



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ AĞIZ, DİŞ VE ÇENE
SAĞLIĞI EĞİTİM, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİNEBAŞVURAN HASTALARIN DENTAL
ANKSİYETESİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

NEWAL ALABDUL RAZZAK

DANIŞMAN

DOÇ.DR. NİLÜFER DEMİRSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eskişehir

2021



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ AĞIZ, DIŞ VE ÇENE
SAĞLIĞI EĞİTİM, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİNEBAŞVURAN HASTALARIN DENTAL
ANKSİYETESİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

NEWAL ALABDUL RAZZAK

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. NİLÜFER DEMİRSOY**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Eskişehir
2021**

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve ene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi alıőanlarınave çalışmaya katılımlarıyla destek olan hastalarateőekkür ediyorum.

Eğitim hayatım boyunca ve tez s¼recimde beni destekleyen ve cesaret verenaileme teőekk¼r ediyorum.

Newal Alabdul Razzak

Ocak 2021

ÖZET

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş Ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama Ve Araştırma Merkezine Başvuran Hastaların Dental Anksiyetesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama Ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde tedavi amacıyla gelen hastaların dental anksiyete ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kapsam: Dental anksiyete, diş hekimliği uygulamalarında gelişen, bireyde bazen ciddi stres kaynağı oluşturan bir tepkidir. Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi ise sosyal, fiziksel, psikolojik, ve orofasiyal bölgede oluşan sorunların kişinin iyilik halini nasıl etkilediğini ortaya koyan bir kavramdır. Dental anksiyeteye sahip bireyler, randevularını çok sık erteleyebilmektedirler. Diş hekiminden kaçınma sebebiyle diş ve ağız sağlığıyla ilgili problemleri çok ciddi boyutlara gelebilir. Bu durum bireylerin ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinde olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalarda dental anksiyete ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Klinikleri bekleme salonunda diş tedavisi amacıyla gelen 258 hastaya ulaşılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte, nicel araştırma yaklaşımı kullanılan çalışmada katılımcılardan; demografik soru formu ile birlikte “dental anksiyete (M-DAS) ve yaşam kalitesi (OHIP-14) ölçeği kullanılarak veriler elde edilmiştir. Verilerin analizi için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile normallik analizi yapılmıştır. Daha sonra güvenilirlik testi, t-testi, One-Way ANOVA Testi, LSD çoklu karşılaştırma testi ve Pearson Korelasyon Analiz testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %51,9'u (n=134) erkek, %48,1'i ise (n=124) kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların M-DAS'ten aldıkları puan ortalaması $11,68 \pm 4,41$; OHIP-14'in puan ortalaması $16,72 \pm 10,89$ olarak tespit edilmiştir. OHIP-14 sonucu alınan skorların yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. $1,58 \pm 0,96$ en yüksek puan ortalamasıyla yaşam kalitesinde en fazla etkilenen alanın fiziksel ağrı;

1,01±1,01 en düşük puan ortalamasıyla yaşam kalitesinde en az etkilenen alanın ise handikap olduğu belirlenmiştir. Toplam M-DAS ile toplam OHIP-14 skorları arasında negatif güçlü korelasyon olduğu belirlenmiştir. Hastalar OHIP-14 sorularında en sık fizyolojik kısıtlılık yönünde problem yaşadıklarını belirtmiştir.

Sonuç: Dental anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi düşmektedir. Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, düzenli yapılan diş hekimi kontrollerinde dental anksiyete düzeyinin ölçülerek azaltılması için önlemlerin alınması ve ağız sağlığının iyileştirilmesi gereklidir

Anahtar Sözcükler: Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, Ağız sağlığı etki profili, Dental Anksiyete, Endodonti ve Proodonti, OHIP-14, M-DAS,



SUMMARY

Evaluation Of The Effect Of Dental Anxiety On The Quality Of Life Of The Patients Who Applied To The Center Of Oral, Dental And Jaw Health Education, Practice And Research In Eskisehir Osmangazi University.

Objective: In this study, it was aimed to determine the relationship between dental anxiety and oral health-related quality of life of patients who applied to Center of Oral, Dental and Jaw Health Education, Practice and Research in Eskisehir Osmangazi University Endodontics and Prosthodontics clinic.

Content: Dental anxiety is a reaction that sometimes creates serious stress for the individual that develops in dental practice. Oral health-related quality of life is a concept that reveals how problems occurring in the social, physical, psychological, and orofacial areas affect the well-being of the person. Individuals with dental anxiety can frequently postpone their appointments. Due to avoiding dentists, problems related to dental and oral health can be very serious. This situation can negatively affect the oral health-related quality of life of individuals. In the study investigating the relationship between dental anxiety and oral health-related quality of life in patients, between July and December 2019, We reached 258 patients who came to the Endodontics and Prosthodontics clinic of Center of Oral, Dental And Jaw Health Education, Practice and Research in Eskisehir Osmangazi University

Method: In a descriptive study, a quantitative research approach was used. Data were obtained by using the “dental anxiety (M-DAS) and quality of life (OHIP-14) scale together with the demographic questionnaire. Normality analysis was performed with Kolmogorov – Smirnovve, and Shapiro – Wilk tests for data analysis. After that, the reliability test, t-test, One – Way ANOVA Test, LSD multiple comparison tests, and Pearson Correlation Analysis tests were used.

Results: 51.9% (n = 134) of the patients participating in the study were male and 48.1% (n = 124) were women. The mean score the patients got from M-DAS was 11.68 ± 4.41 ; The average score of OHIP-14 was determined as 16.72 ± 10.89 . The high scores obtained as a result of OHIP-14 indicate that the quality of life is negatively affected. The highest average score in quality of life of the affected area was physical pain 1.58 ± 0.96 ; And the lowest average score was handicap 1.01 ± 1.01 . It was determined that there is a strong negative correlation between total M-DAS and total OHIP-14 scores. The patients

stated that they most frequently experienced problems in terms of physiological limitation in OHIP-14 questions.

Conclusion: The quality of life associated with oral health decreases for individuals with high levels of dental anxiety. In order to increase the quality of life-related to oral health, it is necessary to reduce the level of anxiety about the teeth and improve oral health at regular dental visits.

Keywords: Dental Anxiety, Endodontics and Prosthodontics, Oral health-related quality of life, Oral health effect profile, OHIP-14, M-DAS,



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....
TEŞEKKÜR.....
ÖZET.....	i
SUMMARY.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Anksiyete ve Korku Tanımları.....	4
2.2. Dental Anksiyete.....	5
2.2.1. <i>Dental Anksiyetenin Belirtileri</i>	7
2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	8
2.3.1. <i>Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı</i>	9
2.4. Diş ve Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşam Kalitesi (OHRQOL).....	11
2.5. Dental Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Nasıl Ölçülebilir?.....	12
2.6. Dental Anksiyeteyi Ölçmek Neden Önemlidir?.....	13
2.7. Diş Hekimliğinde Meslek Kodları ve Etik İlkeler.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı.....	20
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	20
3.3. Araştırmanın Tipi.....	20
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.6. Verilerin Toplanması.....	21

3.6.1. <i>Modifiye dental ansiyete skalası M-DAS</i>	21
3.6.2. <i>Oral sağlık etki profili-14 (OHIP-14)</i>	22
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	23
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	24
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
4.2. MDAS ve OHIP-14 Ölçeğinin T-Testi ve Anavo Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi	31
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
6.1. Sonuç.....	58
6.2. Öneriler.....	59
KAYNAKLAR DİZİNİ	61
EK 1. ANKET FORMU	74
EK 2. ETİK KURUL İZİNİ	78
ÖZGEÇMİŐ	82

TABLO DİZİNİSAYFA NO

Tablo 2.1. Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesinin Avantaj ve Dezavantajları.....	15
Tablo 2.2. Etik Karar Verme Modelleri	19
Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	25
Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4.4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.5. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.6. Katılımcıların Diş Hekimini Ziyaret Zamanına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.7. OHIP ve M-DAS Ölçeklerine Ait Güvenilirlik Analizi Sonuçları	28
Tablo 4.8. M-DAS'ye Verilen Yanıtların Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd)Değerleri.....	28
Tablo 4.9. OHIP-14 'e Verilen Yanıtların Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri.....	29
Tablo 4.10.OHIP-14 Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri.....	30
Tablo 4.11. OHIP-14 Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri.....	31
Tablo 4.12. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	32
Tablo 4.13. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Medeni Durum Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	33
Tablo 4.14. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Yaş Grubu Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	34

Tablo 4.15. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Eğitim Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.16. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Başvuru Sebebi Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 4.17. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Diş Fırçalama Sıklığı Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 4.18. Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile En Son Diş Hekimine Gitme Süresine Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	41
Tablo 4.19. M-DAS Ölçek Puanlarıyla OHIP-14 Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları	44

KISALTMALAR ve SİMGELER

ADA: Amerikan Dişhekimleri Birliği

C-DAS: Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (Corah's Dental Anxiety Scale)

DA: Dental Anksiyete

DAI: Dental Anksiyete Envanteri

DAS: Dental Anksiyete Skalası

DF: Dental Korku

FL: Fonksiyonel Sınırlar

H: Handikap

M-DAS: Modifiye Dental Anksiyete Skalası

OHIP-14: Oral Sağlık Etki Profili-14

OHIP-UK: Oral Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi–Birleşik Krallık

OHRQoL: Oral Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

PD: (Physical Discomfort) Psikolojik Rahatsızlık

PL :(Physical Limitation) Fiziksel Sınırlama

PL : (Psychological Limitation) Psikolojik Sınırlama

PP :(Physical Pain)Fiziksel Ağrı

QoL: (Quality of Life) Yaşam Kalitesi

SL : (Social Limitation) Sosyal Sınırlama

TDB: Türk Dişhekimleri Birliği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Anksiyete, şiddetli gerginlik, artan kan basıncı ve diğer fiziksel değişikliklerle birlikte günlük durumlar hakkında korku olarak tanımlanmıştır (Felman, 2018). Diş hekimlerinin¹ hastalarıyla ilgilenirken günlük olarak karşılaştığı yaygın bir endişe türü olan dental anksiyete, diş kliniğinde hastaların fiziksel ve/veya duygusal reaksiyonları ile karakterizedir. Hastalar korkularını klinik olarak her zaman açıklayamaz. Klinikte anormal bir durum olmamasına rağmen dental anksiyete hastaların huzursuzluk ve kaygı duygularını tetikleyebilir. Ağrılı enjeksiyonlar, dentalimpresyonlar ve hatta uzun süre ağzın açık kalması, dişhekim muayenehanesi ortamında dental anksiyetenin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır (Radillo, Tórrrez López, Velasco, Fernández & Perez, 2008; White, Giblin & Boyd, 2017). Anksiyete ile örtüşen diğer iki terim ise korku ve fobidir. Bu kavramlar çoğu zaman anksiyete ile karıştırılır yada birbiri yerine kullanılabilir. Korku, beklenen bir tehde maruz kalmanın neden olduğu güçlü bir tepkidir, fizyolojik değişiklikler üreterek organizmayı harekete geçiren anında huzursuzluk tepkisi içermektedir. Öte yandan fobi, bir durumdan, bir şeyden yoğun olarak korkmayı herhangi bir tehlike veya tehdidi uyandırmayı gerektirmeyen bir şey olarak tanımlanan bir tür endişe bozukluğu olarak kabul edilir (Radillo vd., 2008). Bazı araştırmalarda, genetik faktörlerin dental anksiyetenin varlığını ve şiddetini belirlemede önemli bir rol oynadığı da belirtilmektedir (Vassend, Røysamb & Nielsen, 2011).

Yapılan çalışmalarda anksiyete yaşayan hastaların sağlığa erişme olasılıklarının daha düşük olduğu; geçmişte olumsuz bir diş tedavisi deneyimi yaşayan hastaların bu tür durumlarla hiç karşılaşmamış olanlardan daha fazla anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (White ve ark., 2017). Son yıllarda yapılan çalışmalar, ağız hijyenini olumsuz yönde etkileyen ve ileri tedaviye gereksinimini arttıran dental anksiyete ile dental sağlık bakımında kaçınma arasındaki ilişkiyi anlamaya odaklanmaktadır (Yao, Yao, Shen, Lu & Guo, 2019; Vassend, Røysamb & Nielsen, 2011). Ağız sağlığı, hastaların sosyal yaşamları ve genel sağlığı üzerinde olumsuz

¹Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre "Diş Hekimi" terimi ayrı olarak yazılmaktadır. Tezin tamamında "Diş Hekimi" ayrı olarak kullanılmıştır.

etkileri tetiklerken, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sadece iyiliği, hastalığın yokluğu anlamında değil, aynı zamanda yemek yeme, gülümseme gibi kişisel günlük faaliyetlerin de iyiliği demek olan yeni bir refah kavramı ile tanımlamaktadır (Yaovd., 2019). Bu tanım göz önüne alındığında ağız sağlığı kavramı ve yaşam kalitesi algısı arasında doğrudan bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Ağız sağlığı, bir kişinin arzu ettiği sosyal rolünü tamamlamada rahatsızlık hissetmesine neden olan ağızda herhangi bir ağrı ya da hastalığının olmaması olarak tanımlanmaktadır (Yao vd., 2019).

Ağız sağlığıyla ilgili yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok faktör ile birlikte ağrı / rahatsızlıklarının bireyin iyilik halini ne düzeyde etkilediği olarak tanımlanmaktadır. Farklı dental problemler bireylerin ağız sağlığıyla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Dental anksiyete, hastanın ağız sağlığını olumsuz yönde etkilemenin yanında psikolojik bir sorun olarak da yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu açıdan bakıldığında anksiyetenin kontrol altına alınması bozulan ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini düzenlemede etkili olabildiği gibi, anksiyetenin fazla olması nedeniyle de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Konu ile ilgili yapılan bir araştırmada sağlık ve yaşam kalitesinin (QoL) bireyler arasında farklılık gösterdiği belirtilmiş, bazı kişilerin fiziksel ve/veya fonksiyonel problemlerden muzdarip olsalar bile iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (Carr & Higginson, 2001).

Ağız sağlığı problemleri nadiren kişisel hayatı kritik olarak etkilese de, genel sağlık problemlerinde bireyin günlük hayatının sosyal, ekonomik ve psikolojik yönlerini doğrudan etkilediğinden önemli bir rol oynamaktadır. Bu yüzden, dental anksiyete yaşayan hastaların bu tür sorunların farkında olmaları önem arz etmektedir. Ayrıca, diş sağlığı hizmetlerinin daha yararlı güvenli, hızlı ve etkin olması için hastaların diş tedavisi ile ilgili anksiyetelerinin farkında olması önemlidir.

Ağız Sağlığına İlişkin Yaşam Kalitesi (OHRQoL) ağız sağlığı bakımına erişim üzerinde büyük bir etkiye sahip olsa da, sosyo-ekonomik ve etnik farklılıklar tedavi hizmetlerine erişimde sınırlamalar yaşanmasına neden olmaktadır (Sischo & Broder, 2011; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day & Ndiaye, 2005).

Yapılan bir araştırmada bazı diş problemlerinden şikayetçi olan kişilerin düşük OHRQoL'a sahip olduğu, bu hastaların büyük bir diş çürüğü tedavi edilmemiş ise hem

özgüvenlerinin etkilenmekte olduğu hem de konuşurken yada gülürken kötü tecrübeler yaşamakta oldukları belirtilmiştir (Vermaire, De Jongh & Aartman, 2008).

