korkuları üzerinde durur (12, 17).

2.1.1.5. Biyolojik Yaklaşım

Anksiyetesi olan kişilerin aile bireylerinin de anksiyeteden % 15 oranında etkilendiği ortaya konulmuştur. Bu etkilenmenin nedeni kalıtsal değil bireyleri aynı ortamda yaşaması, aynı olaylarla karşılaşması ve ortak geçmişleridir. Tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmada birinin panik atak geçirmesi durumunda diğesinde de panik atak eğilimi görülmüştür. Bu sıklık çift yumurta ikizleri kıyaslandığında 3 kat daha fazla görülmüştür (18).

2.1.1.6. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı

Sullivan yaklaşımında anksiyetenin yaşam üzerinde eğitici bir etkisi vardır. Anksiyete anneden çocuğa empati yolu ile geçer. Annenin bakışları,

ses tonu, tepki ve davranışları ile bu geçiş sağlanmaktadır. Bu geçiş nedeniyle çocuk parataksik düşünce bağlantıları kurar, diğer bireylere karşı anksiyete duygusu geliştirir ve anksiyeteye neden olabilecek durumlardan kaçınma yolunu seçer. Anksiyete bireyin tepkilerini olumsuz etkiler, algılama yeteneğini azaltır. Ayrıca bilişsel süreçler etkinliğini kısıtlar (11). Bu yaklaşımda kişiler arası ilişki önemlidir. Birey hem sevgi ve yakınlık kurmak ister diğer yandan da başkalarından bağımsız bir hayat ister (19).

Anksiyete birlikte yaşama sonucu ortaya çıkan bir kavramdır. Başkaları tarafından onaylanmama duygusu anksiyetenin oluşmasına sebep olur. Birey başkaları tarafından verilen tepkilerden zarar görmeyecek şekilde davranma yoluna gider. Toplum normlarına uymayan davranışları anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olur (19).

2.1.2. Anksiyetenin Belirtileri

2.1.2.1. Bilişsel Belirtiler

Bilişsel işlevlerin ya normalden daha fazla olması ya da kısıtlanması durumudur (aşırı uyanıklık, dikkat dağınıklığı). Bireyin duygu ve düşünceleri huzursuz olmasına neden olur. Gerçeklik duygusunda değişme, derealizasyon, depersonalizasyon, kontrolünü yitirme hissi, çıldırma hissi, kötü bir haber alacağı düşüncesi, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon sorunları, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu gibi belirtilerdir (20,21,22,23).

2.1.2.2. Duyusal – Algısal Belirtiler

Normal bilişsel belirtilerle görsel bileşenlerin bağlantısı kopar. Hasta 'sanki' ile başlayan algısal sapmalar yaşar. Bunlar; nesnelere uzak/bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, bulunulan durumun olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesidir (20,21,22,23).

2.1.2.3. Düşünce Zorlukları

Birey düşünme yetisi ile ilgili aksaklıklar yaşar. Bunlar; unutkanlık konsantrasyon eksikliği, objektif düşünememe, düşünceleri kontrol edememedir.

2.1.2.4. Kavramsal Zorluklar

Kontrolü kaybetme korkusu, üstesinden gelememe, yaralanma ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkaları tarafından dışlanma, beğenilmeme korkusu, tekrar eden olumsuz düşünceler, endişeler, korku veren halüsinasyonlar ve bilişsel sapmalardır (distorsiyon) (20,21,22,23).

2.1.2.5. Duygusal Belirtiler

Bireyin kendisini huzurlu hissetmesine engel olan duygulardır. Bunlar; korku, endişe, güvende olmama, tedirgin olma, gerginlik, sinirlilik ve çaresizliktir (20,21,22,23).

2.1.2.6. Davranışsal Belirtiler

İrkilme, yorulma, konuşamama ve koordinasyon eksikliğidir (20,21,22,23).

2.1.2.7. Fizyolojik Belirtiler

1.Kalp damar sistemi belirtileri

Taşikardi, arteriel kan basıncı değişiklikleri (düşme ya da yükselme), çarpıntı, göğüste ağrı ve rahatsızlıktır (20,21,22,23).

2.Solunum sistemi değişiklikleri

Bronşiyal spazm, kesik soluma, nefes darlığı, göğüste ağrı sıkışma basınçtır (20,21,22,23).

3.Kas iskelet sistemi belirtileri

Yorgun uyanma, seyirme, ağrılar ve titremedir (20,21,22,23).

4.Sindirim, boşaltım ve cinsel belirtileri

Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, tükürük akışında artma ya da azalma, aniden gelişen açlık veya susuzluk krizleri, sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, soğukluk ve erken boşalmadır (20,21,22,23).

5.Cilt belirtileri

Terleme, ellerin soğuk ve nemli olması, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleridir (20,21,22,23).

6.Nörolojik belirtiler

Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılma, kas gerginliği ve kulak çınlamasıdır (20,21,22,23, 24).

2.1.3. Dental Anksiyete

Korku, subjektif bir duygudur ve bilinen bir tehlikeye karşı gösterilir. Anksiyete ise, bireyin bütünlüğünü ve güvenliğini riske sokan durumlarda ortaya çıkar ve korkunun daha genel ve bilinmeyenine karşı olan şeklidir (25,26,27).

Dental anksiyete diş tedavisi nedeniyle ortaya çıkan korku ve endişe duygusudur (27). Dental anksiyete birçok araştırmaya konu olmuştur. Diş hekimliğindeki teknolojik gelişime ve koruyucu hekimlik uygulamalarına rağmen dental anksiyete önemli bir problem olarak hala var olmaktadır (27) .

Yapılan birçok çalışmada dental anksiyetenin korkudan izole edilemeyeceği görüşü çıkmaktadır (28). Dental anksiyete oluşumunda nedeni belirsiz korkular ve herhangi bir nedenden dolayı daha önce gelişmiş korkular etkilidir (26). Diş hekimi korkusu, birçok duygu kalıplarına bağlı olarak

gelişen anksiyetenin bileşimidir. Bu korkunun altında ağrı korkusu, diş kaybetme korkusu ve biri tarafından cezalandırma düşüncesi vardır. Diş kaybı vücut bütünlüğüne verilen zarardır ve bu vücut bütünlüğü konusundaki diğer korkulardan kaynaklanabilir (29).

2.1.3.1. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Genel olarak anksiyetenin etiolojisinde;

- Hastanın başından geçen travmatik deneyimler (tedavi sırasında duyulan ağrı, uzun süren tedaviler, kanama),
- Muayene ortamı (klinikteki koku, aletlerden çıkan ses, gürültü),
- Düşük ağrı eşiği,
- Hekimin tavırları (eksik yanlış tedavi, kaba konuşma tarzı, eleştiri, hastanın isteklerine duyarsız davranma),
- Hastanın düşünceleri ve yaklaşımı (güvensizlik, hekimi yetersiz bulma),
- Sosyal etkileşimler (aile bireyleri ve arkadaşlarını negatif etkisi TV programları) vardır (30,31,32).

Anksiyete konulu araştırmalar, dental anksiyetenin üç önemli nedenini ortaya koymuştur. Bunlar değişiklik, belirsizlik ve beklentidir. Değişiklik bireylerin bildikleri durumlarda rahat, daha önce karşılaşmadıkları durumlarda huzursuz hissetmeleri ile ilgilidir. Belirsizlik hastanın ne ile karşılaşacağını bilmemesidir. Beklenti ise hasta çevresinde duyduğu deneyimler sonucu dental tedavi sırasında başına geleceklerle ilgili önyargılarıdır (33,34). Günümüzde bu konu ile ilgili en çok kabul gören görüş de korkunun gelişiminin iç etkenler ve dış etkenler olarak iki nedenden kaynaklı olduğudur. Öğrenilen korku, etraftan duyulanlar sonucu oluşan klasik koşullanma ve daha önceki deneyimler dış etkenlerdir. İçsel etkenler ise kişinin hassasiyeti ile ilgilidir (ruhsal bozuklukları vs.) (35).

Randevu almak, bekleme odasında beklemek, dental ekipman ve işlemler dental korkunun gelişmesine neden olmaktadır. En fazla korku ise enjektörün görülmesi, enjeksiyon ve aeretöre karşı oluşmaktadır. Diş

hekimliği korkusu ve kaygısı, randevu alma işlemleri, tedavi öncesi bekleme odasında bekleme, dental tedavi sırasında kullanılan aletler ve/veya yapılan işlemlere karşı gelişebilmektedir. (34,36,37).

2.1.3.2. Dental Anksiyete Etkileri

Dental anksiyete tedavinin yapılmasının önündeki en önemli engellerdendir. Dental anksiyetenin günlük yaşama olan beş etkisi ise fizyolojik, zihinsel, davranışsal, sağlık ve sosyal etkilerdir (28). Anksiyete hastaların diş hekimine gidişlerini kısıtlar ve bu nedenle rahatsızlıkların oluşma sıklığı ve şiddeti artar. Bu şekilde büyüyen sorunları tedaviyi de zorlaştırır(38)(39). Yapılan çalışmalar anksiyetesi olan hastalarda eksik ve problemlili diş sayısının daha fazla, restorasyonlu diş sayısının ise daha az olduğunu ortaya koymuştur (40,41,42).

2.1.3.3. Dental Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin belirlenmesinde en etkili ve güvenilir yöntem gözlem ve iletişimdir. Fakat bunların yetersiz kaldığı durumlarda sözel ya da yazılı formlarla da belirlenebilir (43).

İlk anksiyete belirtisi randevu almayı ertelemedir. Alınan randevu sıklıkla değişir ve hasta kendine göre çok önemli engeller sunar (29,43).

Hastaların muayenehanede gösterdikleri anksiyete belirtileri:

- Nefes almadaki değişiklikler (düzensiz soluk, iç çekme ve sık nefes alma)
- Dişlerin ve çenenin sıkılması, kaslarda gerginlik ve ekstremitelerde sertlik.
- Konuşkan olan birinin sessizleşmesi ya da sessiz olan birinin çok konuşmaya başlaması
- İşlem sırasında sık sık tükürme, ağız çalkalama,
- Hekimin kolunu tutarak çalışmasını durdurma,
- Koltukta sabit oturamama gibi rahatsızlık belirtileri,

- Panik atak veya bayılmadır (31,5).

Bunun yanında bazı hastalar hiçbir anksiyete belirtisi göstermezler ancak bunun üstesinden geliyor gibi görünürken panik yaşarlar (31,29).

2.1.3.4. Dental Anksiyete ve Korkunun Değerlendirilmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler

- Dental Anksiyete Skalası (DAS)
- Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)
- Spielberger Anksiyete Skalası (STAI: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory)
- Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS)
- Dental Korku Skalası (DFS: Dental Fear Scale)
- Dental Anksiyete Sorusu (DAQ: Dental Anxiety Question)
- Fotoğraf Anksiyete Anketi (PAQ: Photo Anxiety Questionnaire)
- Gatchel'in Korku Skalası (GFS: Gatchel's 10-Point Fear Scale)

2.1.3.4.1. Dental Anksiyete Skalası (DAS: Dental Anxiety Scale)

Dental anksiyeteyi sıklıkla ölçmekte kullanılan bu ölçek 1969 yılında Corah tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte beş seçenekli dört soru vardır. Bu ölçekte hastaya diş hekimine gitme, bekleme salonunda bekleme, muayene koltuğunda bekleme, tedavi ile ilgili hissettikleri sorulur. 4 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir ve hastanın verdiği cevaplara 1-5 arası puan verilir ve toplam puan hesaplanır (44,45,46). 15 üzerindeki puanlar anksiyetenin yüksek olduğu anlamına gelir. Cevaplama süresi kısadır ve hekim tarafından kolaylıkla değerlendirilebilir (44). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sevdaoğlu ve ark. (47) tarafından yapılmıştır.

2.1.3.4.2. Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS: Modified Dental Anxiety Scale)

Dental anksiyete skalasına diş hekimliği ile ilgili kaygıyı tam gösterememesinden dolayı enjeksiyonla ilgili bir soru eklenerek MDAS oluşturulmuştur. 5 ile 25 puan arasında değerler çıkmaktadır, 19 puan ve üzeri yüksek anksiyeteyi gösterir (48,49).

2.1.3.4.3. Spielberger Anksiyete Skalası (STAI: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory)

Bu ölçek dental anksiyete özğü bir ölçek değildir ama anksiyete araştırmalarında sıklıkla tercih edilir. 20 sorudan oluşan iki ayrı ölçekten oluşur. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili çalışma N. Öner ve A. Le Compte tarafından yapılmıştır (50).

STAI, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T), kişin yaşadığı durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini; genel olarak anksiyete düzeyini belirlemektedir Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), kişinin belirli bir anda ve belirli durumda kendini nasıl hissettiğini, anksiyetesinin derecesini belirlemektedir (27,51,52,53,54). STAI testinin skoru minimum 20'den, maksimum 80'e kadar çıkabilmektedir (27, 51,52,53,55).

Puanların Yorumlanması: Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Puanın büyük olması yüksek kaygı seviyesini, puanın küçük olması düşük kaygı seviyesini gösterir. Uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. 36 puan ve altı düşük kaygı düzeyi 2 puan ve üstü yüksek kaygı düzeyidir (27,50,51,52,53,55).

2.1.3.4.4. Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS)

Bu skalanın dünya çapındaki kullanımının yaygınlaşması Aitken ve Zealley'in 1969 yılındaki çalışmaları ile olmuştur (56,57). Kelimelerin ve dijital verilerin kullanılmadığı durumlarda ideal bir ölçüm metodudur (57). Yöntem oldukça basit, yaşlılar ve çocuklar tarafından kolay uygulanabilir, tekrar edilebilir ve istatistik çalışmalarına uygundur (58,59,60,61).

Ağrıyı ölçmek için 10 cm, anksiyeteyi ölçmek için ise 100 cm'lik düz bir çizgi kullanılır. Çizginin en solu ağrının olmaması ve hiç anksiyetenin olmamasını; en sağı ise şiddetli ağrı ve anksiyeteyi gösterir. Hastadan önce yaşadığı en şiddetli ağrı, korku deneyimini göz önüne alarak o anki durumu değerlendirmesi istenir (62,63,64,65). Günlük uygulamada 10 cm'lik ölçek daha sık kullanılır (43,66).

Vertikal VAS daha çok tercih edilir. Scott ve Huskisson yaptıkları çalışmada vertikal konumlandırılmış VAS ile yapılan ölçümlerin %7 gibi daha az bir hata payına sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (67). VAS'ın diğer anksiyete ölçekleri ile yapılan geçerlilik ve doğruluk çalışmalarında benzer sonuçlar elde edilmiştir (58,68,69).

2.1.3.4.5. Dental Korku Skalası (DFS: Dental Fear Scale)

Kleinknecht tarafından geliştirilmiş olan bu skala dental anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan öz bildirim ölçeklerinde 2. sırada yer alır. Bu skala dental korkunun farklı boyutlarda değerlendirilmesini sağlar (70,71). Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. (72) Likert tipi bir skaladır ve 20 sorudan oluşur. Puanlama 20 ile 100 arasında değişir, 63 ve üzeri puanlar yüksek anksiyeteyi tanımlar (62,71).

2.1.3.4.6. Dental Anksiyete Sorusu (DAQ: Dental Anxiety Question)

'Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz?' veya 'Diş tedavisini korku ve sıkıntı verici bulur musunuz?' şeklinde sorudan oluşan tek maddeli

bir ölçektir. Bu sorunun başka modifikasyonları da vardır. DAS ile benzer sonuçlar veren bu ölçekte hayır', 'çok az', 'evet biraz' ve 'evet çok fazla' şeklinde cevaplardan oluşur. Anksiyete konusunda çok ayrıntılı bilgi vermez sadece genel olarak fikir verir. Skalada yapılan 1-4 arası puanlamada 4 yüksek anksiyeteyi gösterir (28,73,74, 75,76).