Bu çıkarımı desteklemek için, diş anksiyetesi yüksek seviyelerde olan diş hastaları üzerinde bazı çalışmalar yapılmış ve bu hastaların sık sık diş sağlığına dikkat etmekten kaçındıkları, bu durumun kötü ağız hijyeninin utanç, sorumluluk ve aşırı dental anksiyeteye yol açan aşağılık duygularını arttırdığı belirlenmiştir (Vermaire vd., 2008). Diş tedavisinin mükemmelliği ve kaliteli sonuçları diş hekiminin ana sorumluluğu olduğundan, dişhekimlerinin hastalarını sakinleştirmeye yardımcı olmaları, daha etkili ve az stresli tedavi tekniklerini uygulamaları çok önemlidir. Dental anksiyeteli hastaların yönetimi kişisel bir deneyim olmakla birlikte diş hekimleri hastalarının yaşları, geçmiş deneyimleri ve işbirliği durumlarına bağlı olarak farklı yaklaşımlar uygulamaktadırlar (Appukuttan, 2016).

Dental anksiyete hem hasta hemde diş hekimi için çözümlenmesi gereken bir sorun olduğu kadar yönetimi de bir o kadar zor bir durumdur. Hasta için zor olan anksiyete ve bozulan yaşam kalitesi, hekim içinde bu karmaşık durum içinde olan hastayı anlamak ve yönetimi sağlayarak çözüm üretmek de bir o kadar zordur. Diş hekimliğinin temel etik ilkeleri arasında hastaya yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleri yer almaktadır. Bu ilkelerin işlevsel olabilmesi ve çiğnenmemesi için hastanın planlanan tedaviden üst düzeyde yarar sağlaması gerekmektedir. Bunun yanında hekimin deontolojik sorumlulukları arasında hastayı içinde bulunduğu durum hakkında bilgilendirmek ve tedaviye hazırlamak yer almaktadır. Bunların gerçekleştirilmesi hasta hekim işbirliğinden geçmekte bunun içinde hastayı anlamak, hastanın kendini ifade etmesine fırsat vermek ve onun için en iyi yaklaşımı birlikte seçmek gerekmektedir.

1.2. Amaç

Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniğine tedavi amacıyla gelen hastaların dental anksiyete ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyeteve Korku Tanımları

Anksiyete, acil bir fiziksel tehdidin varlığında veya yokluğunda, gelecekte korkulan bir uyarıyı öngören, aşırı duygusal bir durum olarak tanımlanır (Saheer, Pallavi, Rekha& Radha, 2015). Anksiyete, hastanın ruhunun içinde, tanımlanmamış, gerçekçi olmayan strese tepki olarak ortaya çıkar. Günlük hayatta çoğu kez, kaygı verici dönemler yaşanabilmektedir. İnsan hayatında sağlıkla ilgili, aile içinde, iş ile ilgili vb. farklı tür kaygılar bulunmaktadır. Anksiyete bazen kısa sürelidir, bazende en az altı ay sürebilen tedavi edilmezse daha da kötüleşebilen şiddetli anksiyete olarak tanımlanan türü ile karşılaşılabilmektedir (Oss,2018). Zaman zaman gergin hissetmek ve hatta doğal olarak orta dereceli ılımlı düzeyde kaygı yaşanabilmektedir. Özellikle, çok sayıda gereksinim içeren birçok faaliyete katılma durumlarında ortaya çıkarabilir. Cambridge İngilizce sözlüğünde anksiyete (kaygı); rahatsızlık duygusu veya gelecekte meydana gelebilecek ya da olabilecek bir şey hakkında endişe duyma hissi olarak tanımlanmıştır(Cambridge Dictionary, 2020) Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde anksiyete/kaygı; 1. Üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa, 2. Genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu, 3.Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonörotik bozukluktur (TDK, 2020). Online Etymology Dictionary'de anksiyete/kaygı; 1520'lerde, "tehlike, talihsizlik veya hatanın neden olduğu endişe, bazı belirsizliklere karşı zihnin huzursuzluğu, bir kötülüğe karşı huzursuz hissettiren korku", olarak tanımlanır. Latince'de anksiyete (kişiyeye özgü kaygı/anksiyete); "ızdırıp, kaygı, şaşkınlık"olarak tanımlanır. Psikiyatri alanında kullanımı 1904'e kadar uzanmaktadır (Online Etymology Dictionary,2020). Amerikan Psikoloji Sözlüğü'ne göre anksiyete/kaygı;bir tehlike, felaket ya da talihsizliğin yaklaşmakta olduğu endişe ve bedensel gerilim belirtileriyle duygu türü olarak tanımlanmaktadır. Beden böyle bir tehdide karşı harekete geçer. Bedendeki kaslar geçici olarak gerilir, solunum hızlanır, kalp atım hızı artar (Amerikan Psikoloji Sözlüğü,2020).

Kaygı, korkudan kavramsal ve psikolojik olarak farklıdır. Kaygı beklenen bir sorun ile ilgili endişe / belirsiz ve tanımlanamayan bir tehlikeye karşı verilen tepkidir.

Freud tarafından anksiyete "hissedilen bir şey" olarak tanımlanmakta (Spielberger,2010), duygusal bir durum, tutku, gerginlik, endişe duyguları ve

fizyolojik uyarılmanın eşlik ettiği endişeleri içermektedir. Buna ek olarak, korku ise, güçlü insani bir duygudur. Bireyi tehlikenin varlığı konusunda uyarır ve hayatta kalması için kritik öneme sahiptir. Korku, tanımlanabilen belirli bir tehdide verilen, ona uygun büyüklükte çoğu zaman şuan ki tehlikeye karşı bir tepkidir. Korku, biyokimyasal ve duygusal olarak iki ayrı aşamada incelenebilir. Biyokimyasal cevap evrenseldir, duygusal tepki ise oldukça bireyseldir. Korku kısa bir süre var olup sonra geçebilir, ancak anksiyete daha uzun süre kalabilir ve birey anksiyete duygusu içinde sıkışmıştır (Fritscher & Gans, 2018).

2.2. Dental Anksiyete

“Dental anksiyete” kavramı, diş korkusuna yakalanma hissi de dahil olmak üzere, diş hekimliği literatüründe çeşitli anlamlara sahiptir. Dental anksiyete, bir diş hekiminin randevusuna veya tedavisine patolojik olmayan korku yanıtının psikolojik ve fizyolojik varyasyonlarıyla ilgilidir.

Dental anksiyete dental uygulamalara yönelik spesifik olarak ortaya çıkan stres karşısında hastada oluşturduğu cevap olarak tanımlanmaktadır (Zabirunnisa vd., 2014). Dental anksiyete toplumun büyük bir bölümünü etkileyen vehemen her bireyde karşılaşılabilen bir problemdir. Modern diş hekimliğindeki tüm teknolojik uygulamalara rağmen bireylerde hala korku ve kaygı reaksiyonları gelişebilmektedir. Dental anksiyetenin sıklıkla kaygı duyulan obje ve durumlar arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (Şimşek & İspir, 2019). Yapılan araştırmalarda (Doebing & Rowe, 2007; Kumar vd., 2009) dental anksiyetenin günlük yaşamda 5 önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bunlar; psikolojik, kavramsal (idrak ile ilgili), davranışsal, sağlık ve sosyal etkilerdir.

Dental anksiyete, hastaların diş tedavileri için randevularını geciktirmelerine, kontrollerine düzensiz gitmelerine veya randevularına hiç gitmemelerine neden olabilmektedir (Akarslan & Erten, 2009). Bu da dental hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (Doebing & Rowe, 2000; Cohen, Fiske & Newton, 2000). Dental anksiyetenin ağız sağlığı üzerine etkisini araştıran çalışmalarda yüksek anksiyetesi bulunan kişilerde, restorasyona sahip diş sayısının az olduğu, çürük, eksik diş sayısı ve dental patolojinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Akarslan & Erten, 2009; Wisløff, Vassend & Asmyhr, 1995; Locker & Liddell, 1992). Bu bireylerin periodontal sağlıklarının da daha kötü olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, bu şekilde gittikçe büyüyen diş problemleri diş hekimlerinin bu hastalara tedavi için daha fazla zaman ayırmalarına

ve tedavide zorluklarla karşılaşılmasına neden olmaktadır (Stabholz A, Peretz B,1999).Dental anksiyetesi yüksek hastalar diş tedavilerinden kaçındıkları için kötü ağız hijyeni gösterirler.Kötü ağız hijyeni de kişilerde suçluluk, utanç ve aşağılık kompleksi yaratır. Bu da hem diş hekimine gitmekten kaçınmaya, hem de dental anksiyetenin artmasına neden olur ve bu durum kısır döngü şeklinde devam eder (Moore, Brødsgaard & Rosenberg, 2004).

Dental anksiyetenin etyolojisi'ne bakıldığında; ilk yıllarda anksiyetenin temel nedeninin ağrı olduğu görüşü oldukça yaygın bir kanıydı. Ancak, ağrının eliminasyonundaki gelişmelere rağmen anksiyetenin epidemiyolojisinde bir azalma gözlenmemesi etiyolojisinin multifaktöriyel yapıda olduğunu göstermektedir. Dental anksiyetenin etiyolojisine göre bu multifaktöriyel yapısı psikolojik, sözselsel/bilişsel ve davranışsal reaksiyonların kombinasyonundan oluşmaktadır. Bu sistemler bağımsız bir şekilde çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Dental anksiyete gelişimini inceleyen araştırmacılar kompleks ve multifaktöriyel etiyoloji nedeniyle sayısız problemle karşılaşmışlardır. Bireylerin sosyoekonomik ve kültürel geçmişleri farklı olduğu için çocukluk ve adolesan dönemde yaşadıkları dental deneyimler de farklılık göstermektedir. Bu nedenle dental anksiyetenin oluşmasına neden olan çok yönlü faktörlerin kontrolü de oldukça zordur (Eli,

Uziel, Baht& Kleinhauz, 1997).Dental anksiyetenin oluşmasında 3 ana faktör açıklanmaktadır. Bunlar; direkt şartlanma, indirekt şartlanma ve kişiliğe bağlı nedenlerdir.

1. Direkt Şartlanma:Dental anksiyete, kişilerin yaşadığı travmatik deneyimden, tedavi sırasında duyulan ağrıdan, diş hekiminin davranışlarından ve diğer hoş olmayan durumlardan kaynaklanabilir. Bu deneyimler, hastalarda korku veya anksiyete yanıtları için tetiği çeken bir başlangıç uyaran görevi görebilir (Eli vd., 1997; Davey, 1989).

2. İndirekt Şartlanma:Bireyler diş tedavisi ile ilgili bilgileri kendi tecrübeleri ile edinebilecekleri gibi çevrelerindeki insanlar (aile, yaşlılar, toplum) gözlem, özdeşleşme veya indirekt telkin yoluyla öğrenerek de kazanabilirler (Eli vd., 1997).

3. Kişiliğe Bağlı Nedenler: Dental anksiyeteyi etkileyen faktörlerden biri de genel psikolojik durum ve kişilik yapısıdır. Yüksek süreklilik anksiyete seviyesine sahip hastaların dental tedavi sırasında daha yoğun anksiyete gösterdikleri ve düşük olan

hastalara kıyasla daha fazla ağrı hissetmeye meyilli olduklarını rapor etmişlerdir(Klages, Kianifard, Ulusoy&Wehrbein, 2006)

2.2.1.Dental anksiyetenin belirtileri

Hastaların diş hekimi ile ilk karşılaştıkları andan itibaren anksiyete bulgularının fark edilmesi, hekimin dental anksiyete karşısında izleyeceği prosedürü belirlemesi açısından önemlidir. Problem ilk olarak randevunun alınmasında başlar ve hastalar bir türlü uygun randevuyu seçemezler, randevu tarihlerini değiştirmek isterler ya da ertelerler (İlgü vd., 2005).

2008 yılında diş hekimi Rafique ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir makaleye göre, gerçek dental anksiyetesinin belirtileri üç ana kategoriye ayrılabilir: fizyolojik, davranışsal ve bilişsel. Fizyolojik, gerçekten hissedebileceğiniz belirtiler anlamına gelir; davranışsal, dışarıdan görülebilen belirtilerdir ve bilişsel, hissetme şekli olarak tanımlanır.

Fizyolojik belirtiler

- Solgun veya yüzünün kızarması
- Ağız kuruluğu
- Hızlı nefes alma (muhtemelen akşamları hiperventilasyon)
- Midede gerginlik hissi
- Kaslarda gerginlik

Davranışsal belirtiler

- Kızgın / heyecanlı olmak ve bunu diş hekimine/ personele yönlendirmek
- Randevuları iptal etmek veya çok geç kalmak
- Çok konuşmak (randevunun başlamasını geciktirmek)

Bilişsel belirtiler

- Randevuyu küçümsemek
- Ne ile karşı karşıya kalınacağı konusunda endişeli, olumsuz veya genel olarak endişeli hissetmek

- Randevunun farklı sonuçlarını değerlendirirken en kötü durum senaryosuna odaklanmak (Rafique, Banerjee & Fiske, 2008).

Bu nedenle, dental anksiyete çoğunlukla cinsiyet, eğitim ve önceki diş tedavisi deneyimleri gibi demografik ve tarihsel değişkenlerle ilişkilidir. Yüksek düzeyde anksiyete, gerekli diş bakımından kaçınılmasına neden olabilir ve bu da ağız sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu açıdan bireylerin dental anksiyetesi düzeylerinin, psikososyal ve demografik özelliklerinin bilinmesi, hangi bireylerin dental anksiyete açısından risk taşıdığı tahmin edilebilmesini kolaylaştıracak, hizmet kalitesini, güvenli, hızlı ve etkin gerçekleştirilebilmesini sağlayacaktır. Dental anksiyetenin bireylerin ağız sağlığını olumsuz yönde etkilemesi yanında psikolojik ve fizyolojik bir sorun olarak da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

2.3.Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı, tarihte ilk kez Yunan filozof Aristoteles tarafından “mutluluk” kavramı çerçevesinde ele alınmıştır. Daha sonraki dönemlerde de yaşam kalitesi ile ilgili bu algı devam etmiş ve araştırmacılar tarafından bu kavramın tanımlanması ve ölçülmesi için çalışmalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra başlangıçta “iyi yaşam” anlamıyla kullanılmış ve genel olarak tüketim ürünlerine sahip olmak veya olmamakla sınırlı kalmıştır. İyi bir yaşam kalitesi refah anlamına gelirdi - bir arabaya, kendi evine veya başka ürünlere sahip olmak. Bu bir tür “sahip” olma ile ilgiliydi. Kavram zaman içinde gelişti ve kapsamı, yaşam memnuniyetinin, kişinin ihtiyaçlarının ve isteklerinin fark edilmesini ve bununla daha iyi başa çıkabilmek için çevresini değiştirmeyi kapsayacak şekilde genişlemiştir. Bir başka deyişle, yaşam kalitesi kavramı yavaş yavaş “sahip olmak” dan “var olmak” a geçti. Zaman içinde ise sağlık ile ilişkisi daha çok ifade edilir olmuştur.

Sadece sağlıklı bir toplum - argümanına göre - maddi ve kültürel ürünler üretebilir ve insanların bunları kullanmasını ve daha iyi yaşam kalitesinin işareti olan yüksek gelişme düzeyine ulaşmasını sağlayabilir. Genel yaşam kalitesi, bir bireyin belirli bir zaman aralığı içindeki kendi yaşam durumuna ilişkin değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, bir yandan insan öznesi ile dış ortamdan diğer yandan iç çevreden (kendi bedeninden) etkilenen etkenler arasında yer alan yaşamın bir parçasının değerlendirilmesidir (Owczarek, 2010).