2.1.3.4.7. Fotoğraf Anksiyete Anketi (PAQ: Photo Anxiety Questionnaire)

Stouthard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş farklı duyguları yansıtan yüz ifadelerinden oluşan fotografik ölçektir. Hastadan kendini tedavi öncesi tedavi sırası ve tedavi sonrasında hayal etmesi istenir. Kendisine gösterilen yüze ifadelerinin bulunduğu ölçekten kendini en iyi şekilde ifade eden fotoğrafı seçmesi istenir. Bu ölçeğin avantajı sözel ve yazılı olarak kendini ifade edemeyen, yaşlı ve çocuk hastalarda kullanım kolaylığıdır. Ayrıca görsel olması sayesinde çeviriden kaynaklanan ifade ve anlam farklılıklarından kaynaklı hataları da elimine eder (77). Bu ölçeğin kadın ve erkekler için ayrı versiyonu vardır (77,78).

2.1.3.4.8. Gatchel'in Korku Skalası (GFS: Gatchel's 10-Point Fear Scale)

DAS ile orta düzeyde korelasyon gösteren Gatchel tarafından geliştirilmiştir. Bu skalada birey korku düzeyine 1'den 10'a kadar puan verir. Puanlamada 1 korkunun olmamasını, 5 orta derece korkuyu, 8 ve üzeri çok yüksek korkuyu gösterir (75,79).

2.2. Kalite ve Yaşam Kalitesi

Kalite kavramı, Uluslararası Standardizasyon Teşkilatının (ISO) tanımına göre, bir ürün veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (80). Farklı bakış açılarına göre kalite tanımları da farklı yaklaşımlar getirmektedir. Üstünlük yaklaşımına göre yapılan tanıma göre varlığın temel kategorilerinden biri olan kalite, bir bakıma yetkinliği ve üstünlüğü niteler; bu nedenle de zayıflığın,

eksikliğin, yetkin olmayışın ve niceliğin karşıtıdır. Nitelik; tez, nicelik; antitez olarak alınır, süreç de sentezdir. Ne var ki yaşamda çoğu kez nicelik, niteliğe baskın çıkar. Nitelik ile nicelik her zaman ters orantılı olmuştur. Daimi bir sürüp gitme ile çok boyutlu ve karmaşık bir süreç olan yaşam da, kalite de sürekli bir dönüşüm içindedir (81). “Kalite ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden etkilendiği içinde öznel bir kavramdır.” (82) denilmektedir.

Kalitenin tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Eski Mısır’da bir inşaat ustasının inşa ettiği bir ev, ustanın yetersizliği ve işini gereği gibi yapmaması nedeniyle yıkılarak ölüme neden olursa, o usta öldürülüyordu. Görevliler taş blokların yüzey dikliğini özel araçla edip, anıt mezar yapımında kullandıkları malzemeleri özenle seçerlerdi. Hammurabi kanunlarında bunlara yer verildiği bilinmektedir. Hatta II. Beyazıt tarafından çıkarılan Kanunname’de de satılan malların kalite özelliklerine yer verilmiştir. Kalite her geçen gün daha da aşına olduğumuz bir kavram olmaktadır. Fakat toplumda kalite denildiğinde ilk akla gelen belli standartlara uyan, güzel, gelişmiş, mükemmel gibi sıfatlardır. Beklentileri aşmak, kullanıma uygunluk, kusursuzluk arayışı, dinamiklik kavramları da artık kalite kavramı ile yanyana ifade edilmektedir. “Günümüzde, kalite kavramı insanların hayatında çok önemli bir yer tutmuş, her sektörde kullanıcıların vazgeçemedikleri arasında yerini almıştır.” (83).

2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organisation - WHO) bildirisine göre sağlık; sakatlık ve/veya hastalık olmadan bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak da kabul edilmiştir (84,85). Başka bir deyişle, yaşam kalitesi; bireyin yaşamdan doyum alması, ekonomik ve fiziksel olarak iyi olması, başkaları ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal davranışlarda sosyal

yeterliliğe ve güce sahip olması, kendisini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır (86). Yaşam kalitesi kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen kapsamlı bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla ilişkili hem objektif, hem de subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtır (87,88,89). Bu nedenle Evans ve ark. (90) yaşam kalitesini değerlendirirken objektif ve subjektif göstergelerin birlikte kullanılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu göstergeler bireyin sosyo-kültürel alışkanlıklarına, karakterine, yaşama bakışına bağlı olarak değişkenlik gösterir.

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak 1939'da Thorndike tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanmıştır. "iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur" burada savunulan temel düşüncedir (91,92).

Yaşam kalitesi kavramı medikal literatürde ilk 1966 yılında meme kanseri üzerine yapılan bir çalışmada kullanılmıştır. 1970'lerin sonuna doğru Pubmed, Medline gibi veri tabanlarında anahtar kelime haline gelmiştir (88). Yaşam kalitesinin ölçümünde ilk modern girişim Priestman ve Baum tarafından meme kanserli hastalara yöneltilen 10 soruluk bir ölçek ile yapılmıştır (93).

Locker tarafından ağız sağlık durumunun ölçülmesi için Dünya Sağlık Örgütü'nün Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Handikaplar Uluslararası Sınıflamasına dayanan bir kavramsal model ortaya atılmıştır. Bu model; dişlerini kaybeden insanların, vücudundan bir parça kaybetmiş olmasıyla sakatlık hissine kapıldığını, bu durumun hastalarda yetersizlik duygusunu ortaya çıkardığını göstermektedir (84).

Yaşam kalitesi, çok yönlü bir kavramdır. Sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişisel değer yargılarından, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesinden dolayı tanımlanması zor bir kavramdır.

Bu nedenle birçok uzman, bu kavramı çok boyutlu bir yapı olarak algılamıştır (92,94).

Yaşam kalitesi kavramının dört ana boyutu vardır:

- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)
- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) (93).

Yaşam kalitesi belirleyicileri ise:

- Klinik durum: Hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar,
- Sağlık bakımı: İlaç tedavisi, tedaviler, tavsiyeler, bilgiler,
- Yaşam şekli: Egzersiz, sigara içme, alkol kullanma, diyet/beslenme, stresi yönetebilme,
- Yaşam durumu: Sosyal destek, yaşam olayları,
- Demografik Özellikler: Kazanç, eğitim, ırktır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin dinamik bir içeriği vardır. Bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini algılamasının zaman içinde değiştiği görülmüştür. Sağlık konusunda deneyimler bireylerin beklentilerinin ve fonksiyonel olarak iyi olma standartlarının değişmesine neden olmaktadır. Böyle deneyimlerle bireyler hastalıklarına adapte olmaktadır ve yaşam kalitesiyle ilgili standartları güncellenmektedir. Yani bir bireyin belli bir zaman diliminde yaşam kalitesi hakkındaki değerlerini bilmek, farklı bir zaman diliminde aynı kişinin bu kavramla ilgili fikirlerini tam olarak bilmemizi sağlamayacaktır (95).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde medikal ve dental araştırmaların gelişme kaydetmesinin nedenleri:

1. Hastanın tedavide daha aktif olması
2. Sağlık ile ilgili uygulamalarda kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç duyulması
3. Kronik hastalıkların birçoğunun tedavisinin başarısına bağlı olarak sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değişmesidir (96).

Sağlığın ölçümünde sağlığı hasta odaklı değerlendirmek önemlidir (97). Sağlııkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanım alanları Fitzpatrick ve ark. (97)'na göre

- a) Kişisel hasta bakımında psikososyal problemlerin gösterilmesi
- b) Sağlık problemleri konusunda toplum çalışmaları
- c) Medikal denetim
- d) Sağlık hizmetlerinde sonuç ölçümleri veya değerlendirme çalışmaları
- e) Klinik deneyler
- f) Maliyet analizidir.

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

2.2.2.1. Fiziksel İyilik Hali

Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku), hareket (evin içinde ve dışında hareket etme), fiziksel aktivite (koşma, yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk), rol (aile ve isle bağlantı, sosyal roller), sağlık hastalık inancı, tanı ve tedavinin sonucu fiziksel iyilik halini içerir.

Bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve kişisel bakımını yerine getirebilmesinin yanında bu aktivitelerin yeterli seviyede olması ve kişinin bu durumdan doyum alması önemlidir (89,98).

2.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

2.2.3.1. Psikolojik İyilik Hali

Bireyin farklı durumlara uyum sağlama stratejilerini ve değişik ruh hallerini kapsar. Psikolojik iyilik hali, kişinin subjektif yaşam kalitesi göstergelerini ifade eder. Bunlar yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilir. Burada kişinin kendi kendini değerlendirmesi olan öznel bir doyum veya sonuç, yaşam kalitesidir. Psikolojik-emosyonel esenlik; anksiyete, depresyon, beden imajı, otonomi, yararlılık, dinlenme ve uğraşı ile ilgili durumlarda yaşamın normalliğini ve mutluluğunu içerir (89,98).

2.2.3.2. Sosyal ve Bireysel İyilik Hali

Kişinin sosyal çevresi ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal destek görme, sosyal faaliyetlere katılma sıklığı rollerini yerine getirme sürecidir (89,98).

2.2.3.3. Maddi İyilik Hali

Geleceğe yönelik güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi fonksiyonlardır (90). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı günümüzde geniş kullanım alanına sahiptir. Sağlık ve hastalığın yaşam kalitesine olan etkisi, tanımı net olarak yapılmamış çeşitli alanlarla ilişkili bulunmuştur (89,98,99).

2.2.4. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Arttıran Durumlar

Ruhsal ve birçok fiziksel rahatsızlığın temelinde stres vardır. Akut ve kronik stres vücuttaki hormon dengesini etkiler. Korku ve tehditler karşısında salgılanan hormonlar vücut savunması için gereklidir. Kronik stres durumlarında bu hormonlar bağışıklık sistemini zayıflatır, hipertansiyon ve

taşikardiye neden olur; kalp damar hastalıkları gibi birçok kronik hastalığa ve ruhsal rahatsızlığa neden olur. Belki günlük stres ve sıkıntılardan kurtulmanın basit bir yolu yoktur ama basit yöntemlerle az da olsa stres düzeyini azaltmak mümkündür (100,101).

Yaşam kalitesini azaltan durumlar; temel gereksinimlerinin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek kaygıları, destek sistemlerindeki yetersizlik, akut sağlık sorunları ve kronik sağlık sorunlarıdır (100,101).

Yaşam kalitesinin artırılabilmesi için; bireyin, ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, rahatlık ve gerekli konfora sahip olması, güven içinde yaşaması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması, itibar görmesi mahremiyetine değer verilmesi, kendini ifade edebilmesi, özgün bir birey olarak algılanması, huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (100,101).

2.2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri

Hangi tip ölçeğin kullanılacağı konusu son yıllarda üzerinde en çok durulan konulardandır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri şekil ve görünüm açısından 2'ye ayrılır.

- Genel amaçlı (jenerik) ölçekler
- Özel amaçlı (spesifik) ölçekler (99).

a) Genel (Jenerik) Ölçekler

Bu ölçekler birçok avantaja sahiplerdir. Bu ölçeklerin psikometrik özellikleri bilinmektedir ve bunlar kullanılarak farklı problemlere sahip popülasyonlar arasında karşılaştırma yapılabilir. Bu ölçeklerin dezavantajları hassas olmamaları yani değişime olan duyarlılıklarının az olmasıdır (102).

b) Özel Amaçlı (Spesifik) Ölçekler

Hastalığa özel spesifik ölçeklerin üstünlüğü spesifik durumlara özgü küçük değişiklikleri bile tespit edebildikleri için daha hassas olmalarıdır. Ayrıca spesifik ölçeklerde klinik durumlarla ilişkili göstergeler de vardır (102).

Son spesifik özel durumları ölçen birçok anket geliştirilebildiği gibi “evrensel” olarak yaşam kalitesini ölçen birçok anket geliştirilmiştir. Bu konudaki bir başka zorluk ise kıyaslamaların tam olarak yapılabileceği “altın standart” olarak tanımlanabilen bir ölçeğin bulunmamasıdır (103,104).

Sağlık algısı, bireylerin sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini anlamak için klinisyenlerin ve araştırmacıların kullandığı ana göstergelerden biridir. Algılanan sağlığın ölçülmesi, bireylerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiğini göstermektedir (99).

2.2.6. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Amaçları

- Bireylerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri,
- Hekim tarafından tedavi uygulamalarının kalite ve yönteminin etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Kaynakların kullanım önceliğinin belirlenmesi,
- Ülkelerin sağlık durumunun ve zaman içerisindeki değişiminin birbiri ile kıyaslanmasıdır (105). Bu ölçekler sayesinde hastaların sağlıklarını nasıl algıladıklarının ve hastalığın varlığının veya yokluğunun değerlendirilmesi oldukça önemlidir (99).

Sağlıkla ilgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulama şekilleri direkt görüşme, telefonla görüşme, kendi-kendine doldurulan anketler ve başkasının yerine doldurulan anketlerdir. Bunların içinde en çok hastanın cevapladığı anketler tercih edilenleridir (106).

2.2.7. Yaşam Kalitesini Ölçmekte Sıklıkla Kullanılan Bazı Ölçekler

2.2.7.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (World Health Organisation Quality of Life Assessment - WHOQoL)

1992 yılına kadar kullanılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri batı kaynaklıydı yalnızca batılı kültürler arasında karşılaştırma yapma imkanı sağlamaktaydılar. Bu nedenle Global WHOQoL çalışması başlatılmıştır. WHOQoL ölçeği 40'tan fazla dil ve kültürde geçerli olmak üzere hazırlanmıştır (98,107).

WHOQoL ölçeğinin WHOQoL-100 (uzun form) ve WHOQoL-Brief (kısa form) olmak üzere iki farklı versiyonu vardır. WHOQoL-Brief, toplamda 27 sorudan oluşmuştur. Bu ölçeğin global kısmı uzun ölçekteki (WHOQoL-100) genel bölümden 2, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuştur. Bir adette ulusal soru mevcuttur. Bu form ile bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi fizik, sosyal, psikolojik ve çevre ile ilgili iyilik durumları ortaya konulmaktadır (98,107).

DSÖ'nün WHOQoL grubu tarafından belirlenen yönerge çerçevesinde WHOQoL Türkiye Grubu tarafından Türk dilinin ve kültürünün sağlıkla ilgili yaşam kalitesini uluslararası düzeyde standardize edecek olan çalışmaya 1995 yılında Eser ve ark. (107) katılmışlardır. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQoLBRİEF-TR) DSÖ tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yine Eser ve ark. (107) tarafından yapılmıştır.

2.2.7.2. Kısa Form – 36 (Short Form -36 - SF-36)

SF-36 ölçeği, sağlık durumunu ölçmek için tasarlanmış bir jenerik ölçektir. 36 sorudan oluşmaktadır. Uzun versiyonunda 136 soru vardır. SF-36, medikal sonuç çalışması için geliştirilmiş ve geçerliliği alınmıştır (108,109, 110,111).

SF-36 jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan bir ölçektir. 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (103,109,110). Jenerik ölçekler içinde en yaygın kullanılanıdır. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (103). Değerlendirme de bireyini son dört haftası dikkate alınmaktadır. Ölçek hasta tarafından kısa sürede doldurulabilmektedir (112).

SF-36 sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile değerlendirmektedir. Bunun dağılım şu şekildedir:

- Fiziksel fonksiyon: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 numaralı sorulardır.
- Fiziksel-rol: Fiziksel-rol değerlendirmesini içeren sorular; 13, 14, 15, 16'dır
- Vücut ağrısı: Ağrı değerlendirmesini içeren sorular; 21 ve 22'dir.
- Genel sağlık: Genel sağlık değerlendirmesini içeren sorular; 1, 2, 33, 34, 35, 36'dır.
- Enerji: Canlılık ile ilgili değerlendirmeyi içeren sorular; 23, 27, 29, 31'dir.
- Sosyal fonksiyon: Sosyal fonksiyonu değerlendiren sorular; 20, 32'dir.
- Emosyonel-rol: Emosyonel rolü değerlendiren sorular; 17, 18, 19'dur.
- Ruh sağlığı: Ruh sağlığını değerlendiren sorular; 24, 25, 26, 28, 30'dur (113,114). Bu ölçeğin Türkçeye çevrilmesi Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (115).

2.2.8. Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi

Ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (116). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden farklı olarak fonksiyonel, psikolojik, sosyal faktörler ve sadece orofasiyal alanlarda yaşadığı ağrı/rahatsızlık gibi tecrübeler sonucunda bireyin kendisinin iyi olma halini nasıl değerlendirdiğini anlatan bir ifadedir (117). Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, birçok boyuta sahiptir ve bireyin yaşam standardını bozan oral şartları anlatır (118). Orofasiyal ağrı, fonksiyonel kısıtlama, psikososyal

etkiler ve görünüm hakkındaki endişeler gibi durumlar ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin boyutlarını oluşturmaktadır. Bireysel sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi için ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisinin ölçülmesi önemlidir (119). Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi semptomlar, problemler ve psikososyal etkiler hakkında sorulardan oluşan çok ögeli anketlerle değerlendirilmektedir (120).

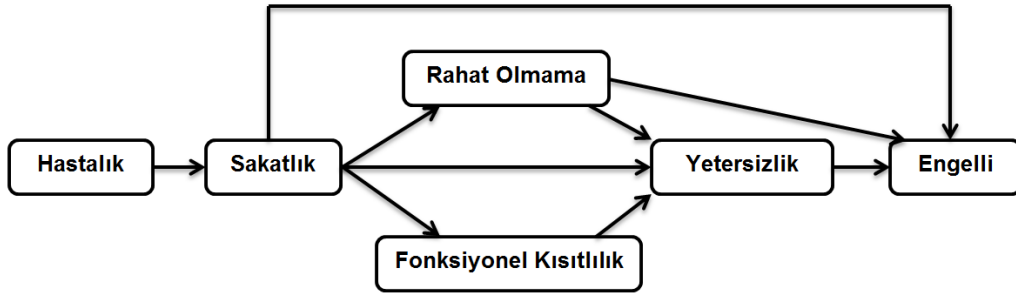
Diş hekimliğinde hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısı tedavinin önemli bir sonucudur (99,121,122). Amerikalı cerrahların 'Oral Health in America' isimli raporunda ağız sağlığının öneminin genel sağlık üzerindeki etkisine değinilmiştir. Bu raporda ayrıca oral hastalıklar 6 kategoriye ayrılmıştır; dental ve periodontal enfeksiyonlar, mukozal bozukluklar, oral ve faringeal kanserler, gelişimsel bozukluklar, kazalar, orofasiyal ağrıyı da içeren kronik ve sakat bırakan durumlardır (117,123). Ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin subjektif değerlendirmesi bireylerin yemek yeme, uyuma, sosyal etkileşimlerde bulunmaları sırasındaki özgüven ve ağız sağlıkları ile ilişkili memnuniyetlerinden oluşur (124,125,126). Reisine (127) ile Gift ve ark. (128) yaptıkları bir çalışmada oral sağlıktaki aksaklıkların yılda ortalama 160 milyon çalışma saati kaybına yol açtığını ortaya koymuşlardır. Bir başka çalışmada temporomandibular eklem (TME) bozukluğu olan bireyler ile kardiyak bozukluğu olan bir grup hastanın başlangıç yaşam kalitesi skorlarını karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak TME problemi olan hastaların uyku, dinlenme, sosyal etkileşim, iletişim gibi konularda daha fazla engelle karşılaştıkları ortaya çıkmıştır (128). İngiltere'de 1838 kişide yapılan bir çalışmada ise ağız diş sağlığının yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir (129). Ağız-diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi ile ilişkili yapılan çalışmalarda son yirmi yılda belirgin bir artış görülmektedir (122).

2.2.8.1. Ağız-Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tıbbın çeşitli alanlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler diş hekimliğinde çok yaygın değildir (99). İlk olarak Cohen ve Jago (130) ağız sağlık durumunun hasta odaklı

ölçümüne ihtiyaç olduğunu bildirmiştir. Sağlık politikalarının geliştirilebilmesi için ağız sağlığını değerlendirirken yaşam tarzı, sosyal ve kültürel etkenlerin de değerlendirilmesi gerektiği ancak bu şekilde sağlık politikaları geliştirilebileceği belirtmişlerdir. Ayrıca Reisine (128) yayınlamış olduğu çalışmada ağız hastalıklarının sosyal etkisini tanımlamak için dental problemler nedeniyle oluşan iş kaybı gibi sosyal indikatörlerden bahsetmiştir.

Locker sağlık sonuçlarını bireysel seviyede değerlendirip, bireysel ölçüklerin kullanılmasını önermiş ve 1988 yılında ağız sağlığının ölçümü ile ilgili kavramsal bir taslak oluşturmuştur (131).



Şekil 1.1. Locker ağız sağlığı ölçüm modeli (131)

Bu modeldeki kavramların tanımları;

1. Fonksiyonel kısıtlılık: Vücudun bileşenlerinin işlevini tam olarak yapamamasının bir sonucu olarak tanımlanır.
2. Rahatsızlık: Hastalığa karşı vücutta oluşan cevaptır.
3. Sakatlık: Fiziksel, psikolojik veya anatomik yapının eksikliği ya da normalden farklı olmasıdır. Dişsizlik, periodontal hastalık ve malokluzyon örnek olabilir.
4. Yetersizlik: Olması gereken yeteneklerin eksikliğidir.
5. Eksiklik: Bireyin sosyal olarak beklentilere cevap verememesidir.

WHO'nun bozukluk, yetersizlik ve sakatlık esasına dayanan sınıflamasına ve oral bozuklukların fonksiyonel ve psikosozal sonuçlarının değerlendirilmesine göre dişlerini kaybeden bireyler vücutlarında bir parçayı kayb ettikleri için sakatlık hissine kapılırlar. Bu durum onlarda yetersizlik ve engelli olma duygusu oluşturur (99,132).

Reisine oral sağlık sonuçlarını ölçmede Sickness Impact Profile (SIP)'ı kullanmıştır. Ancak bu ölçek sağlık durumunun jenerik ölçümünü yapmaktadır bu yüzden tüm oral sağlık problemlerine duyarlı değildir (99). Locker, bu ölçeğin akut/kronik ağrının etkilerini göstermede başarılı olacağını ancak diş kaybı ve etkilerini gösterme konusunda yetersiz olacağını belirtmiştir (131). Bu nedenle birçok araştırmacı tarafından ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir (99).

OHRQoL ölçümü üç yöntemle yapılabilmektedir bunlar: Sosyal belirleyiciler, evrensel kendi kendini puanlama sistemleri ve çok sorulu anket uygulamalarıdır (133).

a. Sosyal belirleyiciler: Ağız-diş bölgesiyle ilgili hastalıkların toplumsal açıdan etkilerini değerlendirir (134).

b. Evrensel kendi kendini puanlama sistemleri: Bu değerlendirmede tek bir soru vardır. Bireye; diş, dişeti ve ağız sağlık durumu hakkındaki nasıl değerlendirmesi sorulur. Bu sorunun cevabının değerlendirilmesi Likert Tipi değerlendirme ile yapılabildiği gibi VAS ile 100 üzerinden de değerlendirilebilir (99).

"Likert Tipi Ölçeklendirme Tekniği" 1992 yılında Rensis Likert tarafından 1932 yılında geliştirilmiştir. En sık kullanılan seçeneklerin puan toplamlarıyla ölçekleme modelidir. Likert tipi bir ölçekte her soru için beş seçenekli cevap skalası bulunur. Bu seçenekler için birden beşe doğru bir puan dağılımı vardır. Her soruda "üç puan" kararsızlığı ifade eder. "bir puan" olumlu/olumsuz bir uçtaki tutumun derecesini, "beş puan" ise "bir puan"ın

tersi uçtaki tutumun derecesini ifade eder. Puanlama yolu ölçek boyunca aynı kalmalıdır. Boş bırakılmış cevap bulunmamalıdır (99,105).

Diğer bir yöntem ise VAS'tır. Ağrı araştırmalarında sık kullanılan VAS'ın dezavantajı ise işaretleme yapan katılımcıların farklı bilince sahip olmalarıdır. Bu yüzden birçok ülkede araştırmalarda çok sorulu anketler kullanılmaktadır (99).

c. Çok sorulu anket uygulamaları:

Anketler ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde oldukça sık kullanılır. Kullanılan ölçeklerin değişime olan duyarlılığını ölçmek karmaşık bir konudur. Uzun süre devam eden çalışmalarda değişime olan duyarlılığın değerlendirilmesi önemlidir ve ölçekler değişimi değerlendirme konusunda güncelliğini korumaktadır (99).

Locker'a (135) göre zamana bağlı değişimin ölçülmesinde 4 farklı yöntem vardır.

- Ölçüm öncesi ve sonrasını kıyaslamak
- Takip skorundan ilk skorunu çıkartarak değişimi belirlemek
- Evrensel değişim kararı
- Evrensel değişim skalası

Bu yöntemlerin hepsi kullanılabilir fakat evrensel olarak kabul edilen tek bir yöntem henüz yoktur (135). Ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar

2.2.8.2. Ağız-Diş Sağlığı ile ilgili Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler

2.2.8.2.1. General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI)

İlk kez 1990 yılında ABD'de Atchinson ve Dolan tarafından yaşlı bireylerde ağız hastalıklarının etkilerini değerlendirmek için güvenilir

ölçeklerin yetersizliğinden yola çıkarak 'Geriatric Oral Health Assessment Index' olarak yaşlılardaki ağız sağlığı ile ilgili problemleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (99). Sonradan 'General Oral Health Assessment Index' olarak yeniden adlandırılmıştır. Ölçek diş veya protezlerinize ilişkili problemler nedeniyle insanların yanında yemek yerken sorun yaşadınız mı gibi fiziksel fonksiyon ve psikososyal fonksiyonu değerlendiren 12 sorudan ve 5'li Likert tipi cevap seçeneğinden (0= hiç, 1= nadiren, 2= bazen; 3= sık, 4= çok sık; 5= her zaman) oluşur. 12 sorunun cevapları toplanarak 0-60 arasında bir skor elde edilir (136). 12 soru ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini 3 alanda değerlendirir. Bu alanların birincisi yemek yeme, konuşma ve yutmayı içeren fiziksel fonksiyon alanı; ikincisi ağız sağlığı ile ilgili endişe ve kaygıları, görüntü ile ilişkili memnuniyetsizlik ve ağızdaki problemlere bağlı sosyal ilişkilerin zayıflaması gibi durumları içeren psikososyal fonksiyon alanı ve üçüncüsü ağrı vb etkenleri ortadan kaldırmak için uygulanan medikal tedavi sonucu meydana gelebilecek ağrı ve rahatsızlıklardır. Bu ölçek Fransızca, Çince, İspanyolca, Malay dili gibi farklı dillere çevrilmiş ve geçerliliği kabul edilmiştir (137,138,139).

2.2.8.2.2. Oral Impacts on Daily Performance (OIDP)

OIDP skalası oral fonksiyonların günlük hayata olan etkilerini değerlendiren bir ölçektir. DSÖ'nün ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) sınıflaması ve Locker'ın ağız sağlığı değerlendirme konseptini baz alır (140). Ancak OIDP birçok ölçümden daha karmaşık öge skorlama tekniğine sahiptir ve etkilerin sıklığı ile öneminin birlikte gösterir. OIDP büyük oranda ayırıcı bir ölçümdür. Dental hizmet planlamasında popülasyonun dental ihtiyaçlarını kuralsal ölçülerle belirleme amacıyla ortaya çıkarılmıştır (99).

Ağız-diş sağlığı ile ilgili sorunların sıklığını, fonksiyonel ve psikososyal iyilik hali üzerindeki etkisini değerlendirir. Yetişkin ve yaşlı popülasyonlarda geçerlilik ve güvenilirliği rapor edilmiştir (141).

Ağız sağlığının günlük aktiviteler üzerindeki etkisini 8 alanda değerlendirir; yemek yeme, yemekten zevk alma, uyuma, konuşma, kelimeleri doğru telaffuz etme, dişlerini temizliğini yapabilme, utanmadan gülümseyebilmek ve normal sosyal ilişki kurabilmedir. Bireylere son 6 aydır bu aktiviteleri yaparken ağız-diş sağlığı ile ilgili problemler nedeniyle ne sıklıkla problem yaşadıkları sorulur. Yanıtlar 0-5 arası cevap seçeneği (0= son 6 aydır hiç, 5= son 6 aydır hemen hemen her gün) şeklindedir (99). Hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdeki çelişkilerden dolayı diş kaybında fonksiyonel, sosyal ve psikolojik etkileri bir arada bulunduran ölçeklerin, protetik tedavinin sonuçları konusunda önemli bilgi verebileceği düşünülmektedir (142).

Robinson ve ark. (143) OHIP-14 ve OIDP'nin sonuçlarını ve geçerliliklerini hem röportaj hem anket formatında karşılaştırmışlardır. İki ölçeğin sonuç değerleri röportaj formatında benzerdir ancak anket formatında OHIP-14 %92.9 fakat OIDP %86.5 oranında kullanılabilir veri sağlamıştır. OIDP kullanımının özellikle de anket formatında daha az veri sağlayabileceği açıklanmıştır.

2.2.8.2.3. Dental Impact on Daily Living (DIDL)

1993 yılında Leao tarafından yayınlanmıştır (144). Bu ölçek, ağız sağlık durumunun günlük yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlar. 5 ana kategoride toplam 36 soru içerir. Bu kategoriler; oral konfor, diş görünüşü, ağrı, performans ve yemek yemede kısıtlılıktır (99). Temel ölçek 36 soru içermektedir ancak bölümlü, protez, tam protez ve her ikisini birden kullanan hastalar için 42, 45 ve 47 soruluk anketleri vardır (144). Soruları yanıtlarken pozitif yanıt (+1), nötr yanıt (0), negatif yanıt ise (-1) olarak değerlendirilir (99). Bir alandaki bütün yanıtlar toplanır, ortalaması alınıp alan skoru hesaplanır. Hastalardan her alandaki sorulara 1-10 arasında ağırlık skoru vermeleri istenir. Final skor hesaplanırken alan ağırlıkları ile alan skorları kombinasyonu elde edilir (145). Ağırlık ve skoru aynı anda değerlendiren ilk ölçek olması DIDL'i önemli kılar (99).

2.2.8.2.4. Dental Impact Profile (DIP)

1993 yılında Strauss ve Hunt tarafından yayınlanmıştır (146). Hastaların olaylar karşısındaki algılarını değerlendiren bir ölçektir. Subjektif ve bireysel psikososyal etkileri inceler (146).

4 alt başlık ve 25 sorudan oluşur. Bu 4 alt başlık sağlık/iyilik durumu, yemek yeme, sosyal ilişkiler ve duygusal ilişkiler olarak tanımlanmıştır (146).

Sorular 'Size göre dişleriniz veya protezlerinizin yemek yemeniz üzerinde pozitif (iyi), negatif (kötü) etkisi vardır veya etkisi yoktur?' şeklindedir. Tüm cevaplar arasında pozitif veya negatif cevapların yüzdesi toplanarak toplam skor hesaplanır (99).