Genelde hekimler somatik duruma ve yaşam kalitesini düşürebilecek fiziksel şikayetlere daha çok odaklanırken, psikologlar ve hastanın ailesi psikososyal boyutlara daha fazla önem verir. Özel kaynak - kişinin durumunun ilgili taraf tarafından doğrudan değerlendirilmesi - artık en önemli ve en geçerli bilgi kaynağı olarak kabul edilmektedir. Bu durumda kişinin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmesinin belirleyicileri nelerdir?

Herkes yaşam kalitesini değerlendirirken birçok faktörü dikkate alır. Bu faktörlerden bazıları nesnel, bazıları ise öznel. Hem sağlıklı hem de hasta bireyler için önemli olan dış faktörler ekonomik durum, eğitim, ikamet yeri, iş, aile ilişkileri ve sosyal ilişkileri içerir. Büyük ölçüde genetik olarak belirlenen mizaç, kişinin yaşam kalitesi değerlendirmesini de etkiler. (Cummins, 2005)

2.3.1.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (1948)sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasının (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü,2011) ardından yaşam kalitesi sağlık araştırmaları ve uygulamalarında önemli hale gelmiştir. Bu durum sağlık kavramının multidisipliner yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir (Testa ve Simonson, 1996:835; Atchison, 2002:15). Sağlığın bu tanımı, iyi olma hali ile bir engelin olmayışı durumunu birbirinde tamamen ayırmaktadır. Böylece yapılan çalışmalarda sağlığın tüm bileşenleri dikkate alınmaktadır (Atchison, 2002, s.15).

Yirminci yüzyılın ortalarından buyana sağlığın biyolojik ve kesinlikle tıbbi olmayan yönlerine dikkat edilmektedir. Karnofsky bu soruna şu sözlerle dikkat çekti: “Kanserli hastayı tedavi edebiliriz, hayatını aylarca hatta yıllarca uzatabiliriz, ancak yaşamın uzamasını tıbbi başarının bir ölçüsü olarak görmek kritik meseledir”(Owczarek, 2010).Bu, hepsinden daha zor bir soruyu doğurur; kim en temel işlevlerinden yoksun, tamamen çevreye bağımlı olarak acı içinde yaşamak ister?Biyopsiko-sosyal konulara ilgi arttıkça, hastalarda yaşam kalitesi değerlendirme kriterlerinin tanımlanması ve belirlenmesi gerekli hale gelmiştir.Böylelikle yaşam kalitesinin belirleyicileri, öznel durumların da önemli olduğu insan doğasının daha bütünsel bir anlayışına doğru kaymaya yanıt olarak sağlık alanında ortaya çıkmaya başlamıştır.Bu öznel faktörler kesinlikle hastanın yaşam durumunu etkilemektedir.

Tıbbi açıdan bakıldığında, yalnızca sağlığın nesnel gelişimi değil, aynı zamanda öznel yaşam kalitesi de çok önemlidir.

Yapılan çalışmalar iyi yaşam kalitesi ile öznel refahı eşitlemeye başlamışlardır; bunlar bilişsel iyilik (yaşamın yargısı) ve duygusal iyilik (öznel mutluluk) olarak ikiye ayrılır. Daha sonra, bu şekilde tanımlanan yaşam kalitesi diğer değişkenlerle (sosyo-demografik, kişilik ve ekonomik, yaşam olayları vb.) ilişkilendirmeye başlanmıştır.

Yaşam kalitesini daha kesin olarak tanımlama çabaları tıp bilimlerinde uygulanabilecek yeni bir yaşam kalitesi kavramını, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQL)'ni ortaya çıkarmıştır. Schipper ve arkadaşları, bu kavramı tıp bilimlerine yirminci yüzyılın sonlarına doğru aktarmışlar ve “hastalığın fonksiyonel etkisi ve hasta tarafından algılanan (deneyimlenen) tedavi” olarak tanımlamışlardır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin dört yönü vardır; fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum ve ekonomik koşullar (Owczarek, 2010).

Bu dört temel boyut, yaşam kalitesinin temel bileşenlerinin değerlendirilmesi için yeterli olarak kabul edilmektedir. Geniş anlamda yaşam kalitesi, kişinin mutluluğunun ve yaşamdan memnuniyetinin öznel olarak değerlendirilmesi anlamına gelir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlık kurumlarının, sosyal hizmet birimlerinin, toplum planlayıcıları dahil olmak üzere daha geniş sağlık ortakları çevresi ile işbirliği içinde ortak bir tema etrafında daha geniş sağlıklı halk politikası alanlarını meşru bir şekilde ele almasını sağlar (Kindig, 2010).Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi soruları, halk sağlığı sürveyansının önemli bir bileşeni haline gelmiştir ve genellikle karşılanmamış ihtiyaçların ve müdahale sonuçlarının geçerli göstergeleri olarak kabul edilir. Kendi kendine değerlendirilen sağlık durumu, birçok nesnel sağlık ölçümünden daha güçlü bir mortalite ve morbidite öngörücüsüdür (Dominick,2002; DeSalvo, 2006) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri, mikroskop altında görülebilenlerle sınırlı olan eski paradigmanın çok ötesine geçerek, sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini bilimsel olarak göstermeyi mümkün kılar.

2.4. Diş ve Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi (OHRQoL)

Yakın zamanlarda ortaya çıkmasına rağmen, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi (OHRQoL), diş hekimliği ve diş sağlığı ile ilgili araştırmalarının klinik uygulamaları için önemli çıkarımlara sahiptir. OHRQoL bireyin ağız sağlığı, fonksiyonel refahı, duygusal refahı, beklentileri, bakımla ilgili memnuniyeti ve benlik duygusunun öznel bir değerlendirmesini içeren çok boyutlu bir yapıdır. Genel sağlık ve refahın ayrılmaz bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Küresel Ağız Sağlığı Programının (2003) önemli bir bölümü olarak kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi (QoL) veya bireylerin “yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları” (WHOQOL, 1995) olarak tanımlandığında, artık ağız sağlığı da dahil olmak üzere fiziksel ve zihinsel sağlık bakımının neredeyse her alanında hasta değerlendirmesinde geçerli bir parametre olarak kabul edilmektedir. Cohen ve Jago (1976)' den buyana ilk sosyo dental göstergelerin gelişimini savunan, ve OHRQoL ölçmek için araçlar gelişme çalışmaları yapılmıştır. (Slade & Spencer, 1994 ; Broder, 2000 ; McGrath & Bedi 2003). Bu çalışmalar ağız sağlığının özgüven, sosyal etkileşim, okul ve iş performansı vb. dahil olmak üzere sosyal yaşamın çeşitli yönlerini nasıl etkilediğini tartışma fırsatı sunmuştur. Araştırmacılar, ağız sağlığının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL) ile nasıl ilişkili olduğunu varsaymaya ve geleneksel klinik değişkenler (tanı gibi), klinik muayenelerden elde edilen veriler ve kişi merkezli, kendi bildirdiği sağlık deneyimi arasındaki ve bunların arasındaki ilişkileri anlamaya çalışmışlardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik sağlık politikasının artan odağıyla, HRQoL ve OHRQoL, ağız sağlığı ve sağlık sonuçlarının hem olumlu hem de olumsuz algıları birleştirilmeye başlanmıştır (Broder & Wilson-Genderson, 2007). Bu nedenle, ağız sağlığı değerlendirmeleri, bireyin yaşam kalitesine öznel yaklaşımını ve bunu olumsuz etilerini ve gelişimini yansıtabilir.

OHRQoL hem teorik hem de pratik anlamda önemlidir. OHRQoL'nin değerlendirilmesi, bir kişinin sosyal ve duygusal deneyimine ve uygun tedavi hedeflerini ve sonuçlarını tanımlamada fiziksel işlevine odaklanan diş sağlığı kriterlerinde değerlendirme ve uygun bakıma geçişe izin verir. Hastaların sağlık hizmetine karar verme sürecine ilişkin öznel değerlendirmesi, klinik uygulamanın

dinamiklerini ve sağlık çıktılarını izleme ve araştırmayı değiştirmektedir. HRQoL ile ilgili tıbbi ve diş hekimliği araştırmaları şu nedenlerle gelişmiştir: (1) Hastanın tedavi ekibinin bir üyesi olarak daha aktif rolü; (2) Sağlık uygulamalarında kanıta dayalı yaklaşımlara duyulan ihtiyaç; ve (3) Kronik hastalıklara yönelik birçok tedavinin sağlık durumunu "iyileştirmemesi" ve dolayısıyla HRQoL'nin değerli bir sağlık sonucu değişkeni olarak öneminin artması gerçeği (Sischo & Broder, 2011).

Ağız-diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi, oral yaşamın sosyal yaşam üzerindeki olumsuz etkilerinin yokluğu ve dentofasiyal özgüven duygusunun pozitif olması olarak tanımlanmıştır (Santos& Camila, 2013). Birçok teorik model, ağız-diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlara etki eden çok boyutlu olarak nitelendirmektedir (Santo vd., 2013).

Kötü ağız hijyeni insanların yaşamında önemli bir rol oynar ve ağrı, acı ve rahatsızlıklara sürükler. Ağız sağlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş olsa da, sahip olunan bilgiler hala oldukça sınırlıdır (Kumarvd.,2009). Birçok alışma, Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi yaklaşımının, uygun tedavileri seçerken ve hastaların sonuçlarını izlerken klinik pratisyenlere yarar sağladığını göstermektedir. Ayrıca, Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi genel olarak sağlığın belirleyicilerini belirlemede, hastalıkların risk faktörlerini izlemede ve toplumdaki sağlık hizmetlerinin kullanımını belirlemede araştırmacılar için yararlıdır (Kumar vd., 2009). Ağız sağlığının genel sağlığı etkilediği ve birçok kronik hastalığa yol açtığı bilinmektedir.

2.5. Dental Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Nasıl Ölçülebilir?

Dental Anksiyete hem sağlık kurumları hem de diş hekimleri için yaygın ve potansiyel olarak bir sorundur (İlgüvyd., 2005). Dental Anksiyete, farklı sosyal sınıflardan her yaşta insanın önemli bir kısmını etkilemekte ve genellikle diş tedavisinden, düzensiz diş müdahalelerinden veya kötü iş birliğinden kaçınmak gibi yetersiz ağız sağlığıyla sonuçlanmaktadır.

Ciddi dental anksiyete, çeşitli faktörlere dayanır: Ailenin ve sosyal çevrenin etkisi ve genel korku, acı ve travmatik deneyimler (Saheer vd., 2015). alışmalar, dental anksiyeteyi değerlendiren iki temel tekniğin, davranışsal ve fizyolojik değişikliklerin gözlemlenmesine ve bu günlerde daha yaygın olarak kullanılan bireysel anketlerin ve derecelendirme ölçeklerinin kullanılmasına dayalı olduğunu

göstermiştir. Anketler yeterli düzeyde iç tutarlılık sergiler ve aynı yapıdaki diğer ölçümlerle de ilişkilidir. Dental anksiyetenin ölçümünde Modifiye Dental Anksiyete Skalası (M-DAS), sıklıkla kullanılan ölçeklerden biridir (İlgüyd., 2005) .

Ağız sağlığı açısından yaşam kalitesi, bireyin kişisel ağız sağlığının yaşam kalitesini ve genel sağlığını nasıl etkileyeceği konusundaki bireysel algısıdır. Ağız sağlığı ile yaşam kalitesi bağlamında, hangi ölçünün kullanılacağı sorusu son yıllarda yoğun araştırma çabalarının konusu olmuştur. Şu anda, hem genel hem de hastalığa özgü sağlık durumu ölçümleri kullanılmaktadır. Genel sağlık durumu ölçütlerinin bir dizi önemli avantajı vardır. Bu ölçümlerin psikometrik özellikleri bilinmektedir ve bu ölçekleri kullanarak farklı problemleri olan popülasyonlar arasında karşılaştırmalar yapılabilir. Bununla birlikte, genel sağlık durumu önlemlerinin ağız sağlığı sonuçlarına duyarlı olmadığına dair endişeler vardır (Allen,2001)ve bu önlemlerin özelliklerini değiştirmeye yönelik ayırt edici geçerliliği zayıf olabilir. Bununla birlikte, hastalığa özgü ölçümlerin genel ölçümlere göre avantajı vardır, çünkü bunlar belirli koşullarda çok daha küçük değişiklikleri saptama ve dolayısıyla daha iyi yanıt verme olasılığına sahiptirler. Ayrıca, yalnızca söz konusu klinik durumla ilgili ifadeler ve alanlar içerirler.

Bu alanda ağız sağlığıyla ilgili sık kullanılan ölçüm aracı ise Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP)'dir. Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14), işlevsel kısıtlamanın, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlığın, engelliliğin psikolojik ve sosyal boyutlarını değerlendiren bir endeks sistemidir (Humphris ve ark. 2000).Yapılan literatür araştırmasında bu ölçekleri birlikte kullanarak bireylerin yaşam kalitesi ve anksiyetesini ölçen çalışma sayısının az olduğu görülmüştür (Kumar vd., 2009;Başol, Karaağaçlıoğlu &Yılmaz, 2014).

2.6.Dental Anksiyeteyi Ölçmek Neden Önemlidir?

Korkular ve fobiler gibi klinik anksiyete bozuklukları da dental anksiyetesi ile birçok özelliğe katkıda bulunmaktadır. Genel olarak, kaygı, bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik bileşenler dahil olmak üzere birçok farklı yönden bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Dental anksiyeteyi ölçmek için birçok yöntem geliştirilmiştir, ancak büyük sayıları dental aksiyete kavramını ve bunların en iyi nasıl ölçüleceğini tanımlamakta devam eden bir sorunu göstermektedir.

Dental anksiyetenin en popüler ölçütleri fizyolojik, öz değerlendirme ve davranış ölçeklerine ayrılmıştır (Humphris, Gerry & Ling, 2000)

Kortizol hormonlarının salgılanmasını artıran ve kalp atış hızını değiştiren adrenal bezlerin aktivasyonuna yanıt olarak dental anksiyeteli hastalar arasındaki fizyolojik değişikliklerin izlenmesi, uygulayıcılara diş tedavisinin farklı aşamalarında stres seviyesini değerlendirmek için çok fazla bilgi verir.

Dental anksiyete ile ilgili bulguların belirlenmesinde yüksek gider, karmaşık ve geçmiş deneyimlerden etkilenmesi gibi birçok eksileri vardır. Fizyolojik kayıtlar toplanan verilerin yorumlanması için bir temel oluşturur. Buna ek olarak, bu enstrümanlar tarafından tespit edilen değişiklikler, bireyin reddedemeyeceği yerlerde yakından izlenmekte olan düşmanlık veya utanç gibi diğer faktörlerden etkilenebilir.

Hastaların tedavi sırasındaki davranış değişiklikleri dişhekiminin tutum ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Diş hekimi kliniklerinde, Frankl'in Derecelendirme ölçeği (FRS), Melamed'in Davranış Profili Derecelendirme Ölçeği (MBPR) gibi kaygı düzeyini değerlendirmek için birçok popüler ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçekler, özellikle kavramakta güçlük çekebilecek çok küçük çocuklarda hasta davranışını gözlemlemektedir. Bu önlemler nesneldir; klinisyenlerin seansın genel yıkıcılığını puanlamaları için basit bir dört puanlık ölçek içermektedir (Frankl, Shireen & Fogles, 1962).

Öz bildirim yöntemleri (görüşmeler veya anketler), verilerin nispeten daha hızlı bir şekilde toplanabilme özelliğine sahiptir.

Bunun en iyi örneği, İngiltere'de hazırlanmış ve kullanılmış Dental Anksiyete Ölçeği'nin (M-DAS) geliştirilmiş versiyonudur (Humphris, Morrison & Lindsay 1995). Dental anksiyeteyi kontrol altına almak için en çok tercih edilen ölçeklerden biri olan Dental Anksiyete Ölçeği-DAS ve yanıtlayanın lokal anesteziye karşı duyguları hakkında ek bir soru içeren Modifiye Dental Anksiyete Ölçekleri M-DAS'dır. Cevap şeması, sorular arasında tutarlı hale getirilmiştir. Sadece sorularla ölçek klinikte rutin olarak kullanılabilir. Dental anksiyetenin fizyolojik ve davranışsal faktörler ve kendi kendini bildiren ölçekleri izleyerek doğru olarak değerlendirilmesi,

kaygıyı azaltmak ve ağız sağlığını iyileştirmek için en iyi terapötik stratejileri oluşturmak için önemlidir.

Tablo 2.1.Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesinin Avantaj ve Dezavantajları

Bileşen	Avantajları	Dezavantajları
Fizyolojik	Standartlaştırılmış sabit veri sunar	Şüpheli geçerlilik enstrümantasyon problemleri
Bireysel değerlendirme	Kolayca elde edilen veriler, esnek, farklı yönleri değerlendirme fırsatı	Geçerliliği kabul edilmiş bir yöntemdir. Uygulama sırasında ölçülmesi zordur. Öncesinde ya da yakın tarihte deneyimleyenlerden veri toplamak gerekmektedir.
Davranışsal	Belli bir amaca yönelik yaklaşımdır.	Davranış kategorilerini tanımlamak zordur, zamana ihtiyaç vardır. Davranışların doğru örneklemesine ilişkin problemler oluşabilmektedir.

2.7. Diş hekimliğinde Meslek Kodları ve Etik İlkeler

Diş hekimliği etiği, “Amerikan Dişhekimleri Birliği(ADA)Etik Kurulu, ulusal dişhekimleri birlikleri ve yerel dişhekimleri birlikleri tarafından atfedilen dişhekimlerinin ve dişhekimliği uygulamalarının profesyonel davranışını düzenleyen bir etik ilkeler sistemi” ile tanımlanmıştır.

Diğer pek çok alanda olduğu gibi, diş hekimliğinde de yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile beraber özellikle etik problemler ortaya çıkmaktadır. Bazı tıbbi uygulamalarda kararları almak kolaydır ama, bazı durumlarda, diş hekimleri etik açısından tedavi uygulamak adına zor seçimlerle karşı karşıya kalmaktadır.

Dişhekimliği ülkemizde 100 yılı aşkın süredir varolan bir meslek grubu olmakla birlikte, bu alanda bir “etik kod” oluşturulması çalışmaları oldukça yenidir.

Türk Dişhekimleri Birliği tarafından Haziran 1998’de Bursa’da gerçekleştirilen I. DişHekimliği Etiği Kurultayı’nda ilk kez çok yönlü olarak ele alınmıştır. Daha sonraki çalışmalarla geliştirilen DişHekimliği Tüzüğü Taslağı “etik kod” bağlamında öncü bir girişim olarak kabul edilebilir. Ancak bu alandaki temel çalışmaya Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) Etik Kurulu tarafından 2011 yılının Şubat ayında başlanmış, taslak metin Aralık 2011’de Ankara’da yapılan II. Diş Hekimliği Etiği Kurultayı’nda ele alınmıştır. Sonrasında Türk Dişhekimleri Birliği, DişHekimliği Meslek Etiği Kuralları 2012 yılında TDB 14. Olağan Genel Kurulu’nda kabul edilerek uygulamaya geçirilmiştir. 2015 yılında TDB 15. Olağan Genel Kurulu’nda bazı maddelerinde yapılan değişiklik önerisi sunulmuş ve onaylanmıştır. 2018 yılında TDB 17. Olağan Genel Kurulunda güncel versiyonu Etik Sorumluluk, Hizmet Standardı, Zarar Vermeme, Ayrımcılıktan Kaçınma, Özel Yaşamın Gizliliğine Saygı, Kayıtlar, Acil Durumlar, Dişhekimliği Seçimi, İkinci Mesleki Görüş, Aydınlatma ve Onam Alma, Tanı ve Tedavi, Tedavinin Üstlenilmemesi veya Tamamlanmaması, Kişisel Mesleki Gelişim, Mesleki Saygınlık, Mesleki Sosyal Sorumluluk, Ağız-Diş Sağlığı Ürünlerinin Tanıtılması, Reklam Yasağı, Mesleki Özerklik, Meslektaşlar Arası Saygı Mesleki Dayanışma, Bildirme Sorumluluğu, Mesleği Destekleme, Uygun Olmayan Davranışlar, Konsültasyon, Meslekte Eşit Sorumluluk başlıklardan oluşan 29 madde olarak onaylanarak kabul edilmiştir. (http://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=210)

Toplumda özel mesleki ayrıcalıklara sahip olan dişhekimleri, mesleğe özgü etik değerlerini ve yüksek etik standartlarını gözetmek zorundadır. Hastasına karşı sağlık hizmeti sunan her diş hekiminin mesleki sorumlulukları ve özerkliği bağlamında karşı karşıya kaldığı ahlaki ikilemlerde “etik kodlar” yol gösterici rol oynamaktadır. Etik kod, etik ilkelere türetilen, etik ilkeler gibi davranışlara yön veren, ölçüt oluşturan; ancak etik ilkelere göre daha özel ve somut olan düzenlemeler için kullanılan ortak bir terimdir.

Bir meslek etiği kuralları, o mesleğe ait uygulamaların ahlaki sınırlarını belirler. Kodlar ülkeden ülkeye veya aynı ülkede zaman içinde değişiklik göstermekle birlikte bazı ortak özellikler taşırlar.

Bu ortak özelliğin başında: “İnsan yaşamının haysiyetine değer vermek”; “Hastanın sağlığını her şeyin üstünde tutmak”; “Hastalar arasında ayrımcılık yapmamak”; “Hasta bilgilerinin gizliliğinin korunması” ve “Mesleki yeterliliğin

korunması, bilgi ve becerilerin geliştirilmesi” (Mosby Medical dictionary, 2009; ADA principles of ethics,2018; Mathur & Chopra, 2013).

Etik İlkeleri, diş hekimliği alanındaki tüm mesleklerin önemli hedefleridir. ADA'nın etik ilkeleri ve davranış kuralları uyarınca, beş temel etik ilkesi vardır; hasta özerkliği, zarar vermeme, yararlı olma, adalet ve doğruluk.(ADA principles of ethics,2018)

1- Hasta Özerkliği: Diş hekiminin, hastanın kendi kaderini tayin etme ve gizlilik haklarına saygı gösterme görevi vardır.

Bu ilke, profesyonellerin hastayı hastanın isteklerine göre, kabul edilen tedavi sınırları içinde tedavi etme ve hastanın gizliliğini koruma görevi olduğu kavramını ifade eder. Bu ilkeye göre, dişhekiminin birincil yükümlülükleri, hastaları anlamlı bir şekilde tedavi kararlarına dahil etmeyi, hastanın ihtiyaçlarına, arzularına ve yeteneklerine gereken önemi vermeyi ve hastanın mahremiyetini korumayı içerir.

2-Zarar vermeme: Latince'den çevrilen eski Maxim “primum nocere” den türetilen ikinci prensiptir; “önce zarar verme” dir.

Diş hekiminin hastaya zarar vermekten kaçınmak görevi vardır.

Bu ilke, profesyonellerin hastayı zarardan korumakla yükümlü olduğu kavramını ifade eder. Bu ilke kapsamında dişhekiminin birincil yükümlülükleri, bilgi ve becerileri güncel tutmak, kişinin kendi sınırlamalarını bilmek ve bir uzmana veya başka bir profesyonele ne zaman başvuracağını ve hasta bakımının ne zaman ve hangi koşullar altında yardımcılara devredilmesinin uygun olduğunu bilmeyi içerir.

3-Yararlı Olma: Diş hekiminin, hastanın refahını geliştirme görevi vardır.

Bu ilke, profesyonellerin başkalarının yararına hareket etme görevi olduğu kavramını ifade eder. Bu ilkeye göre, diş hekiminin birincil yükümlülüğü hastaya ve genel olarak halka hizmettir. Bu yükümlülüğün en önemli yönü, dişhekimliği hizmetlerinin klinik sınırları içinde yetkin ve zamanında sunulmasıdır

Hastanın ihtiyaçları, arzuları ve değerleri dikkate alınarak hasta tarafından sunulan koşullar. Aynı etik hususlar, dişhekiminin hizmet başına ücret, yönetilen bakım veya başka bir muayenehane düzenlemesi yapıp yapmamasına bakılmaksızın geçerlidir. Dişhekimleri, bir grup hastaya bakım sağlanmasını düzenleyen sözleşmeler

yapmayı seçebilirler; bununla birlikte, sözleşme yükümlülükleri, dişhekimlerini hastanın refahını ilk sıraya koyma konusundaki etik görevlerinden muaf tutmaz.

4- Adalet: Diş hekiminin insanlara adil davranma görevi vardır. Bu ilke, profesyonellerin hastalar, meslektaşları ve toplumla ilişkilerinde adil olma görevi olduğu kavramını ifade eder. Bu ilkeye göre, dişhekiminin birincil yükümlülükleri arasında insanlarla adil bir şekilde ilgilenmek ve önyargısız diş bakımı sunmak yer alır. Bu ilke, en geniş anlamıyla, dişhekimliği mesleğinin, herkes için bakıma erişimi geliştirmeye yardımcı olacak belirli faaliyetlerde toplum genelinde aktif olarak müttefikler araması gerektiğini ifade eder.

5-Doğruluk: Diş hekiminin doğru bir şekilde iletişim kurma görevi vardır.

Bu ilke, profesyonellerin insanlarla ilişkilerinde dürüst ve güvenilir olma görevi olduğu kavramını ifade eder. Bu ilkeye göre, diş hekiminin temel yükümlülükleri arasında diş hekimi-hasta ilişkisinin doğasında var olan güven konumuna saygı duymak, doğru ve aldatmadan iletişim kurmak ve entelektüel bütünlüğü korumak yer alır. Bu ilke, en geniş anlamıyla, dişhekimliği mesleğinin, herkes için bakıma erişimi geliştirmeye yardımcı olacak belirli faaliyetlerde toplum genelinde aktif olarak müttefikler araması gerektiğini ifade eder.

Diş hekimlerinin hastalarını kabul ettikleri andan itibaren, etik ilişkiye başlamıştır. Bu görevler hasta bakımı, karşılıklı saygı, güven, hasta değerlerinin ve kişisel tercihlerin dikkate alınması gibibilgiler içeren görevleri vardır. Kararlar, hasta için en iyi tedaviyi sağlamak ya da sağlıksız alışkanlıkları hasta için uyararak temelinde gerçekleşir. Bazı ahlaki kararların uygulanması kolaydır, ancak bazı durumlarda ahlaki karar verme zorlaşabilir. Weinstein (1993) diş hekimliğinde etik karar verme sürecinde ACD (Assess, Communicate, Decide) Testini önermektedir. Bu yöntem üç adımdan oluşur: Değerlendir, İletişim Kur, Karar Ver.

- Değerlendirmenin ilk adımı şu soruları sorar: Doğru mu, adil mi, yasal olarak mı yapıyorum?
- İkinci adımda, dişhekiminin bazı sorular ile hastanın bilinçli bir karar alınıp vermediği sorgulanır: Dinlediniz mi, hastayı bilgilendirdiniz mi, sonuçları açıkladınız mı ve alternatifler sundunuz mu?

- Üçüncü adım, karar ver: Gerçekleştirdiğiniz tedavi eylemi beceri, yetenek ve uzmanlığınız dahilinde mi, hastalarınızın menfaati için uygun mu, kendin için olsun aynı yöntemi uygular mıydın (Bruschino, 2012).

Aşağıdaki tablo, karar vermede basit bir özet oluşturmaktadır (Henzi, Davis, Jasinevicius & Hendricson, 2006).

Tablo 2.2. Etik Karar Verme Modelleri

Rule & Veatch (2004)	Ozar & Sokol (2002)	Weinstein(1993)
Alternatifleri belirleyin.	Alternatifleri tanımlayın.	Vakayla ilgili dişhekimliği, tıbbi, sosyal ve diğer klinik olarak ilgili gerçekleri toplayın.
Etik hususları belirleyin.	Profesyonel olarak neyin tehlikede olduğunu belirleyin.	Değerleri belirleyin _ herhangi bir çatışma var mı?
Başkalarının dikkate alınan yargılarını belirleyin.	Etik olarak neyin tehlikede olduğunu belirleyin.	Liste seçenekleri mevcuttur.
Alternatifleri sıralayın; İlkeler arasındaki herhangi bir çatışmayı en iyi çözen yolu seçin.	Alternatifleri sıralayın; üstün alternatifleri seçin.	En iyi seçeneği seçin, gerekçelendirin ve olası eleştirilere yanıt verin.

Etik kararların alınmasında etik kodların ve ilkelerin kullanımını değerlendirildiğinde, hastanın değerlendirmelerin merkezinde olacak şekilde diş hekimi eylemine karar verecektir. Dental anksiyete, diş hekimlerinin günlük diş kliniğinde yaptıkları tıbbi ve etik sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Tıbbi ve etik boyutların kullanımını, dental anksiyeteli hastaları yönetmek, ağız sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için en iyi yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar içinde doğru ve iyi iletişim beraberinde doğru bilgilendirme gelmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde tedavi amacıyla gelen hastaların dental anksiyete ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç ile Modifiye Dental Anksiyete Skalası (M-DAS) ve Oral Sağlık Etki Profili-14 (OHIP-14) anketleri katılımcılara demografik veri formu ile birlikte uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Hastaların dental anksiyete düzeyleri ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

H₂: Hastaların dental anksiyete düzeyleri ile demografik özellikleri arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

H₃: Hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi düzeyleri ile demografik özellikleri arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma nicel araştırma yönteminin kullanıldığı kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma örneklemini, Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde diş tedavisi amacıyla gelen bekleme salonunda bekleyen hastalardan oluşmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın örneklemini belirlemek amacıyla; Amaçlı örnekleme yöntemi seçilmiştir. Bu örnekleminin temeli, araştırmanın amaçları doğrultusunda bir evrenin temsilci bir örneği yerine, amaçlı olarak bir ya da birkaç alt kesimini örnek olarak almaktır. Başka bir deyişle amaçlı örnekleme, evrenin soruna en uygun bir kesimini

gözlem konusu yapmak demektir. Zaman faktörü dikkate alınarak örneklem büyüklüğünün tayinine gidilmiştir. Örneklemenin Temmuz ve Aralık 2019 ayları içinde Günde Endodonti kliniğinden 10, Prototetik kliniğinde ise 5 hasta alınarak, bazı haftalar birer gün ara verilerek homojenlik sağlamaya çalışılmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde diş tedavisi amacıyla gelen bekleme salonunda bekleyen hastalar çalışmaya katılım için davet edilmiştir. Çalışma ile ilgili sözel olarak bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan anket formunun ilk sayfasında yer alan Aydınlatılmış Onam formunu okuyarak imzalamaları ve sonrasında anket formunu doldurmaları istenmiştir. Böylece veriler çalışmaya gönüllük esasına göre katılmayı kabul eden hastalardan toplanmıştır.