2.2.8.2.5. Oral Health Impact Profile (OHIP)

OHIP, ilk olarak 1994 yılında Avustralya'da Slade ve Spencer (147) tarafından uygulanmıştır. Slade ve Spencer (147), rahatsızlık, yetersizlik ve disfonksiyonun değerlendirilmesi sonucunda, hekimin daha çok dikkat göstermesi gereken noktaların ortaya çıkacağını, böylece tedavi şekline karar vermenin daha kolay olacağını belirtmişlerdir. Slade ve Spencer (147), OHIP formu oluştururken özel muayenehaneler, bir diş hastanesi ve bir protez kliniğinde tedavi görmekte olan 64 hastanın dental problemlerini değerlendirmiş ve hastaların en çok şikâyetçi oldukları konuları Locker'ın kavramsal iskeletine göre bölümlere ayırmışlardır. OHIP, 7 bölümden oluşan 49 adet soru içermektedir. Bu 7 bölüm fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve handicap ana başlıkları altında toplanmıştır. Slade ve Spencer (147), OHIP'in güvenilirliği ve geçerliliğini kanıtlayıp diş hekimliğinde yaygın bir biçimde kullanılmasını sağlamışlardır (99,148). OHIP'in soruları araştırmacılar yerine, hastalar ile yapılan konuşmalar sonucu oluşturulmuş olmasıdır. Böylece, ağız içi problemlerin meydana getirebileceği fonksiyonel, psikolojik ve sosyal etkiler, hastalar tarafından ortaya konulmuştur (99,147, 148). Genel olarak OHIP'in orjinal formu yerine daha kolay uygulanabilen, kısa ve öz bir forma ihtiyaç

vardır. Locker ve Allen ölçeklerin kısaltılma sebeplerini şu başlıklar altında toplamıştır:

- Ölçeklerin cevaplanması ve skorlanması uzun zaman alması ve klinikte bu kadar zamanın ayrılamaması.
- Uzun anketlerin maliyet artışına sebep olması.
- Bazı hasta grupları için uzun anketlerin cevaplanmasının zor olması.
- Uzun anketler nedeniyle cevaplanmayan soru sayısının artması ve bunun veri kaybına ve çalışma grubundaki birey sayısının azalmasına neden olması (131).

Bazı kriterlere uyularak daha kolay ölçek hazırlanabilir. Stewart (149)'a göre bu kriterler şunlardır.

- Genel fonksiyon ve iyi hissetmeyle ilgili sağlık durumlarını ve sağlıkla ilgili kavramları içermelidir.
- Yeterli psikometrik özellikleri içermelidir. (güvenilirlik, geçerlilik, hassasiyet)
- Kullanımı kolay olmalıdır.

49 sorudan oluşan OHIP ölçeği Slade tarafından 14 soruya indirilmiş, ve bunun başarılı ve yeterli olduğu ortaya konmuştur (150). Bir çalışmada protezlerin değerlendirilmesinde OHIP-14'ün klinik olarak OHIP-49 ile hemen hemen aynı sonuçları verdiği belirtilmiştir (151). Bunun yanında OHIP-49'un 20 soruya indirilip tam dişsiz hastalarda kullanıldığı çalışmalarda vardır (152,153).

OHIP-14 orijinal formula karşılaştırıldığında % 94'lük geçerlilik elde edilmiştir. OHIP-14'ün gerektiğinde rahatlıkla kullanılabileceği ortaya konmuştur. OHIP-14'te her soru için "hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman" 'dan oluşan 5 adet cevap mevcuttur. Değerlendirme; fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve handikap gibi 7 alt başlık altında yapılır. Hem bu 7 kategori ayrı ayrı değerlendirilir hem de toplam skor değerlendirmeye katılır.

Puan toplamının yüksek çıkması yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği sonucunu ortaya çıkarır (150). OHIP–14'ün protezlerin değerlendirilmesinde klinik olarak OHIP–49 ile hemen hemen aynı sonuçları verdiği gözlemlendiği bir çalışma mevcuttur (151). Yine 49 soruluk formun 20 soruya indirilip tam dişsiz hastalarda kullanıldığı çalışmalarda yapılmıştır (152,153).

OHIP-14 2006 yılında Mumcu ve ark. (154) tarafından, Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriye 2 profesyonel çevirmen, diş hekimleri ve doktorlar katılmıştır. Çeviriler hem İngilizce'den Türkçe'ye, hem de Türkçe'den İngilizce'ye geri çevrilerek yapılmıştır. Mumcu ve ark.(154) bu çalışmanın sonucunda OHIP–14 OHQoL ölçümlerinin geçerli ve güvenilir olduğu ve Türkiye'de diş hekimliği alanında yapılacak çalışmalarda kullanılabileceğini belirtmişlerdir.

2.2.8.2.6. Oral Health Related Quality of Life- United Kingdom (OHRQoL-UK)

McGrath ve Bedi 2000 yılında tarafından İngiltere' de oluşturulmuş bir ölçektir. Bu form da OHIP gibi hastalar ile konuşularak oluşturulmuştur. Ölçek 16 soru ve 4 alt kategoriden oluşur. Bu kategoriler ise; belirti (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru), sosyal durum (4 soru)'dur (129,155,156). Türkçe ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği Mumcu ve ark.(154) tarafından ispatlanmış ve rapor edilmiştir. OHRQoL-UK hem pozitif hem de negatif değerlendirme yapmaktadır sadece negatif değerlendirme içeren OHIP-14 ölçeğine göre bu büyük bir avantajdır. Bu ölçekte elde edilen düşük skor ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düşük olduğunu gösterir (129). OHRQoL-UK anketi Likert ölçeğine göre skorlanır ve sorulara 1-5 arası değer verilir. Skorlar 16-80 arası değerleri vermektedir (155,157).

OHQoL–UK, 2006 yılında Mumcu ve ark. (154) tarafından, Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriye 2 çevirmen, diş hekimleri ve doktorlar katılmıştır. Çeviriler hem İngilizceden Türkçeye, hem de Türkçeden İngilizceye geri çevrilerek yapılmıştır. Mumcu ve ark. (154), bu çalışmanın sonucunda

OHQoL ölçümlerinin geçerli ve güvenilir olduğu ve Türkiye’de diş hekimliği alanında yapılacak çalışmalarda kullanılabileceğini belirtmişlerdir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın amacı, DDSBP, İDSBP, HBP'nin ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ve anksiyete üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

DDSBP, İDSBP, HBP'nin; STAI-I, STAI-II, MDAS VE OHIP-14 üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalar seçilmiştir. Bu çalışma GATA Araştırma ve Etik Kurulu tarafından (10.11.2015/464) onaylanmıştır. Katılımcıların ağız muayeneleri yapılmış, protetik tedavi için gerekli olan dolgu, kanal tedavisi, periodontal tedavi bitirilip hastalara bilgilendirme yapıldıktan sonra STAI-I STAI-II, MDAS ve OHIP-14 ölçekleri soru cevap şeklinde ya da kendi kendine okuma değerlendirme yöntemi ile uygulanmıştır. Aynı ölçekler tedavi tamamlandıktan 3 hafta sonra tekrarlanmıştır.

Çalışma grubu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi'ne HBP, DDSBP, İDSBP yaptırmak için başvuran posterior bölgede en az 1 diş eksikliği olan hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubu ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran diş eksikliği olmayan ve protetik diş tedavisine ihtiyaç duymayan hastalardan seçilmiştir.

Çalışmaya 50 kontrol grubu, 50 İDSBP, 50 DDSBP, 50 HBP olmak üzere 200 hasta katılmıştır. Çalışmanın başlangıcında ilk ölçekleri yapıldığı halde çeşitli nedenlerle tedavi sonrası ölçekleri yapılamayan 42 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda kontrol grubu 28.32, DDSBP 45.46, İDSBP 49.45, HBP 57.84 yaş ortalamasına sahiptir.

Çalışma Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

1. Hastanın 18 yaşından büyük olması.
2. Mental yetersizlik durumunun olmaması.

3. İletişim kurmada herhangi bir engelinin olmaması ya da okuma yazmasının olması.
4. Akut dental ağrısının ve TME probleminin olmaması.
5. Posterior bölgede en az bir diş eksiğinin olması
6. HBP, DDSBP ya da İDSBP endikasyonu konulmuş olması
7. Ağızın protetik tedavi için hazır olmasıdır. (Dolgu çekim diş taşı temizliği kanal tedavilerinin yapılmış olmasıdır).

Çalışma Grubuna Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Ağızın protetik tedavi için hazır olmaması.
2. Hastanın çalışmaya katılma onayının olmaması.
3. Okuma, yazmasının olmaması.
4. Görme, işitme gibi iletişim probleminin olması.

Kontrol Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaşından büyük olması.
2. 8 nolu dişler haricinde ağızda diş eksikliği bulunmaması.
3. Okuma, yazma biliyor olması.
4. Mental yetersizliğinin olmaması.
5. Hastanın ağızda herhangi bir protetik restorasyon bulunmaması.

3.1. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

STAI I-II; Likert tipi ölçeklerdir. Her bir soruya 1'den 4'e kadar puan verilmiştir.

Tablo 3.1. STAI-I değerlendirme tablosu

	Soru No
Doğrudan İfadeler	3-4-6-7-9-12-13-14-17-18
Tersine İfadeler	1-2-5-8-10-11-15-16-19-20

Puan Değeri = (A(Doğrudan İfadeler) – B(Tersine İfadeler)) +50

Tablo 3.2. STAI-II değerlendirme tablosu

	Soru No
Doğrudan İfadeler	22-23-24-25-28-29-31-33-34-36-37-38-40
Tersine İfadeler	21-26-27-30-32-35-39

Puan Değeri = (A(Doğrudan İfadeler) – B(Tersine İfadeler)) +35

STAI 20-80 arası değerler alır. Puanlar Tablo3.3.'de olduğu gibi değerlendirilir. (158)

Tablo 3.3. STAI-I/STAI-II değerlerine göre anksiyete seviyeleri

20-37	Düşük anksiyete,
38-44	Orta anksiyete
45-80	Yüksek anksiyete

MDAS

5 seçenekli 5 sorudan oluşan bu ankette her bir soru şıklara göre 1-5 arasında puan alır. Toplamda 19 ve üzeri çıkan değerler yüksek anksiyete olarak değerlendirilmiştir (48,49).

OHIP-14

Sorulara 1'den 5'e kadar puan verilir. Toplam puandaki artış yaşam kalitesinde azalmayı gösterir. Ayrıca OHIP-14 soruları fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handikap olmak üzere 7 alt değerlendirmeye sahiptir. (147) Bu sorular şu şekilde sınıflandırılmıştır (154,159).

Fonksiyonel sınırlama

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle kelimeleri telaffuz etmede zorluk çekiyor musunuz?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle tat alma hissiniz kötüleşti mi?

Fiziksel ağrı

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle ağzınızda size rahatsızlık veren ağrınız oluyor mu?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle yemek yemede zorluk çekiyor musunuz?

Psikolojik rahatsızlık

1. Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle kendinizi gergin hissediyor musunuz?

Fiziksel yetersizlik

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle yemeğe ara vermek zorunda kalıyor musunuz?

Psikolojik yetersizlik

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle sakinleşmede/rahatlamada zorluk çekiyor musunuz?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ilgili problemler nedeniyle biraz utanıyor musunuz?

Sosyal yetersizlik

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle diğer insanların yanında rahatsızlık duyuyor musunuz?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle günlük işlerinizi yapmada zorluk çekiyor musunuz?

Handikap

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle yaşıntınızın daha az tatmin edici mi olduğunu hissediyorsunuz?
2. Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle İşlerinizi/görevlerinizi tamamen yapamaz durumda mısınız?

3.2. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Kruskal Wallis-H testinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis-H testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

İki bağımlı değişken arasındaki farklılık incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Wilcoxon testi kullanılmıştır.

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

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gruplarda STAI-I ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

			n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
Grup	DDSBP	STAI- I Protez tedavi öncesi	50	36,5	34	20	58	10,84	0,014
		STAI-I Protez tedavi sonrası	50	32,36	29,5	20	57	10,34	
	İDSBP	STAI-I Protez tedavi öncesi	50	33,7	33	20	60	10,57	0,095
		STAI -I Protez tedavi sonrası	50	31,82	28,5	18	51	9,58	
	HBP	STAI-I Protez tedavi öncesi	50	32,18	31	20	61	9,59	0,012
		STAI-I Protez tedavi sonrası	50	34,72	33	20	54	9,35	

DDSBP grubunda STAI-I protez tedavi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). DDSBP grubunda STAI-I protez tedavi sonrası değeri tedavi öncesine göre anlamlı derecede düşüktür.

İDSBP grubunda STAI-I protez tedavi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

HBP grubunda STAI-I protez tedavi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). HBP grubunda STAI-I protez tedavi öncesi değeri tedavi sonrasına göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.2. Gruplarda STAI-II ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

			n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
Grup	DDSBP	STAI- II Protez tedavi öncesi	50	46,44	45	33	62	6,43	0,147
		STAI- II Protez tedavi sonrası	50	45,22	45	29	59	5,7	
	İDSBP	STAI- II Protez tedavi öncesi	50	45,16	45	35	56	4,97	0,506
		STAI -II Protez tedavi sonrası	50	44,96	44	34	54	5,21	
	HBP	STAI II Protez tedavi öncesi	50	47,54	47	36	62	5,93	0,652
		STAI II Protez tedavi sonrası	50	47,36	46	38	62	6,11	

Tüm gruplarda STAI-II değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Gruplarda MDAS ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

			n	Mean	Median	Min	Max	ss	y
Grup	DDSBP	MDAS Protez tedavi öncesi	50	9,32	9	5	18	3,64	0,794
		MDAS Protez tedavi sonrası	50	9,48	8	5	22	4,39	
	İDSBP	MDAS Protez tedavi öncesi	50	8,52	8	5	18	3,12	0,947
		MDAS Protez tedavi sonrası	50	8,48	8	5	17	3,01	
	HBP	MDAS Protez tedavi öncesi	50	8,94	8	5	22	3,85	0,754
		MDAS Protez tedavi sonrası	50	9,22	8	5	20	3,9	

Tüm gruplarda MDAS değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Farklı protetik tedavilerde OHIP-14 ölçeğinin zamana bağlı farklılığına ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

			n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
Grup	DDSBP	OHIP-14 Protez tedavi öncesi	50	27,98	27	14	49	7,78	0,003
		OHIP-14 Protez tedavi sonrası	50	24,92	23,5	15	40	5,77	
	İDSBP	OHIP-14 Protez tedavi öncesi	50	26,7	25,5	14	63	9,1	0,159
		OHIP-14 Protez tedavi sonrası	50	24,92	23	14	49	6,51	
	HBP	OHIP-14 Protez tedavi öncesi	50	31,8	29	15	56	10,15	0,013
		OHIP-14 Protez tedavi sonrası	50	28,14	26,5	14	55	8,52	

DDSBP ve HBP gruplarında OHIP-14 protez tedavi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). DDSBP ve HBP gruplarında OHIP-14 protez tedavi sonrası değeri tedavi öncesine göre anlamlı derecede düşüktür.