Çalışmaya yönelik etik kurul onayı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan alınmıştır.(EK-2) İlk aşamada diş hekimlerinde örnekleme dahil edildiği bir çalışma planlanmıştır. 04.02.2019 tarihinde 2019-19 sayılı karar ile Etik kurul kararı alınmıştır. Fakat ilerleyen süreç içinde hekim grubundan istenilen sayıda örneklem grubuna ulaşılamamasından dolayı, hekim grubu çalışmadan çıkarılarak sadece hastalar ile çalışmaya devam edilmiştir. Etik Kurul bu konuda bilgilendirilmiş ve çalışmanın başlığı değiştirilerek yazılı onayları alınmıştır.

3.6.1. Modifiye dental anksiyete skalası M-DAS

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (M-DAS): Humphris ve arkadaşları tarafından 1995 yılında oluşturulmuş ve 11 dile çevrilerek dental korku ya da anksiyetenin değerlendirildiği çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır (Humphris, Morrison & Lindsay, 1995). Spesifik olarak dental anksiyetenin sorgulandığı bu anket, araştırmaya katılanların kendilerinin doldurduğu bir ölçektir ve beş sorudan oluşmaktadır. İlk dört sorusu Dental Anksiyete Skalası (DAS) (Akarslan&Artan, 2009) temel alınarak üretilmiş, beşinci soru olarak da ağız içine yapılan enjeksiyona karşı duyulan korku sorgulanmıştır. Her sorunun, “Hiç endişelenmem” ile “İleri derecede endişelenirim” arasında değişen beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Seçenekler sırasına göre 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmekte ve toplam puanlama 5 ile 25 arasında değişmektedir. M-DAS için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması 2005 yılında yapılmıştır (Tunç, Fırat, Onur & Sar,2005). M-DAS, dental anksiyeteye spesifiktir, kısa ve popülasyon bazlı araştırmalarda ekonomik olduğu için de avantajlıdır. M-DAS'ın değerlendirmesinde her sorudan elde edilen skorların toplamı göz önüne alınarak ve 15 ve üzeri skor alan bireyler, dental anksiyesi olan bireyler olarak değerlendirilmiştir (Humphris, Morrison & Lindsay, 1995).

3.6.2. Oral sağlık etki profili-14 (OHIP-14)

Ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir araç olan ağız sağlığı etki profili (OHIP) literatürde sıklıkla kullanılmaktadır. OHIP, ağız sağlığının psikososyal iyilik hali üzerindeki etkilerini ortaya koyabilmek ve yaşam kalitesini değerlendirebilmek amacıyla, 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından düzenlenmiş spesifik bir ölçektir. Yedi alanda toplam 49 soru içerir. Bu yedi alan, Locker'ın ağız sağlığı modeli temel alınarak sınıflandırılmıştır ve fonksiyonel limitasyon, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal uyumsuzluk ve engellilik olarak sıralanır. OHIP-49 ölçeği ile kapsamlı ve güvenilir veri toplanmasına rağmen 49 soru içeren orijinal ölçeğin klinikte kullanımı pratik değildir. Bu nedenle geliştirilen 14 soruluk OHIP-14'ün, hastalar tarafından daha kolay anlaşıldığı ve daha rahat cevaplandığı bildirilmiştir. OHIP-14, 14 adet soru ve her soruya verilebilecek 0-4 arasında puanlanan 5 adet cevaptan oluşmaktadır (Slade, 1997). Bu cevaplar Likert skalasına göre "0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla ve 4=her zaman" olarak belirlenmiştir. OHIP-14'te alt skalalar bazında değerlendirme; fonksiyonel limitasyon (1. ve 2. soru), fiziksel ağrı (3. ve 4. soru), psikolojik rahatsızlık (5. ve 6. soru), fiziksel yetersizlik (7. ve 8. soru), psikolojik yetersizlik (9. ve 10. soru), sosyal yetersizlik (11. ve 12. soru) ve handikap (13. ve 14. soru) ana başlıklarındaki kategorilerde ayrı ayrı ve tüm bu kategori skorlarının toplamı şeklinde yapılmaktadır.

OHIP ölçüm yapacağı konular açısından, fonksiyonel sınırlamalar, fiziksel ağrı, ruhsal sıkıntı, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik, ruhsal yetersizlik ve engel (handikap) olarak yedi ana boyuta ayrılmaktadır. Bu subjektif boyutlar tanımlanacak olursa; fonksiyonel kısıtlılık çoğunlukla vücudun bileşenlerinin ya da organlarının beklendiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanır. Rahatsızlık, hastalığa karşı bir yanıt olarak tanımlanarak, hastanın kendisinin belirttiği ağrı ve rahatsızlık veya fiziksel ve psikolojik semptomlar bu duruma örnek verilebilir. Sakatlık, doğumda veya sonradan oluşan fiziksel, psikolojik veya anatomik yapının yokluğu ya da

anormalliği olarak tanımlanır. Sakatlık durumuna, dişsizlik, periodontal hastalık veya maloklüzyon örnek olarak verilebilir. Yetersizlik, insan için normal olarak kabul edilen yeteneklerin azlığı ya da eksikliğidir. Eksiklik, daha geniş sosyal etkileri içerir. Kişilerin dâhil oldukları grup içinde sosyal olarak beklentilerini yapamaması ya da bu konuda zayıf olmasının dezavantajı olarak tanımlanır. Likert'in önerdiği bu model, ağız hastalıklarında ortaya çıkabilen, kişinin hayatı üzerinde giderek artan yıkıcı etkiye neden olan durumların hiyerarşisini de önermektedir. Örneğin; ağız hastalıkları diş kaybına neden olabilir (sakatlık). Bazı durumlarda, çiğnemede zorluklara neden olabilir (fonksiyonel kısıtlılık) veya bazen protezlerin acıya neden olması sonucunu ortaya çıkarabilir (rahatsızlık). En sonunda bu durum, yemek yemede zorluk çekme ya da sevdiğiniz yiyecekleri yiyememeye neden olabilir (yetersizlik). Aşırı durumlarda sosyal izolasyonhissi ile kişinin dışarıda ya da evde ve aile üyeleri ile yemek yememesine neden olabilir (handikap).

Sonuç olarak ölçekten elde edilebilecek olan en düşük puan 0 olurken, elde edilebilecek en yüksek puan da 56 olmaktadır. OHIP-14, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde negatif değerlendirme yapmaktadır. OHIP-14 sonucu alınan skorların yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Toplam skor arttıkça problemin şiddetinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır. OHIP-14 skorlarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde total skorların yanı sıra ortalama skorlar da kullanılmaktadır (Slade, 1997, s.96-97; Locker, Matear, Stephens, Lawrance & Payne, 2001). OHIP-14 anketleri 2006 yılında Mumcu ve ark. tarafından, Türkçeye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmıştır (Mumcu, Inanç ve Ergun, 2006) daha sonra 2014 aynı ölçüm aracı ile ilgili Başol ve arkadaşları yeniden bir Türkçe geçerlilik çalışması yapmıştır (Başol vd., 2014).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıklarından biri; örneklem grubunun temsil durumudur. Çalışma cross-sectional ve katılımcıların örneklemini sadece Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi ile sınırlıdır. Merkezin ücretsiz diş bakımı sağladığı düşünüldüğünde, sonuçlarımız popülasyondaki genel bir eğilimi yansıtmayacaktır. Ayrıca araştırmaya farklı yaş grubundan bireyler katılmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada tüm veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Değerlendirmede, sayımla elde edilen veriler (cinsiyet, yaş, vb.) frekans dağılımı olarak, ölçümle elde edilen veriler (ölçek puanları) ortalama ve standart sapma olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel olarak normal dağılım gösterip göstermedikleri belirlendikten analiz yapılmıştır. Her iki ölçek önce kendi içinde daha sonra ise ilişkileri bakımından değerlendirilmiştir. Her iki ölçek için katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamaları genel olarak incelenmiştir. *Kolmogorov-Smirnov* ve *Shapiro-Wilk* testleri ile değişkenlerin normallik dağılıma uygunlukları, çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Verilerin normal dağıldığı görülmüştür. SPSS 22.00 programı ile ölçeklerin alt boyutları için varyans analizi yapılmıştır. Verilerin analizi için kullanılan diğer testler ise; ikili kategorik değişkenlerde t-testi, ikiden fazla kategorik değişkenlerde One-Way ANOVA testi, LSD çoklu karşılaştırma testi ve Pearson Korelasyon analizidir.

4. BULGULAR

Bulgular iki kısımda sunulmuştur. Birinci kısımda hastaların sosyo-demografik verileri, ikinci kısımda dental anksiyete (M-DAS) ve yaşam kalitesi (OHIP-14) ölçeğine ilişkin bulgular ve demografik verilerle ilişkisi sunulmuştur.

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Aşağıdaki tablolarda araştırmaya katılan hastalara ait sosyo-demografik özelliklerini gösteren, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, başvuru sebebi, diş hekimi ziyaretine gör ait frekans dağılımları (n) ve yüzdeleri (%) verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş aralığı	n	Yüzde (%)
18-27	53	20,5
28-37	104	40,3
38-47	47	18,2
48-57	34	13,2
58 ve üzeri	20	7,8
Toplam	258	100,0

Tablo 4.1’de katılımcıların yaş grupları değerlendirildiğinde %20,5’inin (n=53) 18-27; %40,3’ünün (n=104) 28-37 ; %18,2’sinin (n=47) 38-47 ; %13,2’sinin (n=34) 48-57 yaş aralığında ve %7,8’inin 58 ve üzeri yaşlarda olduğu görülmektedir. Dağılım olarak bakıldığında en fazla katılımcının 28-37 yaş gurubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 1.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	Yüzde (%)
Erkek	134	51,9
Kadın	124	48,1
Toplam	258	100,0

Tablo4.2’dekatılımcılar değerlendirildiğinde %51,9’unun(n=134) erkek kalan %48,1’inin ise (n=124) kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Dağılım olarak erkeklerin, kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni durum	n	Yüzde (%)
Evli	167	64,7
Bekar	91	35,3
Toplam	258	100,0

Tablo 4.3’tekatılımcıların medeni durumları değerlendirildiğinde %64,7’sinin (n=167) evli, kalan %35,3’ünün ise (n=91) bekar olduğu görülmektedir. Dağılım olarak evli olan bireylerin, bekarlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	Yüzde (%)
İlkokul	18	7,0
Lise	76	29,5
Üniversite	142	55,0
Yüksek Lisans	22	8,5
Toplam	258	100,0

Tablo 4.4’te katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde %7’si (n=18) ilkokul düzeyinde yer almaktadır. %29,5’i (n=76) lise düzeyinde, %55’i (n=142) üniversite düzeyinde, %8,5’i (n=22) yüksek lisans düzeyinde yer almaktadır.

Tablo 4.5.Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Başvuru Sebebi	n	Yüzde (%)
Diş Eti Problemi	24	9,3
Diş Problemi	142	55,0
Protez Problemi	32	12,4
Kontrol	58	22,5
Toplam	256	99,2
Eksik Veri	2	0,8
Toplam	258	100,0

Tablo 4.5'te katılımcıların başvuru sebebine uygun olarak bir kategorilendirme yapılmıştır. Katılımcıların %9,3'ü (n=24) diş eti problemi ile ; %55'i (n=142) diş problemi ile ; %12,4'ü (n=32) protez problemi ile ve %22,5'i (n=58) kontrol amacı ile başvurmuştur.

Tablo 4.6.Katılımcıların Diş Hekimini Ziyaret Zamanına Göre Dağılımı

Ziyaret Zamanı	n	Yüzde (%)
6 ay önce	86	33,3
1 yıl önce	69	26,7
2 yıl önce	60	23,3
5 yıl ya daha fazla	38	14,7
Hiç	4	1,6
Toplam	257	99,6
Eksik Veri	1	0,40
Toplam	258	100,0

Tablo 4.6'da katılımcıların diş hekimi ziyaretine göre dağılımları değerlendirildiğinde %33,3'ü (n=86) 6 ay önce ; %26,7'si (n=69) 1 yıl önce ; %23,3'ü (n=60) 2 yıl önce ; %14,7'si (n=38) 5 yıl veya daha fazla zaman öncesinde ve %1,6'sı (n=4) ise daha önce hiç başvuru yapmadığını belirtmiştir.

Ankette yer alan OHIP-14 ve M-DAS ölçeğine ait güvenilirlik analizleri ve genel güvenilirlik analizi yapılarak Cronbach Alpha değerleri Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7.OHIP ve M-DAS Ölçeklerine Ait Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Cronbach Alpha	Karar
M-DAS	0,83	Oldukça Yüksek Güvenilirlik
OHIP	0,91	Oldukça Yüksek Güvenilirlik

Güvenilirlik analiziyle tüm ölçeklerin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu yönünde değerlendirilmiştir. Yüksek güvenilirlik değerleri anket sorularının ilgili ölçek için tutarlı şekilde ölçüm yaptığını ve iç tutarlılığının oldukça güçlü olduğunu göstermiştir.

Tablo 4.8.M-DAS'ye Verilen Yanıtların Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri

	M-DAS	x	sd
1	Yarın TEDAVİ İÇİN diş hekimine gidecek olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?	2,12	1,05
2	Diş tedavisi için bekleme salonunda olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?	2,17	1,11
3	Dişinize dolgu yaptıracak olsanız ya da kaplama için dişiniz kesilecek olsa kendinizi nasıl hissedersiniz	2,43	1,15
4	Dişlerinize diş taşı temizliği ve parlatma işlemi yaptıracak olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?	2,16	1,08
5	Dişiniz iğneyle uyuşturulacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?	2,79	1,27

Araştırmaya katılan katılımcıların M-DAS sorularına verdikleri yanıtlara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.8'de yer almaktadır. M-DAS'ye verilen yanıtlarında birinci madde “ Yarın tedavi için diş hekimine gidecek olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?” (2,12 ±1,05) puan ortalamalarıyla en düşük ortalamaya sahip iken, beşinci madde “Dişiniz iğneyle uyuşturulacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?” (2,79 ±1,27) en yüksek puan ortalamasına sahiptir. Genel olarak değerlendirildiğinde en çok anksiyetenin yapılacak enjeksiyon ve kompleks işlemlere yönelik olduğunu görülmektedir. Diş taşı temizleme gibi daha basit ve sonucu bilinen uygulamalarda daha az kaygı yaşanmaktadır.