İDSBP grubunda OHIP-14 protez tedavi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Protez tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
STAI 1 Protez tedavi öncesi	DDSBP	50	36,5	34	20	58	10,84	0,249
	İDSBP	50	33,7	33	20	60	10,57	
	HBP	50	32,18	31	20	61	9,59	
	Kontrol	50	33,96	31	18	66	12,3	
	Toplam	200	34,08	32	18	66	10,9	
STAI II Protez tedavi öncesi	DDSBP	50	46,44	45	33	62	6,43	0,17
	İDSBP	50	45,16	45	35	56	4,97	
	HBP	50	47,54	47	36	62	5,93	
	Kontrol	50	44,66	45,5	29	63	6,61	
	Toplam	200	45,95	46	29	63	6,08	
MDAS Protez tedavi öncesi	DDSBP	50	9,32	9	5	18	3,64	0,627
	İDSBP	50	8,52	8	5	18	3,12	
	HBP	50	8,94	8	5	22	3,85	
	Kontrol	50	9,84	9	5	30	4,91	
	Toplam	200	9,16	9	5	30	3,94	
OHIP-14 Protez tedavi öncesi	DDSBP	50	27,98	27	14	49	7,78	0,041
	İDSBP	50	26,7	25,5	14	63	9,1	
	HBP	50	31,8	29	15	56	10,15	
	Kontrol	50	26,42	26	16	39	5,88	
	Toplam	200	28,23	27	14	63	8,59	

OHIP-14 protez tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). İDSBP ve kontrol grubunun OHIP-14 protez tedavi öncesi değeri HBP grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Diğer tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 4.6. Protez tedavisi sonrası değerleri bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
STAI 1 Protez tedavi sonrası	DDSBP	50	32,36	29,5	20	57	10,34	0,375
	İDSBP	50	31,82	28,5	18	51	9,58	
	HBP	50	34,72	33	20	54	9,35	
	Kontrol	50	33,96	31	18	66	12,3	
	Toplam	200	33,21	31	18	66	10,44	
STAI 2 Protez tedavi sonrası	DDSBP	50	45,22	45	29	59	5,7	0,294
	İDSBP	50	44,96	44	34	54	5,21	
	HBP	50	47,36	46	38	62	6,11	
	Kontrol	50	44,66	45,5	29	63	6,61	
	Toplam	200	45,55	45	29	63	5,98	
MDAS Protez tedavi sonrası	DDSBP	50	9,48	8	5	22	4,39	0,747
	İDSBP	50	8,48	8	5	17	3,01	
	HBP	50	9,22	8	5	20	3,9	
	Kontrol	50	9,84	9	5	30	4,91	
	Toplam	200	9,25	8	5	30	4,11	
OHİP Protez tedavi sonrası	DDSBP	50	24,92	23,5	15	40	5,77	0,111
	İDSBP	50	24,92	23	14	49	6,51	
	HBP	50	28,14	26,5	14	55	8,52	
	Kontrol	50	26,42	26	16	39	5,88	
	Toplam	200	26,1	25	14	55	6,84	

Tedavi sonrası değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte HBP grubunun STAI-I, STAI-II ve OHIP protez tedavi sonrası değerleri, kontrol grubunun ise MDAS protez tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

Tablo 4.7. Tedavi öncesi değerleri bakımından OHIP-14 ölçeğinin alt gruplarının arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları

		N	Mean	Median	Min	Max	ss	p
Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Öncesi	DDSBP	50	3,2	2	2	10	1,77	0,001
	İDSBP	50	3,33	2	2	10	1,94	
	HBP	50	4,14	4	2	9	2,11	
	Kontrol	50	2,53	2	2	7	0,97	
	Toplam	200	3,27	2	2	10	1,81	
Fiziksel Ağrı Tedavi Öncesi	DDSBP	50	4,24	4	2	10	2,11	0,044
	İDSBP	50	3,51	3	2	8	1,68	
	HBP	50	4,8	4,5	2	10	2,38	
	Kontrol	50	4,12	4	2	9	1,99	
	Toplam	200	4,16	4	2	10	2,09	
Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Öncesi	DDSBP	50	5,62	6	2	10	2,11	0,324
	İDSBP	50	5	6	2	9	2,33	
	HBP	50	5,78	6	2	10	2,22	
	Kontrol	50	5,69	6	2	9	1,79	
	Toplam	200	5,53	6	2	10	2,12	
Fiziksel Yetersizlik Tedavi Öncesi	DDSBP	50	5,6	6	2	8	1,11	0,446
	İDSBP	50	5,08	5	2	10	1,78	
	HBP	50	5,1	6	2	8	1,89	
	Kontrol	50	5,31	6	2	8	1,42	
	Toplam	200	5,27	6	2	10	1,57	
Psikolojik Yetersizlik Tedavi Öncesi	DDSBP	50	3,28	2,5	2	6	1,5	0,325
	İDSBP	50	3,33	3	2	7	1,44	
	HBP	50	4	4	2	10	2,14	
	Kontrol	50	3,22	3	2	6	1,3	
	Toplam	200	3,45	3	2	10	1,63	
Sosyal Yetersizlik Tedavi Öncesi	DDSBP	50	3	2	2	7	1,44	0,114
	İDSBP	50	2,84	2	2	6	1,25	
	HBP	50	3,74	3	2	10	2,09	
	Kontrol	50	2,88	2	2	7	1,16	
	Toplam	200	3,1	2	2	10	1,55	
Handikap Tedavi Öncesi	DDSBP	50	3,16	2	2	8	1,65	0,004
	İDSBP	50	2,75	2	2	7	1,35	
	HBP	50	4,04	3,5	2	10	2,21	
	Kontrol	50	2,76	2	2	7	1,28	
	Toplam	200	3,16	2	2	10	1,72	

Fonksiyonel kısıtlılık ve fiziksel ağrı tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubunun fonksiyonel kısıtlılık ve fiziksel ağrı tedavi öncesi değeri HBP grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Handikap tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İDSBP ve kontrol gruplarının Handikap tedavi öncesi değeri HBP grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve sosyal yetersizlik tedavi öncesi değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte HBP grubunun Psikolojik rahatsızlık, psikolojik yetersizlik ve sosyal yetersizlik tedavi öncesi değerleri; DDSBP grubunun ise fiziksel yetersizlik tedavi öncesi değeri daha yüksektir

Tablo 4.8. Gruplarda fonksiyonel kısıtlılık değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Öncesi	50	3,2	2	2	10	1,77	0,113
	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Sonrası	50	2,8	2	2	6	1,28	
İDSBP	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Öncesi	50	3,33	2	2	10	1,94	0,002
	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Sonrası	50	2,45	2	2	7	0,92	
HBP	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Öncesi	50	4,14	4	2	9	2,11	0,009
	Fonksiyonel Kısıtlılık Tedavi Sonrası	50	3,18	2,5	2	9	1,66	

DDSBP grubunda fonksiyonel kısıtlılık değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte fonksiyonel kısıtlılık tedavi öncesi değeri daha yüksektir.

İDSBP ve HBP gruplarında fonksiyonel kısıtlılık değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İDSBP ve HBP gruplarında fonksiyonel kısıtlılık tedavi sonrası değeri öncesi değerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.9. Gruplarda fiziksel ağrı değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Fiziksel Ağrı Tedavi Öncesi	50	4,24	4	2	10	2,11	0,013
	Fiziksel Ağrı Tedavi Sonrası	50	3,4	3	2	7	1,59	
İDSBP	Fiziksel Ağrı Tedavi Öncesi	50	3,51	3	2	8	1,68	0,016
	Fiziksel Ağrı Tedavi Sonrası	50	2,78	2	2	6	1,19	
HBP	Fiziksel Ağrı Tedavi Öncesi	50	4,8	4,5	2	10	2,38	0,003
	Fiziksel Ağrı Tedavi Sonrası	50	3,58	3	2	10	1,97	

DDSBP, İDSBP ve HBP gruplarında fiziksel ağrı değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). DDSBP, İDSBP ve HBP gruplarında grubunda fiziksel ağrı tedavi sonrası değeri öncesi değerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.10. Gruplarda psikolojik rahatsızlık değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Öncesi	50	5,62	6	2	10	2,11	0,228
	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Sonrası	50	5,24	5,5	2	9	2,06	
İDSBP	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Öncesi	50	5	6	2	9	2,33	0,296
	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Sonrası	50	5,41	6	2	9	2,08	
HBP	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Öncesi	50	5,78	6	2	10	2,22	0,699
	Psikolojik Rahatsızlık Tedavi Sonrası	50	5,54	6	2	10	2	

DDSBP ve HBP gruplarında psikolojik rahatsızlık değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte DDSBP ve HBP gruplarında psikolojik rahatsızlık tedavi öncesi değerleri daha yüksektir.

İDSBP grubunda psikolojik rahatsızlık değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte psikolojik rahatsızlık tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

Tablo 4.11. Gruplarda fiziksel yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	5,6	6	2	8	1,11	0,26
	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	5,42	6	2	8	1,2	
İDSBP	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	5,08	5	2	10	1,78	0,12
	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	5,43	6	2	8	1,45	
HBP	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	5,1	6	2	8	1,89	0,241
	Fiziksel Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	5,48	6	2	10	1,67	

DDSBP grubunda fiziksel yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte fiziksel yetersizlik tedavi öncesi değeri daha yüksektir.

İDSBP ve HBP gruplarında fiziksel yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte İDSBP ve HBP gruplarında fiziksel yetersizlik tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

Tablo 4.12. Gruplarda psikolojik yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	3,28	2,5	2	6	1,5	0,114
	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	2,98	2	2	9	1,65	
İDSBP	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	3,33	3	2	7	1,44	0,908
	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	3,41	2	2	8	1,85	
HBP	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	4	4	2	10	2,14	0,025
	Psikolojik Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	3,26	2,5	2	9	1,69	

DDSBP grubunda psikolojik yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte psikolojik yetersizlik tedavi öncesi değeri daha yüksektir.

İDSBP grubunda psikolojik yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte psikolojik yetersizlik tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

HBP grubunda psikolojik yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). HBP grubunda psikolojik yetersizlik tedavi sonrası değeri öncesi değerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.13. Gruplarda sosyal yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Sosyal Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	3	2	2	7	1,44	0,064
	Sosyal Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	2,68	2	2	6	1,24	
İDSBP	Sosyal Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	2,84	2	2	6	1,25	0,023
	Sosyal Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	2,47	2	2	7	1,1	
HBP	Sosyal Yetersizlik Tedavi Öncesi	50	3,74	3	2	10	2,09	0,009
	Sosyal Yetersizlik Tedavi Sonrası	50	2,9	2	2	8	1,47	

DDSBP grubunda sosyal yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sosyal yetersizlik tedavi öncesi değeri daha yüksektir.

İDSBP ve HBP gruplarında sosyal yetersizlik değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). İDSBP ve HBP gruplarında sosyal yetersizlik tedavi sonrası değeri öncesi değerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.14. Gruplarda handikap değerleri bakımından zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin Wilcoxon testi sonuçları

		n	Mean	Median	Min	Max	ss	p
DDSBP	Handikap Tedavi Öncesi	50	3,16	2	2	8	1,65	0,229
	Handikap Tedavi Sonrası	50	2,96	2	2	8	1,44	
İDSBP	Handikap Tedavi Öncesi	50	2,75	2	2	7	1,35	0,15
	Handikap Tedavi Sonrası	50	3,2	2	2	8	1,81	
HBP	Handikap Tedavi Öncesi	50	4,04	3,5	2	10	2,21	0,301
	Handikap Tedavi Sonrası	50	3,68	3	2	10	2,19	

DDSBP ve HBP gruplarında handikap değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte handikap tedavi öncesi değerleri daha yüksektir.

İDSBP grubunda handikap değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte handikap tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

Tablo 4.15. Tedavi sonrası değerleri bakımından OHIP-14 alt gruplarının arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H testi sonuçları

		Grup						p
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	
Fonksiyonel kısıtlılık tedavi sonrası	DDSBP	50	2,8	2	2	6	1,28	0,042
	İDSBP	50	2,45	2	2	7	0,92	
	HBP	50	3,18	2,5	2	9	1,66	
	Kontrol	50	2,53	2	2	7	0,97	
	Toplam	200	2,73	2	2	9	1,26	
Fiziksel ağrı tedavi sonrası	DDSBP	50	3,4	3	2	7	1,59	0,003
	İDSBP	50	2,78	2	2	6	1,19	
	HBP	50	3,58	3	2	10	1,97	
	Kontrol	50	4,12	4	2	9	1,99	
	Toplam	200	3,5	3	2	10	1,78	
Psikolojik rahatsızlık tedavi sonrası	DDSBP	50	5,24	5,5	2	9	2,06	0,609
	İDSBP	50	5,41	6	2	9	2,08	
	HBP	50	5,54	6	2	10	2	
	Kontrol	50	5,69	6	2	9	1,79	
	Toplam	200	5,48	6	2	10	1,97	
Fiziksel yetersizlik tedavi sonrası	DDSBP	50	5,42	6	2	8	1,2	0,891
	İDSBP	50	5,43	6	2	8	1,45	
	HBP	50	5,48	6	2	10	1,67	
	Kontrol	59	5,31	6	2	8	1,42	
	Toplam	200	5,4	6	2	10	1,43	
Psikolojik yetersizlik tedavi sonrası	DDSBP	50	2,98	2	2	9	1,65	0,339
	İDSBP	50	3,41	2	2	8	1,85	
	HBP	50	3,26	2,5	2	9	1,69	
	Kontrol	50	3,22	3	2	6	1,3	
	Toplam	200	3,22	2	2	9	1,62	
Sosyal yetersizlik tedavi sonrası	DDSBP	50	2,68	2	2	6	1,24	0,041
	İDSBP	50	2,47	2	2	7	1,1	
	HBP	50	2,9	2	2	8	1,47	
	Kontrol	50	2,88	2	2	7	1,16	
	Toplam	200	2,74	2	2	8	1,25	
Handikap tedavi sonrası	DDSBP	50	2,96	2	2	8	1,44	0,2
	İDSBP	50	3,2	2	2	8	1,81	
	HBP	50	3,68	3	2	10	2,19	
	Kontrol	50	2,76	2	2	7	1,28	
	Toplam	200	3,13	2	2	10	1,72	

Fonksiyonel kısıtlılık tedavi sonrası değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İDSBP grubunun Fonksiyonel kısıtlılık tedavi sonrası değeri HBP grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Fiziksel ağrı ve sosyal yetersizlik tedavi sonrası değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İDSBP grubunun fiziksel ağrı ve sosyal yetersizlik tedavi sonrası değeri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür.

Psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve Handikap tedavi sonrası değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte HBP grubunun fiziksel yetersizlik ve handikap tedavi sonrası değerleri; İDSBP grubunun psikolojik yetersizlik tedavi sonrası değeri, kontrol grubunun ise psikolojik rahatsızlık tedavi sonrası değeri daha yüksektir.

Tablo 4.16. Gruplara göre kaygı ve anksiyete düzeylerine ilişkin frekans dağılım tablosu

		DDSB P (%)	İDSBP (%)	HBP (%)	Kontrol (%)	Toplam (%)
STAI 1 tedavi öncesi kaygı düzeyi	Düşük kaygı	54	62	72	62	62,5
	Yüksek kaygı	36	18	18	22	23,5
	Normal	10	20	10	16	14
	Toplam	100	100	100	100	100
STAI II tedavi öncesi kaygı düzeyi	Düşük kaygı	6	4	2	10	5,5
	Yüksek kaygı	84	74	86	72	79
	Normal	10	22	12	18	15,5
	Toplam	100	100	100	100	100
MDAS tedavi öncesi	Yüksek anksiyete	0	0	2	4	1,5
	Normal	100	100	98	96	98,5
	Toplam	100	100	100	100	100
STAI 1 tedavi sonrası kaygı düzeyi	Düşük kaygı	72	68	58	0	66
	Yüksek kaygı	18	20	28	0	22
	Normal	10	12	14	0	12
	Toplam	100	100	100	0	100
STAI II tedavi sonrası kaygı düzeyi	Düşük kaygı	6	4	0	0	3,33
	Yüksek kaygı	76	70	82	0	76
	Normal	18	26	18	0	20,67
	Toplam	100	100	100	0	100
MDAS tedavi sonrası	Yüksek anksiyete	2	0	2	0	1,33
	Normal	98	100	98	0	98,67
	Toplam	100	100	100	0	100

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada amacımız kısmi diş eksikliğinde uygulanan diş destekli sabit bölümlü protez (DDSBP), implant destekli sabit bölümlü protez (İDSBP), hareketli bölümlü protez (HBP) gibi farklı protetik tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesi ve anksiyeteye olan etkisini değerlendirmektir. Sağlıklı olmak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan iyi olma halidir. Bunlardan bir tanesinde ortaya çıkan olumsuzluk diğer faktörleri de olumsuz yönde etkiler. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (1). Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi bireylerin yaşam süresi ve dişlerin ağızda kaldığı süre; hastalık ve semptomların olmayışı; çiğneme, yutma ile ilişkili uygun fiziksel fonksiyonlar; konuşma ve gülme, gülmeyle ilişkili emosyonel fonksiyonlar; hastalık veya hastalık belirtilerinin bulunmayışı; normal durumdaki davranış biçimiyle ilişkili sosyal fonksiyonlar; ağız-diş sağlığından duyulan memnuniyet; ağız-diş sağlığının seviyesine bağlı olarak sosyal veya kültürel dezavantajların bulunmayışı gibi birçok konuyu içermektedir (2,3). Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bireyin bu konuya gösterdiği özen, düzenli diş hekimi muayenesi ve uygulanan tedavi seçeneklerinin önemi büyüktür. Bireyin diş hekimi kontrollerine gitmesine engel olan faktörlerden birisi olan dental anksiyete ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin önündeki en önemli engellerdendir.

Anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi; durumluk ve süreklilik anksiyetesinden oluşur. Durumluk anksiyetesi, bireyin içinde bulunduğu koşullardan etkilenir ve buna bağlı olarak ortaya çıkan cevabın şiddeti değişebilir. Süreklilik anksiyetesi ise stabildir ve bireyin hayatı boyunca aynı kalır (160). Durumluk anksiyetesi bireyin o anki durumuna bağlı ilken süreklilik anksiyetesi bireyin hayatı boyunca olan anksiyete düzeyini gösterir (161).

Dental anksiyete oldukça yaygındır ve hem bireyin kendi sağlığını hem de toplum sağlığını etkiler. Farklı toplumlarda yapılan araştırmalar sonucunda dental anksiyetenin % 10-20 arasında değiştiği ortaya konmuştur (162,163). Dental anksiyete hastanın yaşam kalitesini arttırabilecek tedavilerden mahrum kalmasına neden olur ve bu hastalar diğer hastalara göre daha düşük seviyede ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesine sahiplerdir. (164,165)

Dental anksiyete ve fobisi olan bireyler randevuları ihmal etme ve bu kısır döngüyü sürdürme eğilimindedirler. Bu durum dental problemlerin büyümesine, mahcubiyet ve zgven eksikliğine neden olur (166,167,168). Ek olarak bu durum doktor-hasta ilişkisinin bozulmasına, yanlış teşhis konulmasına ve tedavinin gecikmesine neden olur. Hastanın tedavisi geciktikçe problemler de büyür (169,168). Anksiyetesi veya fobisi olan hastaların tedavisi hekimler üzerinde de stres yaratır çünkü bu hastaların kontrolü zordur ve zaman alıcıdır (48). Dental anksiyete ve korku psikolojik bozukluklar içinde sayılabilir. Dental anksiyetenin genel korku ve anksiyete ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (170,171,172).

Çalışmamızda durumsal, genel ve dental anksiyete değerlendirilmiştir. Spielberger STAI lekleri hem genel anksiyeteyi hem de bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı anksiyeteyi değerlendirme şansı verdiği için çalışmamızda tercih edilmiştir. Bu nedenle genel ve durumsal anksiyete için kullanılan STAI-I (STAI-S) ve STAI-II (STAI-T) lekleri kullanılmıştır. STAI- I hastanın dental tedaviden önceki ve tedavi bitip protezini kullanmaya başladıktan sonraki durumuna bağlı anksiyetesini değerlendirmek için kullanılmıştır. STAI-II ise sürekli anksiyetesini değerlendirmek için kullanılmıştır. STAI değerleri 20-80 arası değerler almaktadır. 20-37 düşük anksiyete, 38-44 orta derece anksiyete, 45-80 yüksek anksiyeteyi göstermektedir (158). STAI-I değerleri dikkate alındığında tüm protetik tedavi seçeneklerinde öncesi ve sonrasında düşük anksiyete değerleri ortaya çıkmaktadır. Ancak DDSBP'in tedavi sonrası değerleri tedavi öncesi değere göre düşüktür. Muğlalı ve ark. (173) cerrahi operasyon prosedrlерinin spesifik yönlerini araştırmışlardır. alışmalarında "operasyon

sırasında ağrı hissetmek" veya "oral hasar"ın anksiyetenin başlıca nedeni olmadığını bulmuşlardır. Bunun yerine, hastalar hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası "Ağız yorgunluğu", "ağızda sıvı biriktirme" ve "aeretör-mikromotor sesi ve titreşimi" gibi faktörlere en çok kaygı puanını vermişlerdir. Bu sonuçlar oral kaygının mutlaka ağrı beklentisinden kaynaklanmadığını, ancak ağzı uzun süre açık tutmak zorunda kaldığı diğer deneyimlerle ilişkili olduğu yönünde değerlendirilmiştir (173). Çalışmamızda da DDSBP hastalarında tedavi öncesi durumluk anksiyete değerlerinin tedavi sonrasına göre daha yüksektir. Bu durumun hastanın uzun süre ağzının açık kalacağı, ağızda sıvı birikeceği ve aeretör kullanılacağı gibi olumsuz beklentilerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hareketli bölümlü protezde ise STAI-I tedavi öncesi değer sonrasına göre daha düşüktür. Ağrı anksiyetenin hem oluşması hem de devam etmesi konusunda en çok bahsedilen faktördür (73,174,175). Tedavi sonrasında hastanın proteze uyum sürecinde vuruklarla baş başa kalması ağrı oluşmasına neden olmaktadır. HBP grubu hastalarda STAI-I değerlerinin tedavi sonrasında daha yüksek çıktığı izlenmiştir. Tedavi sonrası anketleri vuruklar ve hasta şikâyetleri geçtikten sonra yapılmıştır. Ancak buna rağmen hastanın bu aşamaya kadar geçirmiş olduğu sürecin (vuruk, alışma süreci vs.) değerleri etkilediği düşünülmektedir.

STAI-II değerlendirilmesinde orta derece anksiyete değerleri görülmektedir. Tedavi öncesi ve sonrası değerlerde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Dental anksiyete ölçümünde ise kısa sürede tamamlanabilmesi ve başarılı sonuçlar sağlaması özelliğinden dolayı Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) kullanılmıştır (176,177). Bu ölçekte 19 ve üstü değerler yüksek anksiyete değerlerini göstermektedir (178). Çalışmamızda ise tüm gruplarda anksiyete derecesi düşük çıkmıştır ve tedavi öncesi ve sonrası değerler karşılaştırıldığında anlamlı bir fark elde edilememiştir. Bu sonucun hastanın protetik aşamaya ulaşana kadar dental tedavi açısından tecrübe kazanmış

olması ve protetik aşamaların daha az ağrı verici olduğunu düşünmesinden kaynaklandığını değerlendirmekteyiz. Ayrıca dental anksiyete, hastaların tedavi için diş hekimine gitmesine ve randevularına sadık kalmasına engel olur (164,165). Tedaviye devam etmeyen hastalar, proteze hazırlık aşamasındaki gerekli tedavileri yaptırmadıkları için protetik tedavi aşamasına ulaşamazlar. Bu da tüm protetik tedavi gruplarındaki MDAS değerlerinin düşük olmasını açıklamaktadır. Yapılan çalışmalar anksiyetesi olan hastalarda eksik ve problemlili diş sayısının daha fazla, restorasyonlu diş sayısının ise daha az olduğunu ortaya koymuştur (40,41,42). Ayrıca Thomson ve ark. (179) hiç diş hekimine gitmemiş hastalarda dental kaygının en yüksek olduğunu, düzenli diş hekimi ziyaretlerinde ise kaygının en düşük olduğunu bildirmiştir. Protetik tedavi öncesindeki diş hekimi randevuları da (cerrahi, periodontal vs.) hastayı sadece oral olarak değil psikolojik olarak da tedaviye hazırlar. Tüm protetik tedavi seçeneklerinde düşük MDAS değerlerinin elde edilmesinin bu hazırlık aşamalarından dolayı olduğunu düşünmekteyiz.

Sürekli anksiyetesi yüksek olan hastaların dental anksiyetelerinin de yüksek olduğunun ortaya konulduğu çalışmalar vardır (170,171,172). Ancak bizim çalışmamızda hastaların % 79'u yüksek sürekli anksiyeteye sahipken % 23 'ü yüksek durumsal anksiyeteye ve sadece % 1.5'i yüksek dental anksiyeteye sahiptir. Farklı dental tedavi uygulamalarının dental anksiyete ile ilişkisi üzerinde yapılan pek çok çalışma vardır ancak protetik diş tedavisi uygulamalarının dental anksiyete üzerindeki etkileri ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Dental anksiyete birçok faktörden etkilenen karmaşık bir fenomendir. Yaş cinsiyet, kişilik, eğitim seviyesi, gibi faktörlerden etkilenir. Farklı toplumlarda bu konu ile ilgili çalışma yapılmıştır ve kadınlarda anksiyetenin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (39,170,180). Diğer yandan genç hastaların dental anksiyetelerinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (179,181,182). Bir grup çalışmada düşük eğitim seviyesi ve sosyoekonomik duruma sahip hastalarda daha yüksek anksiyete tespit edilmiş (181,183). Başka bir grup çalışma ise eğitim seviyesi yüksek

hastaların daha yüksek anksiyeteye sahip olduklarını ortaya koymuştur (180,184,185). Çalışmamızda farklı protetik uygulamaların dental anksiyete üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ancak gelecekte protetik diş tedavisi uygulanan hastalarda cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum gibi değişkenlerin dental anksiyeteye olan etkilerinin araştırıldığı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tam veya kısmi dişsizlik olgularında farklı protez tiplerinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (159,186,187,188). Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanımı ile protetik diş tedavisi uygulanan hastalarda fonksiyonu, psikolojik ve sosyal durumlarını, uygulanan tedaviye bağlı rahatsızlıkları ve ağrı değerlendirilebilmektedir. Bu amaçla çalışmamızda en sık kullanılan ölçeklerden biri olan OHIP ölçeği kullanılmıştır ve bu bize diğer çalışmalarla karşılaştırma olanağı da sunmuştur (150). 49 sorudan oluşan OHIP uzun olduğu için cevaplanması ve değerlendirilmesi zaman alıcıdır ve hastaları çalışmaya katılmak istememeleri gibi sonuçlar doğurmaktadır (147). Bu nedenle 14 sorudan oluşan OHIP-14 kullanılmıştır.

Kende ve ark. (189) yaptıkları çalışmada 63 hastaya tedavi öncesi ve sonrası OHIP anketi uygulayarak sabit, geleneksel bölümlü ve geleneksel total protetik tedavilerin hayat kaliteleri üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda yapılan protetik tedavilerin hastalardan elde edilen OHIP değerlerini düşürdüğünü yani yaşam kalitesinde olumlu bir etki oluşturduğunu ortaya koymuşlardır. John ve ark.'nın (190) 107 hasta üzerinde yaptıkları tam protez, parsiyel protez ve sabit protez hastalarının yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları benzer çalışmada da yine OHIP anketi ile protetik tedavilerin hastaların yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızda elde edilen sonuçları desteklemektedir. Ayrıca her iki çalışmada da (Kende ve John) sabit protezlerin tedavi sonrası OHIP değerlerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (189,190). Yaşam kalitesinin tedavi sonrası arttığını gösteren birçok çalışma da mevcuttur (108,191,192,193). Çalışmamızda tedavi sonrası OHIP-14 ortalama değerleri DDSBPler için 27,98'den 24,92'ye, İDSBPler için 26,7'

den 24,92'ye, HBPler için ise 31,8'den 28,14' e düşmüştür. Tüm tedavi seçenekleri yaşam kalitesini arttırmıştır ancak sabit tedavi seçeneklerindeki (implant/diş destekli) yaşam kalitesi Kende ve ark. (189) ve John ve ark.'nın (190) çalışmalarında olduğu gibi daha yüksek çıkmıştır. İDSBP ve DDSBP tedavi sonrası değerlerinin kontrol grubundan daha düşük çıkmasının ise kontrol grubu hastalarının diş eksikliği olmamasına rağmen herhangi bir şikayette (ağrı, estetik, kanama vs) diş hekimine başvurmuş olmaları ve bu şikayetlerinin ağızla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden dolayı olduğu düşüncesindeyiz düşünmekteyiz. Bunun bir diğer nedeni de Eekeren ve ark'nın (191) çalışmalarında bahsettiği; hastanın "benim problemim için bir şeyler yapılıyor" düşüncesi olabilir.

Dahlen (194) ve arkadaşları reklam üzerine yaptıkları çalışmada tüketicinin memnuniyetinin satın almadaki etkisini araştırmışlardır. Bu çalışmada olumlu hüküm, pozitif belirsizlik ve duygusal öngörüler üzerinde durulmuştur. Araştırmacılar, ilk İpad tablet bilgisayarının piyasaya sürülmesinden önce İpad'in üretilmiş olma fikrinin tek başına bir başarı olduğunu örnek olarak vermiş ve APPLE gibi markaların "gelecek" satmada başarılı olduğunu belirtmiştir. Hastalar da gelecekteki tedavide artmış bir yaşam standardına sahip olma ve tedavinin uygulanması konusunda yüksek beklentilere sahip olma eğilimindedir. Avantajları tahmin eder ve yeni ürünün veya tedavinin mutluluğunu hisseder.

Çalışmamızda OHIP-14 tedavi öncesi değerleri karşılaştırıldığında İDSBP ve kontrol grubunun değerleri, HBP uygulanacak hastalardan daha düşük çıkmıştır. Eksik diş sayısının HBP hastalarında daha fazla olmasının bunda etken olduğunu düşünmekteyiz.

Zamanlar arası değerlendirme yapıldığında; DDSBP ve HBP tedavisi sonrası OHIP-14 değerlerinin öncesine göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. DDSBP ve HBP hastalarında eksik diş sayısı diğer gruplara göre daha fazladır. Diş eksikliği ve ilerleyen yaşın ağza bağlı yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir Steele ve ark.(195)

çalışmalarında yaşın tek başına ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi seviyesini daha az etkilediğini, yaş ve ağıza bağlı yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Özellikle 70 yaş ve üzeri hastaların sahip oldukları diş sayısındaki azalmaya rağmen OHIP-14 değerlerinde azalma olduğunu görmüşlerdir. Bunu da genel sağlık durumlarındaki değişikliklerden dolayı beklentilerindeki azalmaya bağlamışlardır. Çalışmamız kontrol grubu 28.32, DDSBP 45.46, İDSBP 49.45, HBP 57.84 yaş ortalamasına sahip hastalardan oluşmuştur. Bizim çalışmamızda da Steele ve ark.'nın (195) sonuçlarında olduğu gibi HBP tedavisi sonrası OHIP-14 değerleri yaş ortalamasının daha yüksek olmasına bağlı olarak azalmıştır. Bunun sebebi HBP hastalarının buldukları yaş ortalaması sebebiyle protezleri konusunda daha az beklenti sahibi olmalarıdır. Ayrıca her iki grupta tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki pozitif etkisinin tedavi öncesinde her iki gruptaki hastaların daha fazla diş eksikliğine sahip olmalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Eksik diş sayısı tamamlandığında hastaların ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi de büyük oranda artmaktadır. Bu durum Steele ve ark.'nın (195) çalışmaları ile uyum göstermektedir. Hastanın sahip olduğu doğal diş sayısındaki azalmanın yaşam kalitesi üzerinde negatif etkilere sahip olduğunu destekleyen başka çalışmalar da vardır (195,196,197).

HBP kullanan hastaların yaşam kalitesi tedavi öncesine göre artmıştır ancak yine OHIP-14 değerleri DDSBP ve İDSBP destekli sabit protez kullanan hastalardan daha yüksek çıkmıştır. Bunun HBP kullanan hastanın sahip olduğu doğal diş sayısının daha az olmasından kaynaklı olduğunu değerlendirmekteyiz. Hastanın sahip olduğu doğal diş sayısındaki azalmanın yaşam kalitesi üzerinde negatif etkilere sahip olduğu konusu diğer çalışmalarla da ortaya konuşmuştur (195,196,197). Ancak Astrøm ve arkadaşları (196) yaptıkları çalışmada diş sayısının ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu ancak diğer değişkenlerle de karşılıklı ilişki içinde olduğu için bu faktörün tek başına sorumlu kabul etmenin zor olduğunu değerlendirmiştir.