Tablo 4.9.OHIP-14 'e Verilen Yanıtların Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri

	OHIP	x	sd
1	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle herhangi bir kelimelaffuzunda sıkıntı yaşadınız mı?	1,20	1,20
2	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle tat alma duyunuzun daha kötüye gittiğini hissettiniz mi?	1,30	1,15
3	Ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?	1,71	1,17
4	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?	1,46	1,08
5	Dişleriniz, ağzınız ve protezleriniz nedeniyle utandınız mı?	1,03	1,07
6	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle kendinizi sınırlı hissettiniz mi?	1,31	1,19
7	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle diyetinizin tatmin etmediği oldu mu?	1,05	1,03
8	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bıraktınız mı?	1,25	1,09
9	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle rahatlama zorlandınız mı?	1,28	1,12
10	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle biraz mahçup oldunuz mu?	0,94	1,05
11	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle diğer insanlara az da olsa sınırlı davrandınız mı?	1,05	1,13
12	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle günlük işlerinizi yapmada zorluk yaşadınız mı?	1,06	1,11
13	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle hayatınızın genelde daha az tatmin edici olduğunu hissettiniz mi?	1,08	1,10
14	Dişleriniz, ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle tüm işlerinizi yapamadığınız oldu mu?	0,94	1,16

Katılımcıların OHIP-14 sorularına verdikleri yanıtlara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.9'da yer almaktadır. OHIP-14, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde negatif değerlendirme yapmaktadır. OHIP-14 sonucu alınan skorların yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. OHIP-14'e verilen yanıtlarından üçüncü madde "Ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?" (1,71±1,17) en yüksek aritmetik ortalamaya sahip iken, onuncu ve on dördüncü maddeler "Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle biraz mahçup

oldunuz mu?” ;“Dişleriniz ağzınız ve protezlerinizdeki problemler nedeniyle tüm işlevlerinizi yapamadığınız oldu mu?” sırayla (0,94±1,05 ; 0,94±1,16) en düşük puan ortalamalarına sahiptir. Kişilerin yaşadığı diş problemlerinin hem fiziksel hemde ruhsal olarak etkilediği görülmektedir.

Tablo 4.10.OHIP-14 Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri

Alt Boyutlar	x± sd
Fonksiyonel Limit	1,25±1,04
Fiziksel Ağrı	1,58±0,96
Psikolojik Rahatsızlık	1,17±0,91
Fiziksel Yetersizlik	1,15±0,93
Psikolojik Yetersizlik	1,11±0,93
Sosyal Yetersizlik	1,05±1,00
Handikap	1,01±1,01
Toplam Ortalama	1,19±0,77

Katılımcıların OHIP-14 sorularına verdikleri yanıtlar çerçevesinde ölçeğin alt boyutlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.10’da yer almaktadır. OHIP-14, ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde negatif değerlendirme yapmaktadır. OHIP-14 sonucu alınan skorların yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. 1,58±0,96en yüksek puan ortalamasıyla yaşam kalitesi en fazla etkilenen alanın fiziksel ağrı; 1,01±1,01en düşük puan ortalamasıyla yaşam kalitesi en az etkilenen alanın ise handikapolduğu belirlenmiştir.

Ölçekte yer alan bu alt boyutlar ağız hastalıklarında ortaya çıkabilen, kişinin hayatı üzerinde giderek artan yıkıcı etkiye neden olan durumların hiyerarşisini de önermektedir. Örneğin; ağız hastalıkları diş kaybına neden olabilir (sakatlık). Bazı durumlarda, çiğneme zorluklarına neden olabilir (fonksiyonel kısıtlılık) veya bazen protezlerin acıya neden olması sonucunu ortaya çıkarabilir (rahatsızlık). En sonunda bu durum, yemek yemede zorluk çekme ya da sevdiği yiyecekleri yiyememeye neden

olabilir (yetersizlik). Aşırı durumlarda sosyal izolasyon hissi ile kişinin dışarıda ya da evde ve aile üyeleri ile yemek yememesine neden olabilir (handikap). Çalışma grubunda dış problemlerinin sosyal yetersizliğine neden olduğu kişilerin dahil oldukları grup içinde sosyal olarak beklentilerini yapamaması ya da bu konuda zayıf olmasına neden olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 4.11.OHIP-14 Alt Boyutlarının Aritmetik Ortalama (x) ve Standart Sapma (sd) Değerleri

Değişkenler	x	sd
Toplam M-DAS	11,68	4,41
Toplam OHIP-14	16,72	10,89

Örneklem grubunun M-DAS'ten aldıkları puan ortalaması ($x=11,68 \pm 4,41$) olarak tespit edilmiştir. Bu ortalama anksiyete düzeylerinin orta derece olduğunu göstermektedir.

OHIP-14 'in puan ortalaması ($16,72 \pm 10,89$) olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin puan ortalamasının yüksek olduğunu göstermektedir, Hastaların genel anlamda yaşam kalitelerinin ortalama düzeyde etkilendiği söylenebilir.

4.2.MDAS ve OHIP-14 ölçeğinin t-Testi ve Anavo Varyans Analizi ile Değerlendirilmesi

Katılımcıların konuyla ilgili verdikleri yanıtlar ve belirli özelliklerine göre oluşturulmuş gruplar arasında faktörler açısından farklılık olup olmadığının araştırılmasında iki bağımsız değişkenin karşılaştırılması söz konusu olduğundan t-testinden, ikiden daha fazla değişken söz konusu olduğunda ise ANOVA varyans analizden yararlanılmıştır.

Tablo 4.12.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{x} \pm sd$	t	df	p
Fonksiyonel Limit	Erkek	134	1,23±1,04	0,27	256	0,78
	Kadın	124	1,27±1,05			
Fiziksel Ağrı	Erkek	134	1,51±0,91	1,24	256	0,21
	Kadın	124	1,66±1,02			
Psikolojik Rahatsızlık	Erkek	134	1,14±0,87	0,59	256	0,55
	Kadın	124	1,20±0,95			
Fiziksel Yetersizlik	Erkek	134	1,09±0,90	1,07	256	0,28
	Kadın	124	1,22±0,95			
Psikolojik Yetersizlik	Erkek	134	1,06±0,87	0,84	256	0,40
	Kadın	124	1,16±0,99			
Sosyal Yetersizlik	Erkek	134	0,98±1,01	1,14	256	0,25
	Kadın	124	1,13±1,00			
Handikap	Erkek	134	0,96±0,98	0,90	256	0,36
	Kadın	124	1,07±1,04			
OHIP-14 Toplam Ortalama	Erkek	134	1,14±0,77	1,08	256	0,28
	Kadın	124	1,24±0,78			
M-DAS Toplam Ortalama	Erkek	134	2,11±0,83	-4,25	256	0,00 *
	Kadın	124	2,57±0,87			

*(p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet değişkenlerine göre farklılık oluşup oluşmadığını belirlemek amacı ile t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde “Fonksiyonel Limit”, “Fiziksel Ağrı”, “Psikolojik Rahatsızlık”, “Fiziksel Yetersizlik” “Psikolojik Yetersizlik”, “Sosyal Yetersizlik”, “Handikap” alt boyutlarında anlamlı bir farklılık oluşmadığı sonucuna ulaşılmaktadır (p>0,05).

Fakat M-DAS ölçeğine göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=,000). Farklılığın yönüne bakıldığında kadın katılımcıların puan ortalamaları (2,57±0,87) erkek katılımcılardan (2,11±0,83) daha yüksek bulunmuştur. Kadın hastaların anksiyete düzeyi erkek hastalardan anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Tablo 4.13.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Medeni Durum Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{x} \pm sd$	t	df	p
Fonksiyonel Limit	Evli	167	1,40±1,02	3,06	256	0,00*
	Bekar	91	0,98±1,04			
Fiziksel Ağrı	Evli	167	1,70±0,90	2,57	256	0,01*
	Bekar	91	1,37±1,04			
Psikolojik Rahatsızlık	Evli	167	1,27±0,91	2,42	256	0,01*
	Bekar	91	0,98±0,89			
Fiziksel Yetersizlik	Evli	167	1,28±0,91	3,09	256	0,00*
	Bekar	91	0,91±0,92			
Psikolojik Yetersizlik	Evli	167	1,18±0,93	1,66	256	0,09
	Bekar	91	0,98±0,92			
Sosyal Yetersizlik	Evli	167	1,15±0,99	2,11	256	0,03*
	Bekar	91	0,87±1,02			
Handikap	Evli	167	1,11±1,02	2,01	256	0,04*
	Bekar	91	0,84±0,97			
OHIP-14 Toplam Ortalama	Evli	167	1,30±0,74	3,05	256	0,00*
	Bekar	91	0,99±0,80			
M-DAS Toplam Ortalama	Evli	167	2,29±0,85	1,11	256	0,26
	Bekar	91	2,41±0,93			

*(p<0,05)

Katılımcıların medeni durum değişkenlerine göre farklılık olup olmadığını belirlemek amacı ile t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde (“Fonksiyonel Limit” “Fiziksel Ağrı” “Psikolojik Rahatsızlık” “Fiziksel Yetersizlik” “Sosyal Yetersizlik” “Handikap”) alt boyutlarında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Alt boyutların tümünde fark evli katılımcılar lehinedir, puan ortalamaları bekar katılımcılardan daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. “Psikolojik Yetersizlik” alt boyutunda ve “M-DAS” anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.14.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Yaş Grubu Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Yaş Grubu	n	x±sd	f	p	Fark
Fonksiyonel Limit	1-18-27	53	1,13±1,20	0,38	0,81	
	2-28-37	104	1,27±1,11			
	3-38-47	47	1,38±0,80			
	4-48-57	34	1,20±0,98			
	5-58 ve↑	20	1,25±0,92			
	Toplam	258	1,25±1,04			
Fiziksel Ağrı	1-18-27	53	1,67±1,16	0,31	0,87	
	2-28-37	104	1,52±0,96			
	3-38-47	47	1,64±0,96			
	4-48-57	34	1,52±0,85			
	5-58 ve ↑	20	1,62±0,68			
	Toplam	258	1,58±0,96			
Psikolojik Rahatsızlık	1-18-27	53	1,15±0,94	0,66	0,61	
	2-28-37	104	1,19±0,96			
	3-38-47	47	1,14±0,84			
	4-48-57	34	1,33±0,90			
	5-58 ve ↑	20	0,92±0,73			
	Toplam	258	1,17±0,91			
Fiziksel Yetersizlik	1-18-27	53	1,06±1,02	0,65	0,62	
	2-28-37	104	1,13±0,90			
	3-38-47	47	1,27±0,99			
	4-48-57	34	1,29±0,88			
	5-58 ve ↑	20	1,00±0,74			
	Toplam	258	1,15±0,93			
Psikolojik Yetersizlik	1-18-27	53	1,09±1,03	0,21	0,92	
	2-28-37	104	1,16±1,01			
	3-38-47	47	1,02±0,80			
	4-48-57	34	1,08±0,72			
	5-58 ve ↑	20	1,15±0,90			
	Toplam	258	1,11±0,93			
Sosyal Yetersizlik	1-18-27	53	1,02±1,04	0,06	0,99	
	2-28-37	104	1,08±1,01			
	3-38-47	47	1,01±1,14			
	4-48-57	34	1,08±0,84			
	5-58 ve ↑	20	1,07±0,81			
	Toplam	258	1,05±1,00			
Handikap	1-18-27	53	1,01±0,97	0,32	0,85	
	2-28-37	104	1,06±1,03			
	3-38-47	47	1,04±1,21			
	4-48-57	34	0,95±0,86			
	5-58 ve↑	20	0,80±0,71			
	Toplam	258	1,01±1,01			
M-DAS Toplam Ortalama	1-18-27	53	2,61±0,90	2,18	0,07	
	2-28-37	104	2,34±0,90			
	3-38-47	47	2,20±0,72			
	4-48-57	34	2,18±0,94			
	5-58 ve ↑	20	2,12±0,82			
	Toplam	258	2,33±0,88			

Katılımcıların "Fonksiyonel Limit", "Fiziksel Ağrı", "Psikolojik Rahatsızlık", "Fiziksel Yetersizlik", "Psikolojik Yetersizlik", "Sosyal Yetersizlik", "Handikap" ve "M-DAS Toplam Ortalama" puanları ortalamalarının yaş durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat; "Fonksiyonel Limit" alt boyutunda 38-47 yaş grubunda ($1,38\pm0,80$) ; "Fiziksel Ağrı" alt boyutunda 18-27 yaş grubunda ($1,67\pm1,16$) ; "Psikolojik Rahatsızlık" alt boyutunda 48-57 yaş grubunda ($1,33\pm0,90$) ; "Fiziksel Yetersizlik" alt boyutunda 48-57 yaş grubunda ($1,29\pm0,88$); "Psikolojik Yetersizlik" alt boyutunda 58 yaş ve üzeri yaş grubunda ($1,15\pm0,90$); "Sosyal Yetersizlik" alt boyutunda 28-37 yaş grubunda ($1,08\pm1,01$); "Handikap" alt boyutunda 28-37 yaş grubunda ($1,06\pm1,03$) ve "M-DAS Toplam Ortalama" 18-27 yaş grubunda ($2,61\pm0,90$) puan ortalamaları diğer yaş grubuna göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.15.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Eğitim Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	n	x±sd	f	p	Fark
Fonksiyonel Limit	1-İlkokul	18	1,50±0,97	3,00	0,03*	4>1 4>2 4>3
	2-Lise	76	1,38±1,06			
	3-Üniversite	142	1,24±1,06			
	4-Yüksek Lisans	22	0,68±0,69			
	Toplam	258	1,25±1,04			
Fiziksel Ağrı	1-İlkokul	18	1,77±0,64	3,92	0,00*	4>1 4>2 4>3
	2-Lise	76	1,74±1,05			
	3-Üniversite	142	1,57±0,93			
	4-Yüksek Lisans	22	0,97±0,90			
	Toplam	258	1,58±0,96			
Psikolojik Rahatsızlık	1-İlkokul	18	1,47±1,15	3,03	0,03*	4>1 4>2 4<3
	2-Lise	76	1,30±0,96			
	3-Üniversite	142	1,13±0,85			
	4-Yüksek Lisans	22	0,72±0,71			
	Toplam	258	1,17±0,91			
Fiziksel Yetersizlik	1-İlkokul	18	1,38±0,79	1,99	0,11	
	2-Lise	76	1,32±1,01			
	3-Üniversite	142	1,07±0,88			
	4-Yüksek Lisans	22	0,93±0,95			
	Toplam	258	1,15±0,93			
Psikolojik Yetersizlik	1-İlkokul	18	1,33±0,82	4,27	0,00*	4>1 4>2 4>3
	2-Lise	76	1,38±1,02			
	3-Üniversite	142	0,99±0,90			
	4-Yüksek Lisans	22	0,77±0,64			
	Toplam	258	1,11±0,93			
Sosyal Yetersizlik	1-İlkokul	18	1,41±0,91	1,73	0,16	
	2-Lise	76	1,14±1,02			
	3-Üniversite	142	1,01±1,02			
	4-Yüksek Lisans	22	0,75±0,85			
	Toplam	258	1,05±1,00			
Handikap	1-İlkokul	18	1,11±1,03	1,73	0,16	
	2-Lise	76	1,21±1,11			
	3-Üniversite	142	0,93±0,93			
	4-Yüksek Lisans	22	0,79±1,03			
	Toplam	258	1,01±1,01			
M-DAS Toplam Ortalama	1-İlkokul	18	2,23±0,98	0,83	0,47	
	2-Lise	76	2,28±0,77			
	3-Üniversite	142	2,40±0,91			
	4-Yüksek Lisans	22	2,13±0,97			
	Toplam	258	2,33±0,88			

*(p<0,05)

Katılımcıların OHIP-14 ölçeğinin alt boyutlarının ve M-DAS ölçeğinin puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmış, farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla ise tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır.