Çalışmamızda tedavi öncesi ve sonrası kıyaslandığında İDSBP'lerde OHIP-14 değerlerinde azalma görülmesine rağmen bu değer istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. İDSBP tedavisi uygulanan hastaların sosyoekonomik ve genel sağlık durumları diğer hastalara göre daha iyidir. Tedavi öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark olmamasının ise beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz. Ponsi ve ark. (198) 90 hastaya OHIP-14 ölçeği uygulayarak anterior, premolar ve molar bölgesine uyguladıkları tek diş implantların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada OHIP-14 değerlerinin tedavi öncesi ve tedaviden sonraki değerlerine bakıldığında ön bölgede 13,4'ten 1.5'e, premolar bölgesinde 11.2'den 4.3'e molar bölgesinde 6.5'ten 3.0'a düştüğünü görmüşlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda anterior bölgeye uygulanan implantların yaşam kalitesinde daha anlamlı etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca Özhayat ve ark. (199) çalışmalarında hastaların beklentileri ve isteklerinde önceliğin estetikten yana olduğunu ortaya koymuşlardır. Yaşam kalitesi kavramı; bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer yargılarına bağlı olarak hayattaki durumuna olan bakış açısı olarak tanımlanabilir (195, 112). Yaşam kalitesi bireye özgü bir kavram olarak kabul edilse de bireyin içinde yaşadığı toplumun değer yargılarından kültüründen etkilenmektedir (98,195). Çalışmamıza dahil edilen implant destekli sabit protez uygulanan hastaların, estetiği etkileyen anterior bölge yerine posterior bölgede diş eksikliğine sahip hastalardan seçilmesi de tedavi öncesi ve sonrasındaki OHIP-14 değerleri arasındaki farkın çok fazla olmamasında etkili olmuştur.

OHIP-14 fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handicap olmak üzere 7 bölüm ve 14 sorudan oluşmaktadır (147). OHIP-14 ölçeğinin kendi içindeki değerlendirmesinde tedavi öncesi HBP hastalarının fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı değerleri İDSBP ve kontrol grubundan daha yüksek çıkmıştır. Bu sonucun ise HBP hastalarında eksik diş sayısının daha fazla olmasından kaynaklı olarak ortaya çıktığını değerlendirmekteyiz. Ayrıca

kontrol ve İDSBP hastalarının handikap değerlerinin HBP hastalarından düşük olması da aynı nedene bağlanmaktadır.

Sorulara yönelik olan bu değerlendirme de fonksiyonel kısıtlılık İDSBP ve HBP hastalarında tedavi sonrasında anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Bu durumun plasebo etkisinden dolayı olduğu değerlendirilmektedir.

Fiziksel ağrı değerleri her üç grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrası anlamlı derece daha düşük çıkmıştır. Eksik dişlerin tamamlanması ile üç grup protetik tedavi sonucunda hastanın çiğneme fonksiyonu pozitif yönde artış göstermiştir. Bu nedenle de yemek yemenin daha rahat olduğu söylenebilir.

Psikolojik yetersizlikte tedavi sonrası HBP değerleri anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Hareketli hastalarının yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklı olacağı değerlendirilmektedir. Yaşlı hastaların gençlere göre daha az ideal ağız sağlığında bile memnun olduklarının, gerçekçi olmayan beklentilere daha az sahip olduklarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (195,200).

Sosyal yetersizlikte İDSBP ve HBPde tedavi sonrası anlamlı derece de düşük çıkmıştır. HPB hastalarındaki diş eksikliğini daha fazla olmasından kaynaklı olabileceği değerlendirilmektedir. Birçok çalışma da eksik diş sayısındaki artışın ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinde düşüğe neden olduğu ortaya konmuştur (195,196,197). Bu eksikliklerin tamamlanması da hastanın toplum içinde günlük yaşamda ve başkalarının yanında daha rahat olmasına katkı sağladığı düşüncesindeyiz. Sosyoekonomik durumlarının daha yüksek olması ve yaşları sebebiyle İDSBP hastalarının yaşam kalitelerinde sosyal faktörler daha büyük rol oynar. Bu nedenle eksik dişlerinin tamamlanması hastalardaki sosyal yetersizlik düşüncesinde daha fazla olumlu etki gösterir.

Tedavi sonrası fonksiyonel kısıtlılık değerlerine bakıldığında İDSBP hastalarının hareketli grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Bu durum HBP'lerdeki palatinal /lingual bar veya plak nedeniyle hastanın kelimeleri telaffuzunda yaşadığı sorunlardan kaynaklanmaktadır. İDSBP ile karşılaştırıldığında HBP'lerin retansiyonunun daha az olması nedeniyle hastanın HBP ile yemek yerken problemler yaşamaması daha olasıdır.

Fiziksel ağrı ve sosyal yetersizlik değerlerinde İDSBP hastalarının tedavi sonrası değerleri kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Bunun en büyük nedeni kontrol grubu hastalarının diş eksikliği olmayan ancak, ağrı veya başka herhangi bir neden ile sağlık bilimleri üniversitesi diş hekimliği fakültesine başvuran hastalardan seçilmiş olmasıdır. İDSBP sonrası hastanın tek şikâyeti olan diş eksikliği tamamlanmıştır bu nedenle fiziksel ağrı değerleri kontrol grubuna göre daha iyi çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. STAI-I, STAI-II, MDAS ölçekleri değerlendirildiğinde dental anksiyete protetik diş tedavisi hastalarında düşük seviyede bulunmuştur. Protetik tedavi seçeneklerinin dental anksiyete üzerinde etkisi tespit edilememiştir.
2. OHIP-14 değerleri karşılaştırıldığında tedavi sonrası DDSBP ve HBP hastalarının ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri artmıştır. Tedavi öncesi OHIP-14 değerleri karşılaştırıldığında HBP hastalarının ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kontrol grubu ve İDSBP hastalarınınkinden anlamlı derecede düşüktür. Ancak tedavi sonrası tüm grupların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.
3. OHIP-14 ölçeğinin alt kategorideki değerlendirilmesinde tüm protez tiplerinde tedavi öncesinde psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve sosyal yetersizlik değerleri arasında fark yoktur. Ancak kontrol grubu hastalarının fonksiyonel kısıtlılık ve fiziksel ağrı değerleri tedavi öncesinde HBP grubuna göre daha iyidir. Handikap değerlerinde de İDSBP ve kontrol grubu hastalarının tedavi öncesi OHRQoL değerleri HBP hastalarından daha iyidir.
4. İDSBP ve HBP hastalarında fonksiyonel kısıtlılık ve sosyal yetersizlik alt gruplarında ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri tedavi sonrasında artmıştır.
5. Fiziksel ağrı açısından değerlendirildiğinde her üç protetik tedavi de OHRQoL'ni arttırmıştır.
6. Psikolojik yetersizlik açısından sadece HBP tedavisi sonrası OHRQoL' de artış görülmüş diğer tedavi seçeneklerinde bir fark elde edilememiştir.

7. Tedavi sonrası değerleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında İDSBP hastalarının fiziksel ağrı ve sosyal yetersizlik yaşam kalitesi değerleri kontrol grubundan daha yüksektir.

Sonuç olarak doğru tanı ve hastaya uygun protetik tedavi seçimi yapıldığında tüm protetik tedaviler ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini arttırmaktadır. Genel anlamda dental anskiyetenin protetik tedavi üzerine olumsuz bir etkisi olmasa da, hekimin hastasını daha iyi tanıyabilmesi için tedavinin başlangıcında bu ölçekleri kullanarak klinik değerlendirme yapması daha uygun olacaktır.



KAYNAKLAR

1. Tarsitano A, Pizzigallo A, Ballone E, Marchetti C. Health-related quality of life as a survival predictor for patients with oral cancer: is quality of life associated with long-term overall survival? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 114(6):756–63. 2012.
2. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.* 28(2):152–8. 2001.
3. Preciado A, Del Río J, Suárez-García M-J, Montero J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *J Dent.* 40(10):857–65. 2012.
4. Kocatürk U, Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
5. Rubin JG, Slovin M, Krochak M. The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. *Dent Clin North Am.* 32(4):647–56. 1988.
6. Işık E. Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara, 34-67. 1996.
7. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek Sayı 1:5- 13. 2002.
8. Reilly CE, Sokol L, ve Butler A.C. A cognitive approach to understanding and treating anxiety. *Human Psychopharmacology.* (14):1-6. 1999.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, IV Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000.
10. Corey G. Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları. Ankara; 2008.
11. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası. IX Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1998.
12. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı : Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2005.
13. Arıkan MK. Temel Psikiyatrik Sendromlar. Çantay Yayınevi, İstanbul, 1999.
14. Feldman R. Essentials of understanding psychology. New York: McGraw; 2000.

15. Do C. Applying social learning theory to children with dental anxiety. J Contemp Dent Pract. 5(1):126–35. 2004.
16. Noyes R, Hoehn-Saric R. Anksiyete Bozuklukları. Paramedikal Yayıncılık, İstanbul, 1998.
17. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2001.
18. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ & Hoeksema SN. Psikolojiye giriş. Alogon Y. (Çev), 5.Basım, Ankara: Ayrıntı Basım Evi; 2010.
19. Merey B. Yetişkinlerde Özgüven Duygusu İle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması ve Kültürlerarası Bir Yaklaşım. Maltepe Üniversitesi; 2010.
20. Stein DJ. Textbook of Anxiety Disorders. London; 3-147 . 2010.
21. Akbulut S. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2011.
22. LeDoux J. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? Biol Psychiatry. 44(12):1229–38. 1998.
23. Taşdemir A. STAI Testi İle Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
24. Berksun O. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. II.Baskı. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002.
25. Brown DF, Wright FA, McMurray NE. Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. J Behav Med. 9(2):213–8. 1986.
26. Freeman RE. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. Br Dent J. Dec 21;159(12):406–8. 1985.
27. Zafersoy Akarlan Z, Erten H. Diş Hekimliği Korkusu ve Kaygısı. Hacettepe Diş Hekim Fakültesi Derg. 1:62–8. 2009.
28. Neverlien PO, Backer Johnsen T. Optimism-pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10-12 years. Community Dent Oral Epidemiol.19(6):342–6. 1991.
29. Firestein SK. Patient anxiety and dental practice. J Am Dent Assoc. 93(6):1180–7. 1976.
30. Jaakkola S, Rautava P, Alanen P, Aromaa M, Pienihäkkinen K, Riihämä H. Dental fear: one single clinical question for measurement. Open Dent J. 3:161–6. 2009.

31. Şentürk Ürer Ç. Ağız diş ve çene cerrahisi kliniğine ağrı yakınması ile başvuran hastalarda kişilik özellikleri ve diş tedavi deneyimleri ile ağrı algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi; 2013.
32. Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 25(3):233–7. 1997.
33. Pawlicki RE. Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. *Anesth Prog.* 38(4–5):120–7. 1991.
34. Akarslan ZZ, Yıldırım Biçer AZ. Influence of gag reflex on dental attendance, dental anxiety, self-reported temporomandibular disorders and prosthetic restorations. *J Oral Rehabil.* 40(12):932–9. 2013.
35. Weiner AA, Sheehan DV. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent.* 38(1):39–43. 1990.
36. Quteish Taani DS. Dental fear among a young adult Saudian population. *Int Dent J.* 51(2):62–6. 2001.
37. Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int.* 37(4):304–10. 2006.
38. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, et al. 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.* 51(2):245–54. 2009.
39. Stabholz A, Peretz B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J.* 49(2):90–4. 1999.
40. Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28(6):451–60. 2000 .
41. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol.* 31(2):116–21. 2003.
42. Wisløff TF, Vassend O, Asmyhr O. Dental anxiety, utilisation of dental services, and DMFS status in Norwegian military recruits. *Community Dent Health.* 12(2):100–3. 1995.
43. King TL, McCool WF. The definition and assessment of pain. *J Midwifery Womens Health.* 49(6):471–2. 2004.
44. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 48(4):596. 1969.

45. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc.* 97(5):816–9. 1978.
46. Toksöz S. E.Ü Diş Hekimliği Fak. A.D.Ç.H.C anabilim dalına başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Doktora tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2000.
47. Seydaoğlu G, Doğan C, Uğuz Ş, İnanç BY, Çelik M. Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekim Fakültesi Derg.* 7(1):7–14. 2006.
48. Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, Bayirli G. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *J Int Med Res.* 33(2):252–9. 2005.
49. 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.* 33(5):357–62. 2005.
50. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
51. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth.* 104(3):369–74. 2010 .
52. Alçalar N, Köseoğlu BG, Bahadır G. Diş Hekimliği Uygulamalarına İlişkin Bilişler Ölçeği-DBÖ: Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg.* 21(3):293–8. 2013.
53. Tou S, Tou W, Mah D, Karatassas A, Hewett P. Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. *Colorectal Dis.* 15(5):e256-65. 2013.
54. Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, Gándara-Rey J-M, Garcia-Garcia A. Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. *J Oral Maxillofac Surg.* 64(9):1404–8. 2006.
55. Arabul M, Kandemir A, Çelik M, Alper E, Akpınar Z, Aslan F. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. *Turk J Gastroenterol.* 23(5):523–9. 2012.
56. Zealley AK, Aitken RC. Measurement of mood. *Proc R Soc Med.* 62(10):993–6. 1969.

57. Aitken RC. Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proc R Soc Med.* 62(10):989–93. 1969.
58. Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Cancer-related pain--II. Assessment with visual analogue scales. *J Psychosom Res.* 28(2):121–4. 1984.
59. Luria RE. The validity and reliability of the visual analogue mood scale. *J Psychiatr Res.* 12(1):51–7. 1975.
60. Robinson RG, McHugh PR, Folstein MF. Measurement of appetite disturbances in psychiatric disorders. *J Psychiatr Res.* 12(1):59–68. 1975.
61. Rampling DJ, Williams RA. Evaluation of group processes using visual analogue scales. *Aust N Z J Psychiatry.* 11(3):189–91. 1977.
62. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim.* 41:44–9. 2013.
63. Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y. Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. *J Dent Res.* 87(1):65–8. 2008.
64. Bringuier S, Dadure C, Raux O, Dubois A, Picot M-C, Capdevila X. The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children: a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. *Anesth Analg.* 2009 109(3):737–44. 2008.
65. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg.* 90(3):706–12. 2000.
66. Waldman SD. Girişimsel Ağrı Tedavisi. İstanbul: Tual Tanıtım ve Reklam Hizmetleri; 2001;
67. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain.* 2(2):175–84. 1976.
68. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Aust N Z J Psychiatry.* 10(4):339–41. 1976.
69. Folstein MF, Luria R. Reliability, validity, and clinical application of the Visual Analogue Mood Scale. *Psychol Med.* 3(4):479–86. 1973.
70. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 86(4):842–8. 1973.