Katılımcıların “Fonksiyonel Limit”, “Fiziksel Ağrı”, “Psikolojik Rahatsızlık” ve “Psikolojik Yetersizlik” puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Sırasıyla $F=3,00$ $p=0,03<0,05$; $F=3,92$ $p=0,00<0,05$; $F=3,03$ $p=0,03<0,05$; $F=4,27$ $p=0,00<0,05$) Bu alt boyutlarda Farklılığın Öğrenim durumu Yüksek lisans olanlar lehine gerçekleştiği, yüksek lisans eğitime sahip olanların puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça “Fonksiyonel Limit”, “Fiziksel Ağrı”, “Psikolojik Rahatsızlık”, “Psikolojik Yetersizlik”, alt boyutlarında puan ortalamalarının da arttığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Fakat katılımcıların “Fiziksel yetersizlik”, “Sosyal yetersizlik”, “Handikap” alt boyutlarında ve “M-DAS Toplam” puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Sırasıyla $F=1,99$ $p=0,11>0,05$; $F=1,73$ $p=0,16>0,05$; $F=1,73$ $p=0,16>0,05$; $F=0,832$ $p=0,478>0,05$).

Tablo 4.16.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Başvuru Sebebi Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Başvuru Sebebi	n	$\bar{x}\pm sd$	F	p	Fark
Fonksiyonel Limit	1-Diş Eti Problemi	24	1,35±1,09	4,06	0,00	4>1
	2-Diş Problemi	142	1,26±1,07			4>2
	3-Protez problemi	32	1,78±0,92			4>3
	4-Kontrol	58	0,88±0,91			2>1
Fiziksel Ağrı	1-Diş Eti Problemi	24	1,81±1,04	5,82	0,00	2>3
	2-Diş Problemi	142	1,58±0,93			4>1
	3-Protez problemi	32	2,10±0,81			4>2
	4-Kontrol	58	2,10±0,93			4>3
Psikolojik Rahatsızlık	1-Diş Eti Problemi	24	1,70±0,87	5,68	0,00	2>1
	2-Diş Problemi	142	1,10±0,92			4>1
	3-Protez problemi	32	1,56±0,73			4>2
	4-Kontrol	58	0,88±0,85			4>3
Fiziksel Yetersizlik	1-Diş Eti Problemi	24	1,45±1,03	5,95	0,00	2>1
	2-Diş Problemi	142	1,14±0,95			4>1
	3-Protez problemi	32	1,68±0,70			4>2
	4-Kontrol	58	0,79±0,77			4>3
Psikolojik Yetersizlik	1-Diş Eti Problemi	24	1,39±0,94	5,99	0,00	1>2
	2-Diş Problemi	142	1,07±0,91			3>2
	3-Protez problemi	32	1,70±1,02			4>1
	4-Kontrol	58	0,79±0,76			4>2
Sosyal Yetersizlik	1-Diş Eti Problemi	24	1,41±1,08	2,58	0,03	4>1
	2-Diş Problemi	142	1,06±1,04			4>2
	3-Protez problemi	32	1,31±0,95			4>3
	4-Kontrol	58	0,76±0,85			1>3
Handikap	1-Diş Eti Problemi	24	1,43±0,97	2,63	0,03	3>2
	2-Diş Problemi	142	1,02±1,05			4>1
	3-Protez problemi	32	1,21±1,05			4>2
	4-Kontrol	58	0,72±0,81			4>3
M-DAS Toplam Ortalama	1-Diş Eti Problemi	24	2,40±0,95	1,40	0,23	2>1
	2-Diş Problemi	142	2,25±0,84			3>2
	3-Protez problemi	32	2,46±0,78			
	4-Kontrol	58	2,38±0,99			

*(p<0,05)

Katılımcıların alt boyutlarının puanları ortalamalarının başvuru sebebedeğişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmış, farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla ise tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır.

Katılımcıların "Fonksiyonel Limit" , "Fiziksel Ağrı" , "Psikolojik Rahatsızlık" , "Fiziksel Yetersizlik" , "Psikolojik Yetersizlik" , "Sosyal Yetersizlik" ve "Handikap" puanları ortalamalarının başvuru sebebi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla $F=4,06$ $p=0,00<0,05$; $F=5,82$ $p=0,00<0,05$; $F=5,68$ $p=0,00<0,05$; $F=5,95$ $p=0,00<0,05$; $F=5,99$ $p=0,00<0,05$; $F=2,58$ $p=0,00<0,05$; $F=2,63$ $p=0,03<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Başvuru sebebi kontrol olanların puan ortalamaları diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur.

Ancak katılımcıların "M-DAS Toplam Ortalama" puanları ortalamalarının başvuru sebebi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,40$ $p=0,23>0,05$).

Tablo 4.17.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile Diş Fırçalama Sıklığı Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Diş Fırçalama Sıklığı	n	$\bar{x}\pm sd$	F	p	Fark
Fonksiyonel Limit	1-Hayır	9	2,22±0,66	2,81	0,02*	2>3
	2-Evet günde 1 kez	72	1,14±1,02			2>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	1,16±1,01			1>2
	4-Düzensiz	22	1,18±1,09			1>3
Fiziksel Ağrı	1-Hayır	9	1,66±0,66	0,10	0,97	3>4
	2-Evet günde 1 kez	72	1,52±0,98			
	3-Evet 2 veya fazla	135	1,56±1,01			
	4-Düzensiz	22	1,59±0,82			
Psikolojik Rahatsızlık	1-Hayır	9	2,16±0,96	3,89	0,00*	1>4
	2-Evet günde 1 kez	72	1,04±0,94			2>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	1,05±0,82			1>2
	4-Düzensiz	22	1,20±0,82			1>3
Fiziksel Yetersizlik	1-Hayır	9	1,94±0,39	2,62	0,03*	3>4
	2-Evet günde 1 kez	72	0,93±0,94			2>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	1,10±0,90			1>2
	4-Düzensiz	22	1,15±0,94			1>3
Psikolojik Yetersizlik	1-Hayır	9	1,88±0,60	3,16	0,01*	2>3
	2-Evet günde 1 kez	72	0,96±0,97			2>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	0,97±0,83			2>1
	4-Düzensiz	22	1,34±0,80			1>3
	Toplam	238	1,03±0,88			3>4
Sosyal Yetersizlik	1-Hayır	9	2,22±0,44	4,52	0,00*	3>2
	2-Evet günde 1 kez	72	0,94±1,00			1>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	0,89±0,94			2>1
	4-Düzensiz	22	1,22±1,07			3>1
Handikap	1-Hayır	9	1,88±0,22	3,48	0,00*	3>4
	2-Evet günde 1 kez	72	1,06±1,09			2>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	0,81±0,88			2>1
	4-Düzensiz	22	0,84±0,76			3>1
M-DAS Toplam Ortalama	1-Hayır	9	2,93±0,71	3,24	0,01*	3>4
	2-Evet günde 1 kez	72	2,07±0,78			1>4
	3-Evet 2 veya fazla	135	2,41±0,91			1>2
	4-Düzensiz	22	2,29±0,94			3>4

*(p<0,05)

Katılımcıların "Fonksiyonel Limit" , "Psikolojik Rahatsızlık" , "Fiziksel Yetersizlik" , "Psikolojik Yetersizlik" , "Sosyal Yetersizlik" ve "Handikap" puanları ortalamalarının dişlerini fırçalama sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla $F=2,81$ $p=0,02<0,05$; $F=3,89$ $p=0,00<0,05$; $F=2,62$ $p=0,03<0,05$; $F=3,16$ $p=0,01<0,05$; $F=4,52$ $p=0,00<0,05$; $F=3,48$ $p=0,00<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Dişlerini fırçalama sıklığı günde 1 kez olanların puan ortalamaları diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur.

Katılımcıların "M-DAS Toplam Ortalama" puanları ortalamalarının dişlerini fırçalama sıklığı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,24$; $p=0,01<0,05$). Farklılıkların dişlerini fırçalama sıklığı günde 2 veya daha fazla olanların puan ortalamaları diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.18.Hastaların MDAS ve OHIP-14 ile En Son Diş Hekimine Gitme Süresine Değişkeni Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	En Son Diş Hekimine Gitme Süresi	n	x±sd	F	p	Fark
Fonksiyonel Limit	1- 6 ay önce	86	1,31±1,05	4,22	0,00*	5>4
	2- 1 yıl önce	69	1,47±1,00			5>1
	3- 2 yıl önce	60	1,33±1,12			5>3
	4- 5 yıl ya daha fazla	38	0,72±0,82			5>2
	5- Hiç	4	0,37±0,47			4>3
Fiziksel Ağrı	1-6 ay önce	86	1,79±1,01	3,29	0,01*	4>1
	2-yıl önce	69	1,60±0,76			4>2
	3-2 yıl önce	60	1,57±1,01			5>4
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	1,21±1,04			5>1
	5-Hiç	4	0,75±0,64			5>3
Psikolojik Rahatsızlık	1-6 ay önce	86	1,36±0,93	3,38	0,01*	5>2
	2-1 yıl önce	69	1,21±0,96			4>3
	3-2 yıl önce	60	1,14±0,84			4>1
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	0,80±0,80			5>4
	5-Hiç	4	0,37±0,25			5>1
Fiziksel Yetersizlik	1-6 ay önce	86	1,34±1,06	3,60	0,00*	5>3
	2-1 yıl önce	69	1,19±0,79			5>2
	3-2 yıl önce	60	1,15±0,88			4>3
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	0,77±0,81			4>1
	5-Hiç	4	0,25±0,28			
Psikolojik Yetersizlik	1-6 ay önce	86	1,25±0,90	2,27	0,06	
	2-1 yıl önce	69	1,13±0,96			
	3-2 yıl önce	60	1,15±0,96			
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	0,82±0,85			
	5-Hiç	4	0,25±0,50			
Sosyal Yetersizlik	1-6 ay önce	86	1,25±1,06	2,90	0,02*	5>4
	2-1 yıl önce	69	1,08±1,01			5>1
	3-2 yıl önce	60	1,05±1,02			5>3
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	0,67±0,74			5>2
	5-Hiç	4	0,25±0,50			4>3
Handikap	1-6 ay önce	86	1,28±1,10	3,26	0,01*	4>1
	2-1 yıl önce	69	0,96±1,01			4>2
	3-2 yıl önce	60	0,94±0,86			5>4
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	0,67±0,90			5>1

	5-Hiç	4	0,37±0,47			4>1
M-DAS Toplam Ortalama	1-6 ay önce	86	2,29±0,81	0,23	0,91	
	2-1 yıl önce	69	2,31±0,91			
	3-2 yıl önce	60	2,39±0,79			
	4-5 yıl ya da daha fazla	38	2,40±1,14			
	5-Hiç	4	2,10±0,60			

*(p<0,05)

Katılımcıların "Fonksiyonel Limit" "Fiziksel Ağrı" "Psikolojik Rahatsızlık" "Sosyal Yetersizlik" "Handikap" puanları ortalamalarının en son diş hekimine gitme süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (sırasıyla F=4,22 p=0,00<0,05; F=3,29 p=0,01<0,05; F=3,38 p=0,01<0,05; F=3,60 p=0,00<0,05; F=2,90 p=0,02<0,05; F=3,26 p=0,00<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. "Fonksiyonel Limit" alt boyutunda farklılığın en son diş hekimine gitme süresini beşyıl ve daha fazla olarak işaretleyenler lehine gerçekleşirken, diğer alt boyutlarında hiç diş hekimine gitmeyenler lehine gerçekleşmiştir.

Katılımcıların "M-DAS Toplam Ortalama" puanları ortalamalarının en son diş hekimine gitme süresi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0,23; p=0,96<0,05). Fakat en son diş hekimine gitme süresini hiç olarak işaretleyenlerin puan ortalamaları diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.19.M-DAS Ölçek Puanlarıyla OHIP-14 ölçek Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken	N	r	p
M-DAS Ölçeği OHIP-14 Ölçeği	258	-,228**	0,000

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.19 incelendiğinde, M-DAS ölçeğinden alınan puanlarla OHIP-14 ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.228$ $p < 0,05$). Anksiyete düzeyi arttıkça ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezinde Endodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde bekleme salonundaki hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada modifiye dental anksiyete ölçeği (M-DAS) ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi (OHIP-14) ölçeği kullanılmıştır. Anketlere, 167'si evli ve 91'i bekar olan 134 erkek ve 124 kadın olmak üzere 258 hasta katılmıştır. Yaş grupları beş gruba ayrılmış (18-27 / 28-37 / 38-47 / 48-57 / 58 ve üzeri), en fazla katılım %40,3 (n=104) ile 28-37 yaş grubunda gerçekleşmiştir. Aynı zamanda, yanıt verenlerin çoğunun %55 (n=142) diş problemleri nedeniyle diş kliniğini ziyaret ettiği ve sadece yaklaşık üçte birinin 6 ay önce diş hekimine geldiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar arasında eğitim düzeylerinin anksiyete ve OHRQOL derecesi üzerindeki etkileri de değerlendirilmiştir.

Günümüzde modern diş bilimi alanındaki büyük teknik genişlemelere rağmen, diş hekimini ziyaret etme ve diş tedavisi alma konusundaki anksiyete sorunu hala yaygın bir şekilde devam etmektedir (Freeman, 1999; Kamel, Al-Harbi, Al-Otaibi, Al-Qahtani & Al-Garni, 2019).

Dental anksiyete endişe verici sorunlardan biridir. Her yaştan farklı sosyal gruplardan çok sayıda bireyi etkilemek, diş hekimlerini ziyaret etmelerini engellediği için birçok kişinin ağız sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında hastaların muayenelerini aksatması, hem doktorlar hem de hastalar arasında iletişim ve işbirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Bhalla, Singh, Sujata & Choudhary, 2013). Bu nedenle, ağız sağlığını artırmak için, diş hekimleri dental anksiyeteyi azaltmak ve tedavi esnasında ağrıyı dindirmek için uygun ve yardımcı teknik yöntemler kullanarak hastaya herhangi bir tedavi uygulanmadan önce değerlendirmelidir. Buna ek olarak, diş hekimleri diş tedavisi sırasında ve diş anesteziyi yaptıktan sonra hastanın fiziksel belirtileri ve yüz ifadelerini izlemeye devam etmelidirler. Diş hekimlerinin, anksiyetesi olan diş hastalarına iki önemli etik yükümlülük altında kaygılarını azaltmalarına yardımcı olmak için izlediği hastanın refahını arttırmak (hastanın en yüksek faydayı elde etmesini desteklemek) ve hastanın özerkliğini desteklemek önlemleri de anksiyetenin azalmasına yardımcı olmaktadır (Amerikan Dişhekimleri Birliği, 2005; Donate-Bartfield & Shane, 2010).

Anksiyete ve korkuyu etik bir sorun kümesi haline getiren en önemli özelliği sübjektif olmasıdır. Sübjektif bir bulgu olan anksiyete ve korkunun varlığı ve düzeyinin belirlenmesinde kullanılan ölçekleri bireylerin anksiyete ve korkuların karşılaştırılmasına olanak vermektedir.