71. Ost LG, Erik Skaret. Cognitive Behavioral Therapy for Dental Phobia and Anxiety. 1-246. 2013.
72. Fırat D, Tunç EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. J Contemp Dent Pract. 7(3):75–82. 2006.
73. Scott DS, Hirschman R, Schroder K. Historical antecedents of dental anxiety. J Am Dent Assoc. 108(1):42–5. 1984.
74. Neverlien PO. Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 1990. 18(3):162.
75. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. Community Dent Oral Epidemiol. 24(5):346–50. 1996 .
76. Schuurs AH, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. Community Dent Oral Epidemiol. 21(6):329–39. 1993.
77. Stouthard ME, de Jongh A, Hoogstraten J. [Dental anxiety: the use of photographs]. Ned Tijdschr Tandheelkd. 98(4):152–5. 1991.
78. de Jongh A, Stouthard ME. Anxiety about dental hygienist treatment. Community Dent Oral Epidemiol. 21(2):91–5. 1993.
79. Gatchel RJ. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. J Am Dent Assoc. 118(5):591–3. 1989.
80. Ceylan A. Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Kentsel Yeşil Alanların Önemi ve Kentsel Dönüşüm İle İlişkilendirilmesi, Tez İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
81. Bozkurt N. "Kaliteli yaşamın felsefesi" İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi, 2: 2-15. İstanbul, 2003.
82. Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi (HÜ), Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), Yayınlanmamış Bilim Uzmanlık Tezi (YBUT), Ankara, 1999.
83. Ceylan A. Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Kentsel Yeşil Alanların Önemi ve Kentsel Dönüşüm İle İlişkilendirilmesi, İTÜ, FBE, YYLT, İstanbul, 2007.
84. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 25(4):284–90. 1997.
85. Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and impact

- of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J.* 187(1):38–41. 1999 .
86. Akyol A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 9(2): 75- 80. 1993.
 87. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma.* 20(1):55-63. 2005.
 88. Hecker DM, Wiens JP, Cowper TR, Eckert SE, Gitto CA, Jacob RF. 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.* 88(3):344–51. 2002.
 89. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma Dergisi.* 20: 55-63. 2005.
 90. Evans DR, Burns JE, Robinson WE, Garrett O. The quality of life questionnaire, a multidimensional measure. *Am J Community Psychol.* 13:305-322. 1985.
 91. Alp H. Tam ve kısmi dişsizlik halinde uygulanan ve farklı şekillerde yüklenen implantların uzun dönemde yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2013.
 92. Nickenig H-J, Wichmann M, Andreas SK, Eitner S. Oral health-related quality of life in partially edentulous patients: assessments before and after implant therapy. *J Craniomaxillofac Surg.* 36(8):477–80. 2008.
 93. Eser E. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin kültüre uyarlanması. 1. Sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu. İzmir. 2004.
 94. Eski S. Miyokart İnfarktusu Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi;1999.
 95. Cimprich B, Paterson AG. Health-related quality of life: conceptual issues and research applications (Chapter 5) In: Inglehart MR, Bangramian RA. *Oral Health Related Quality of Life.* Quintessence Publishing Co Inc. Chicago; 47-54. 2002.
 96. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and a critique. *Soc Sci Med.* 15(2–3):107–15. 1981.
 97. 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):1074–7. 1992.
 98. Sindel PT. İmplant destekli ve konvansiyonel tam protez kullanan

- hastaların ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerinin ölçülmesi. Gazi Üniversitesi; 2014.
99. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 1:40. 2003.
 100. Pektekin Ç, Aştı N. "Çalışan Hemşirelerin İş Gücü Kaybı, Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyum İlişkisi" *Hemşirelik Bülteni*, C.8, S.1, İstanbul ,1994.
 101. Demirkıran S. Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
 102. 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*. 29(3):175–82. 2001.
 103. Raghoobar GM, Meijer HJ, Stegenga B, van't Hof MA, van Oort RP, Vissink A. Effectiveness of three treatment modalities for the edentulous mandible. A five-year randomized clinical trial. *Clin Oral Implants Res*. 11(3):195–201. 2000.
 104. Erkılınç FÖ. Dental implant uygulanan hastaların ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerinin ölçülmesi, yaşam kalitesinin implantların klinik sağlık durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve osseopersepsiyon fenomeninin incelenmesi. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Programı Doktora tezi. Yeditepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
 105. Acar OT. Obtüratör Protez Kullanan Orta Hat Maksiller Rezeksiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı. İstanbul, 2004.
 106. Guyatt GH, Eagle DJ, Sackett B, Willan A, Griffith L, McIlroy W, et al. Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*. 46(12):1433–44. 1993.
 107. Eser S, Saatlı G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21(1): 37-48. 2010.
 108. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 31(3):161–8. 2003.
 109. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 305(6846):160–4. 1992.

110. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ*. 306(6890):1437–40. 1993.
111. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*. 306(6890):1440–4. 1993.
112. Ertam I, Kitapcioğlu G, Aksu K, Keser G, Ozaksar A, Elbi H, et al. Quality of life and its relation with disease severity in Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol*. 27(2 Suppl 53):S18-22. 2009.
113. Paradisi A, Sampogna F, Di Pietro C, Cianchini G, Didona B, Ferri RI. Quality-of-life assessment in patients with pemphigus using a minimum set of evaluation tools. *J Am Acad Dermatol*. 60(2):261–9. 2009.
114. Talaulikar D, Shadbolt B, McDonald A, Pidcock M. Health-related quality of life in chronic coagulation disorders. *Haemophilia*. 12(6):633–42. 2006.
115. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi* 12: 102-6. 1999.
116. John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 83(12):956–60. 2004.
117. 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*. 48(1):1–7. 2006.
118. Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *J Dent*. 41(6):493–503. 2013.
119. Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H, Fukaya C. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. *J Clin Periodontol*. 38(12):1115–21. 2011.
120. Szentpétery AG, John MT, Slade GD, Setz JM. Problems reported by patients before and after prosthodontic treatment. *Int J Prosthodont*. 18(2):124–31. 2005.
121. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent*.;2 (1):247–53. 2004.
122. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of

- life" measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 35(6):401–11. 2007.
123. The Surgeon General U.S. Public Health Service. Oral health in America: a report of the surgeon general. National Institute of Dental and Craniofacial Research. 2000.
 124. Reisine ST. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. *Soc Sci Med A.* 15(6):745–50. 1981 .
 125. Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health.* 9:1–19. 1988.
 126. Reisine ST. The effects of pain and oral health on the quality of life. *Community Dent Health.* 5(1):63–8. 1988.
 127. Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res.* 63(9):1158–61. 1984.
 128. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health.* 82(12):1663–8. 1992.
 129. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *Br Dent J.* 193(9):521–4; discussion 517. 2002.
 130. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv.* 6(4):681–98. 1976.
 131. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 5(1):3–18. 1988.
 132. World Health Organisation: International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva.1980.
 133. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile--translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci.* 110(6):425–33. 2002.
 134. Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health.* 75(1):27–30. 1985.
 135. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 26(1):41–7. 1998.
 136. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 54(11):680–7. 1990.
 137. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent.* 58(4):301–8. 1998.

138. Wong MCM, Liu JKS, Lo ECM. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent.* 62(2):78–83. 2002.
139. 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.* 31(4):275–84. 2003.
140. Kida IA, Astrøm AN, Strand GV, Masalu JR, Tsakos G. Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health Qual Life Outcomes.* 27;4:56. 2006.
141. Jung S-H, Ryu J-I, 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.* 6:17. 2008.
142. Heydecke G, Tedesco LA, Kowalski C, Inglehart MR. Complete dentures and oral health-related quality of life -- do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol.* 32(4):297–306. 2004.
143. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. A comparison of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionnaires. *Community Dent Health.* 18(3):144–9. 2001.
144. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 13(1):22–6. 1996.
145. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res.* 74(7):1408–13. 1995.
146. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc.* 124(1):105–10. 1993.
147. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 11(1):3–11. 1994.
148. Mustafa K, Silva Lopez B, Hultenby K, Wennerberg A, Arvidson K. Attachment and proliferation of human oral fibroblasts to titanium surfaces blasted with TiO₂ particles. A scanning electron microscopic and histomorphometric analysis. *Clin Oral Implants Res.* 9(3):195–207. 1998.
149. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care.* 26(7):724–35. 1988.
150. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact

- profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 25(4):284–90. 1997.
151. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 16(3):176–80. 1999.
 152. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont.* 15(5):446–50. 2002.
 153. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klemetti E, Chehade A. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont.* 16(4):390–6. 2003.
 154. Mumcu G, İnanç N, Ergun T, İkiz K, Güneş M, İşlek U. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Dis.* 12(2):145–51. 2006.
 155. 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.* 13(4):813–8. 2004.
 156. McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL-UK(W). *J Public Health Dent.* 63(2):73–7. 2003.
 157. McGrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life--OHQoL-UK(W). *Community Dent Health.* 18(3):138–43. 2001
 158. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M. Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 52(1):18–23. 2014.
 159. Kuoppala R, Näpänkangas R, Raustia A. Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. *J oral Maxillofac Res.* 4(2):1-6. 2013.
 160. Akarslan ZZ, Erten H, Uzun O, İşeri E, Topuz O. Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. *East Mediterr Health J.* 16(5):558–62. 2010.
 161. Sarı Z, Uysal T, Karaman A, Sargın N, Üre O. Does orthodontic treatment affect patients' and parents' anxiety levels? *Eur J Orthod.* 27(2):155–9. 2005.

162. Pohjola V, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Dental fear and oral health habits among adults in Finland. *Acta Odontol Scand.* 66(3):148–53. 2008.
163. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J.* 51(1):78–85. 2006.
164. Crofts-Barnes NP, Brough E, Wilson KE, Beddis AJ, Girdler NM. Anxiety and quality of life in phobic dental patients. *J Dent Res.* 89(3):302–6. 2010.
165. 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.* 29(2): 290-6. 2012.
166. 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.* 7(1):1-15. 2007.
167. Moore R, Brødsgaard I, Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry.* 4(10):1-11. 2004.
168. Doğaner YC, Aydoğan U, Yeşil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res.*5(4):31-36. 2017.
169. Eli I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality. *Int Endod J.* 26(4):251–3. 1993.
170. Yusa H, Onizawa K, Hori M, Takeda S, Takeda H, Fukushima S. Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 98(1):23–7. 1993.
171. Economou GC. Dental anxiety and personality: investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *J Dent Educ.* 67(9):970–80. 2003.
172. Ng SKS, Chau AWL, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32(3):227–35. 2004.
173. Muğlalı M, Komerik N. Factors Related to Patients' Anxiety Before and After Oral Surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 66(5):870–7. 2008.
174. Lauth H. Dental phobia. *Br J Psychiatry.* 119(549):151–8. 1971.

175. Wardle J. Fear of dentistry. *Br J Med Psychol.* 55(Pt 2):119–26.
176. Shuurs AH, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21: 329-339. 1982.
177. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand.* 58(6):255–9. 2000.
178. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J.* 50(6):367–70. 2000.
179. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28(4):289–94. 2000.
180. Ragnarsson E. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontol Scand.* 56(2):100–4. 1998.
181. Elter JR, Strauss RP, Beck JD. Assessing dental anxiety, dental care use and oral status in older adults. *J Am Dent Assoc.* 128(5):591–7. 1997.
182. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J.* 50(6):367–70. 2000.
183. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 29: 456-463. 2001.
184. Wong M, Lytle WR. A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. *J Endod.* 17(9):461–5. 1991.
185. Ekanayake L, Dharmawardena D. Dental anxiety in patients seeking care at the University Dental Hospital in Sri Lanka. *Community Dent Health.* 20(2):112–6. 2003.
186. Özdemir K. Hareketli protez memnuniyetine protez tipi ve kullanım süresinin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Derg.* 1(5):22–5. 2002.
187. Oh S-H, Kim Y, Park J-Y, Jung YJ, Kim S-K, Park S-Y. Comparison of fixed implant-supported prostheses, removable implant-supported prostheses, and complete dentures: patient satisfaction and oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res.* 27(2):e31-7. 2016.

188. Özhayat EB, Gotfredsen K. Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontol Scand.* 71(1):113–9. 2013.
189. Kende D, Szabó G, Marada G, Szentpétery A. [Impact of prosthetic care on oral health related quality of life]. *Fogorv Sz.* 101(2):49–57. 2008.
190. John MT, Slade GD, Szentpétery A, Setz JM. Oral health-related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont.* 17(5):503–11.2004.
191. Van Eekeren PJA, Aartman IHA, Tahmaseb A, Wismeijer D. The effect of implant placement in patients with either Kennedy class II and III on oral health-related quality of life: a prospective clinical trial. *J Oral Rehabil.* 43(4):291–6. 2016.
192. Grossmann A-C, Hassel AJ, Schilling O, Lehmann F, Koob A, Rammelsberg P. Treatment with double crown-retained removable partial dentures and oral health-related quality of life in middle- and high-aged patients. *Int J Prosthodont.* 20(6):576–8. 2007.
193. Kimura A, Arakawa H, Noda K, Yamazaki S, Hara ES, Mino T, et al. Response shift in oral health-related quality of life measurement in patients with partial edentulism. *J Oral Rehabil.* 39(1):44–54. 2012.
194. Dahlén M, Thorbjørnsen H, Sjödin H. A Taste of “Nextopia.” *J Advert.* 40(4):33–44. 2011.
195. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32(2):107–14. 2004.
196. Astrøm 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.* 114(2):115–21. 2006.
197. Özhayat EB, Gotfredsen K, Elverdam B, Owall B. Patient-generated aspects in oral rehabilitation decision making. II. Comparison of an individual systematic interview method and the oral health impact profile. *Int J Prosthodont.* 23(5):421–8.2010.
198. Ponsi J, Lahti S, Rissanen H, Oikarinen K. Change in subjective oral health after single dental implant treatment. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 26(3):571–7. 2011.

199. Özhayat EB, Stoltze K, Elverdam B, Owall B. A method for assessment of quality of life in relation to prosthodontics. Partial edentulism and removable partial dentures. *J Oral Rehabil.* 34(5):336–44. 2007.
200. Siadat H, Alikhasi M, Mirfazaelian A, Geramipناه F, Zaery F. Patient satisfaction with implant-retained mandibular overdentures: a retrospective study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 10(2):93–8. 2008.



EKLER

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 13
OTURUM TARİHİ : 10 Kasım 2015
DEFTER KAYIT NO : 464
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 10 Kasım 2015 günü yapılan 13'üncü oturumunda, GATA Protetik Diş Tedavisi AD Bşk.lığında görevli Diş.Tbp.Yzb. Barış Filiz EROL'Un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hareketli bölümlü protez, total protez, sabit protez ve implant destekli sabit protez kullanan hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete ve memnuniyetlerinin tam dişli hastalarinkilerle karşılaştırılması" başlıklı tutum araştırma dosyası değerlendirildi.

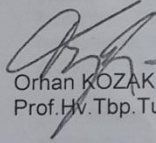
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

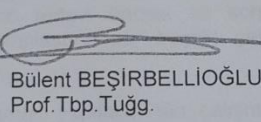
BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

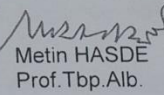
ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI

Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.

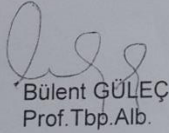

Metin HASDE
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

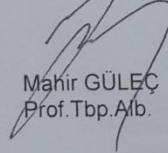
ÜYE

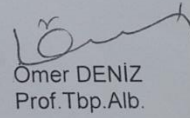
ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI

Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

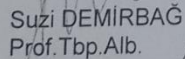
ÜYE

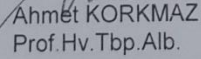
ÜYE

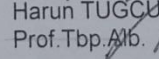
ÜYE

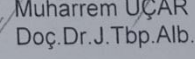
ÜYE

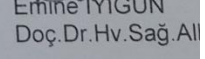
ÜYE


Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.


Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.


Ermine İYIGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

STAI FORM TX – I

İsim:.....
Cinsiyet:.....
Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS: Modified Dental Anxiety Scale)

1. Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz?

- a. Tedirgin olmam
- b. Hafif tedirgin olurum
- c. Tedirgin olurum.
- d. Çok tedirgin olurum
- e. Aşırı tedirgin olurum

2. Diş tedavisi için bekleme salonunda olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a. Tedirgin olmam
- b. Hafif tedirgin olurum
- c. Tedirgin olurum.
- d. Çok tedirgin olurum
- e. Aşırı tedirgin olurum

3. Dişinize dolgu yaptıracak olsanız ya da kaplama için dişiniz kesilecek olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a. Tedirgin olmam
- b. Hafif tedirgin olurum
- c. Tedirgin olurum.
- d. Çok tedirgin olurum
- e. Aşırı tedirgin olurum

4. Eğer dişlerinize diştaşı temizliği ve parlatma işlemi yaptıracak olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a. Tedirgin olmam
- b. Hafif tedirgin olurum
- c. Tedirgin olurum.
- d. Çok tedirgin olurum
- e. Aşırı tedirgin olurum

5. Dişiniz iğneyle uyuşturulacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a. Tedirgin olmam
- b. Hafif tedirgin olurum
- c. Tedirgin olurum.
- d. Çok tedirgin olurum
- e. Aşırı tedirgin olurum

OHIP-14

(Oral Health İmpact Profile)

Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeniyle	Hayır	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Kelimeleri telaffuz etmede zorluk çekiyor musunuz?					
Tat alma hissiniz kötüleşti mi?					
Ağzınızda size rahatsızlık veren ağrınız oluyor mu?					
Yemek yemede zorluk çekiyor musunuz?					
Bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?					
Kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
Diyetinizin tatmin edici olmadığı oldu mu?					
Yemeğe ara vermek zorunda kalıyor musunuz?					
Sakinleşmede/rahatlamada zorluk çekiyor musunuz?					
Biraz utaniyor musunuz					
Diğer insanların yanında rahatsızlık duyuyor musunuz?					
Günlük işlerinizi yapmada zorluk çekiyor musunuz?					
Yaşantınızın daha az tatmin edici mi olduğunu hissediyorsunuz?					
İşlerinizi/görevlerinizi tamamen yapamaz durumda mısınız?					