Dental korku ve anksiyete düzeyini değerlendirmek için Corah'ın Dental Anksiyete Ölçeği (Corah's Dental Anxiety Scale, CDAS), Modifiye Dental Anksiyete Ölçeği (M-DAS), Weiner'ın Korku Anketi, Diş Kaygısı Envanteri (DAI) ve kısa DAI, durumluk kaygı envanteri gibi kullanılan çeşitli birçok değerlendirme ölçeği bulunmaktadır. Her ne kadar fazla sayıda ölçek geliştirilmiş ve kullanılıyor olsa da, bu ölçeklerden her birinin kendi sınırlılıkları olduğu için hiçbiri altın standart olarak dental anksiyeteyi tüm boyutlarıyla ölçemez. Bununla birlikte, dental anksiyete ve korku ile ilgili araştırmaların çoğunlukla iki ölçek kullanılmaktadır. Diş hekimleri tarafından en çok kullanılan ölçekler M-DAS ve CDAS'tır (Kamel vd.,2019). Bu ölçekler, hastalardaki dental anksiyete seviyesini değerlendirmek için basit ve kullanımı kolay ölçeklerdir. Her iki ölçek de çok benzer olmasına rağmen, M-DAS, CDAS'tan farklı olarak ek bir soru içermektedir. Bu soru ise (M-DAS' ta bulunan) diş enjeksiyonlarının anksiyete düzeyi üzerindeki etkilerini ölçmektedir. Literatürde bulunan örneğin; Türkiye, İngiltere, Suudi Arabistan ve İrlanda'da daha önce yapılmış çalışmalarda M-DAS ölçeğinin güvenilirliği diğer ölçeklere nispeten yüksek bulunmuştur (Tunc, Firat, Onur& Sar, 2005; Humpheris, Dyer& Robinson, 2008; Kamel vd; 2019; Humpheris, Freeman, Campbell, Tuutti& D'souza, 2000).

ÇalışmadaEskişehir Osmangazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Sağlığı Eğitim, Uygulama ve Araştırma MerkezindeEndodonti Anabilim Dalı Tedavi Kliniği ve Prototetik Anabilim Dalı Tedavi Kliniklerinde bekleme salonundaki 258 hastadan alınan anketler değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları M-DAS'ın yüksek güvenilirlik oranına sahip olduğunu göstermektedir. Güvenirlilik analizine göre Cronbach Alfa değeri 0,83'tür ve yüksek güvenilirlik anlamına gelmektedir. M-DAS anketindeki aritmetik ortalamanın sonuçları diş kaygısının en yüksek yüzdesinin “Dişiniz iğneyle uyuşturulacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz” olan beşinci soruda olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar diş anestezinin birçok dental problemi olan hastada en yaygın anksiyete nedenlerinden biri olduğunu ifade etmektedir (Levato, 1998; Dulger vd, 2007).İstanbul Üniversitesi'nde Dulgar ve arkadaşları tarafından diş enjeksiyonu nedenli kaygı ve ağrı deneyimlerini değerlendirmek için

yapılan bir çalışmada dental problemi olan hastalarda farklı enjeksiyon tekniklerinin uygulanmasının dahi hastalardaki kaygı düzeyini önemli ölçüde değiştirmediği saptanmıştır (Dulger vd., 2007). Anestezi korkusu, dental problemi olan hastalar ile onların ağız sağlığı arasında en önemli engellerden biridir. Bu durum bireylerin ağız hijyenleri önemli ölçüde kötüleşene kadar diş hekimine olan ziyaretlerini ertelemelerini tetikleyebilir. Nitekim anestezi iğneler ve diş matkapları Suudi Arabistan popölasyonunun yetişkinleri arasında korku uyaran ana faktör olarak belirlenmiştir (Taani, 2001). Anestezi sırasında hastaların hissettiği ağrı, iğnenin yapılması ve anestezi maddelerin iğneden dokuya infiltrasyonundan kaynaklanmaktadır, bu da birçok hastayı rahatsız etmekte ve anksiyeteyi tetiklemektedir. Bu ağrıyı en aza indirmek için, doktorlar diş enjeksiyonu öncesi topikal anestezi ajanları kullanabilirler, çünkü topikal anesteziğin neden olduğu uyuşturma, yumuşak dokuya iğne yapıldığı sırasındaki ağrıyı azaltır ve böylece anksiyete derecesini düşürebilir.

Lipp ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada diş kliniğinde anksiyete ve ağrıyı azaltmak için farklı bir çözüm olarak hastalara diş enjeksiyonu hakkında yeterli bilginin açıklanması önerilmektedir. Yine bu çalışmada, diş hekimlerinin sedasyon ve genel anestezi gibi farmakolojik yöntemler kullanmadan önce hastasıyla iyi bir ilişki ve iletişim kurmasının önemine de değinilmektedir (Lipp, Dick, Daublander& Bertram, 1991). Diş hekimleri ve hastaları arasındaki güveni, genel tedavi deneyimini esnasında yansıtır; böylece hastanın güveni artmaktadır. ADA etik kurallarına göre, diş hekiminin görevi hastanın refahını yükseltmektir. Bu da diş hekimlerinin hastalarının anksiyetelerini yönetmelerini icap ettirmektedir, çünkü bu sonuçları itibariyle muhtemelen hastanın uzun vadeli genel sağlığı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olacak ve hastaya olası en yüksek faydayı sağlayacaktır (Donate-Bartfield vd., 2010).

Çalışmaya katılan 258 katılımcının %51.9'u erkek, %48.1'i kadındı ve katılımcıların çoğunluğu 27-38 yaş grubundaydı. M-DAS için toplam puan ortalaması 11,68±4,41 bulunmuş, bu da katılımcıların çoğunun orta derecede dental anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Türkiye'de Başkent Üniversitesi'nde 2014 yılında yapılmış, çalışmada M-DAS için toplam aritmetik ortalama 11,16 olarak çalışmamızla benzer olarak belirlenmiştir (Şahin,2014). Güney Hindistan'da yetişkinler arasında yapılan bir başka çalışmada, 1.148 katılımcı arasında M-DAS için toplam aritmetik

ortalama 10,4 olarak bulunmuştur (Appukuttan, Subramanian, Tadeipalli& Damodaran, 2015). Dou ve arkadaşları tarafında yapılan bir başka çalışmada ise M-DAS skorunun 14.17 ile çalışma bulgularımından daha yüksek bir orana sahip olduğu belirlenmiştir (Dou vd.,2018).Puanlar arasındaki bu farklılık, kötü ağız hijyeni, kültürel farklılık, düzenli olarak diş hekimini ziyaret etmek için gereken bilgi düzeyi farklılıkları yada bir dişhekiminde tecrübe edilen ağırlı bir deneyimden kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanında bazı kişiler başkalarının diş hekimi ziyaretiyle ilgili görüşlerinden/tecrübelerinden olumsuz bir şekilde de etkilenebilmektedirler.

Dental anksiyetenin belirleyici faktörlerin biri de cinsiyet farkı olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda cinsiyetler arasındaki dental anksiyete seviyeleri değerlendirilmiş; kadınların (1,24±0,78) erkeklere (1,14±0,77) göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Kadınların erkeklere göre daha yüksek dental anksiyeteye sahip olduklarını bildiren bazı çalışmalar mevcuttur (Bergdahl & Bergdahl ,2003; Abrahamsson vd.,2003). Thomson ve arkadaşları ile Oktay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise katılımcıların cinsiyeti ile dental anksiyete arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Thomson, Locker & Poulton,2000; Oktay vd.,2009).

Dental anksiyetenin cinsiyetler arasındaki farklılığı, beynin yapısal ve fonksiyonel değişikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan görüntüleme çalışmasında, dental anksiyetesi olan erkek ve kadınların provakatif testlere cevaplarında, beynin farklı bölgelerinin etkin olduğu açıklanmaktadır (Schienle vd.,2013).

Ozlek ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, “kadınlardaki yüksek anksiyete düzeyleri”, kadınların genel olarak erkeklere kıyasla stres ve sosyal fobilere daha duyarlı oldukları gerçeğiyle ilişkilendirmiştir (Ozlek, Yıldırım, Koc& Boysan, 2019). Diğer çalışmalarda ise kadınların erkeklere göre iki kat daha fazla kaygı bozukluğuna sahip olduğu gösterilmiştir (Altemus, Sarvaiya & Epperson 2014; Jalnapurkar, Allen& Pigott, 2018). Bunun nedeni, kadınlar ve erkekler arasındaki hormonal farklılıklardan kaynaklanabilmekte ve bu kadınları yüksek stres ve anksiyete düzeylerine daha duyarlı hale getirebilmektedir. Kadınlarda üreme hormonları özellikle östrojen ve progesteron kaygıya yatkınlıkta önemli bir rol oynamaktadır (Jalnapurkar vd., 2018). Bir diğer teori, kadınların korkularını ve ağrılarını daha kolay ve açık bir şekilde itiraf etmekte olduklarını veya tartışma eğiliminde olduklarını öne

sürmektedir (Jalnapurkar vd., 2018). Buna karşılık, erkekler streslerini başkalarıyla paylaşmamayı tercih ederler ve bu nedenle ağrı için daha yüksek bir eşik toleransına sahiptirler (Appukuttan vd., 2015).

Çalışmamızda farklı yaş grupları arasında anksiyete düzeylerinde anlamlı bir istatistiksel fark gözlenmemiştir. Ancak, M-DAS'ın her bir skoruna ayrı ayrı bakıldığında, genç katılımcıların dental anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (18-27=2,61; 28-37=2,34). Çalışmamızda yaş ilerledikçe kaygı düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (38-47=2,20; 58 ve üstü = 2,12). Ancak çalışmanın istatistiksel boyutu farklı yaş gruplarının eşit olmayan örneklemeden etkilenebilir, örneğin çalışmamızda en sık görülen yaş grubunda (28-37) 104 katılımcı bulunurken iken 18-27 yaş grubunda ise 53 katılımcı bulunmaktadır.

Türkiye’de ve dünyada yapılan birçok çalışmada dental anksiyete düzeyinin yaş faktörü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Holtzman,1997; Liddell & Locker, 1997; Tunc,2005; Thomson vd.,2000; Oktay vd.,2009; Şahin & Demet, 2014).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, çoğunlukla dental anksiyete ile yaş arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Artan yaşla birlikte anksiyete ve korkunun azalma nedeni olarak, yaşlı bireylerin hastalığa ve tedaviye gençlerden çok daha fazla maruz kalmaları, serebral bozulma, yok olma (ölüm) ve kaçınılmaz olana karşı teslimiyetlerinin daha fazla olması gibi birçok faktör gösterilmiştir (Mohammed vd., 2014; Liddell& Locker, 1997).Holtzman ve arkadaşları (Holtzman,1997)ile, Liddell ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda dental anksiyete ile yaş arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu bununla birlikte yaşca daha büyük bireylerin, daha genç olanlara göre dental anksiyete düzeylerini daha düşük olarak belirlemişlerdir (Liddell & Locker,1997). Bu çalışmaların yanında, yaşla dental anksiyete arasında pozitif yönde ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Tunc,2005; Thomson vd.,2000). Türkiye’de Oktay ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş grupları ile dental anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Oktay vd.,2009).

Sonuçlarımızla uyumlu olan çalışmalarda, bazı araştırmacılar yaşın dental anksiyete ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve daha genç gönüllülerin yaşlı olanlardan daha endişeli olduğunu bildirmişlerdir (Humphris, Dyer & Robinson, 2008; Nascimento vd.,2011). 50 yaşın üzerindeki az sayıda hastayla bulgularını açıklamış olan bir çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar gözlemlenmiş. (Kanegane, Penha,

Munhoz & Rocha, 2009). Bunun yanında bazı çalışmalarda katılımcılar sadece gençlerden oluşmuştur (Erten, Akarslan & Bodrumlu, 2006; Arslan, Erta & Ülker, 2011). Çalışmamızda katılımcılardan en genci 18 yaşında olup, yaş ortalaması 32.5 ± 11 olarak gerçekleşmiştir. Bu nedenle çalışmamızda, yaş grupları arasında anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Çalışmalar arasındaki yaş grupları yönünden saptanan bu farklılıkların, sosyal ve kültürel çevre değişimlerinden ve seçilen örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada dental anksiyetede medeni durumun rolü de değerlendirilmiştir. Bulgular, bekar ve evli katılımcılar arasındaki anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0.26$). Medeni durumun rolünü değerlendiren diğer çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde medeni durum ile anksiyete düzeyi arasında fark bulunmamıştır (Yıldırım vd., 2013). Egbor ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada, bekar katılımcıların evli katılımcılardan daha yüksek M-DAS ortalamasına sahip olduğu gösterilmiş ve aile/partnerin bireyin desteklenmesinde ve sağlık koşullarına uyum sağlamasında önemli bir etkisinin olduğunu açıklanmıştır (Egbor ve Akpata, 2014; Lahti ve arkş, 2007). Öte yandan, Boman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tamamen farklı sonuçlar gözlenmiş, evli/ilişkisi olan katılımcılar arasında anksiyete oranı bekar bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Boman vd., 2012). Bazı yazarlara göre bunun nedeni evli insanların daha fazla sorumlulukları olması ve bu nedenle stres düzeyinin bekarlardan çok daha fazla olması olarak yorumlanmıştır (Yüzügüllü, Gülşahi, Çelik & Bulut, 2014). Evliler ve bekarlar arasında dental anksiyete düzeyinde gözlenen bu varyasyon onların yaşam tarzı, sorumlulukları, ait oldukları çevre ve diğer faktörlerden etkilenebilmektedir.

Eğitim seviyesinin de dental anksiyeteyi etkilediği düşünülmektedir (Egbor vd., 2014). Dental anksiyetenin eğitim düzeyindeki artışla birlikte azaldığı belirtilmektedir. Birçok çalışmada, ortaöğretim ve ortaöğretim sonrası eğitim alan hastaların çoğunun anksiyete ölçeğinden son derece düşük puan aldıkları gözlemlenmiştir ($M-DAS < 9$). Yazarlar yükseköğrenime sahip kişilerin düzenli olarak diş hekimlerini ziyaret etme eğiliminde olduklarını, bunun da kaygının azalmasında en önemli etken olabileceğini öne sürmüşlerdir (Humphris, Dyer & Robinson, 2008; Do Nascimento, da Silva Araújo, Gusmão & Cimdões, 2011). Buna ek olarak, yükseköğrenim görenler diş tedavilerindeki sorunları ve tedavi süreçleri hakkında

bilgi olarak prosedürler hakkında daha bilinçli olurlar ve bu da diş hekimlerine daha fazla güvenmelerini sağlamaktadır. Acharya ve arkadaşlarının Hindistan’da yaptıkları çalışmada liseden mezun olanların daha düşük anksiyete seviyelerine sahip oldukları belirlenmiştir (Acharya, 2008). Haugejorden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyleri ve dental anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Haugejorden & Klock, 2000). Türkiye’de Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise MDAS toplam skoru ile eğitim düzeyleri arasında negatif bir korelasyon belirlenmiş (Tunc vd., 2005); Ay ve arkadaşlarının cerrahi tedavi için bekleyen hastalarda yaptıkları çalışmada ise anksiyete düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında farklılık belirlenmemiştir (Ay,Özdemir, Öztürk & Polat, 2002). Çalışmamızda, farklı eğitim geçmişine sahip hastaların anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=0.47). Acharya ve Tunç’un çalışmalarına benzer şekilde, lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan hastalar daha düşük dental anksiyete seviyelerine sahiptir. Bu negatif ilişki, bilinçli ve ne yapılacağı konusunda yeterince öngörüsü olabilen hastaların, dental girişim öncesi daha az kaygılı olduğu gerçeğini yansıtmaktadır. Örneklemimiz büyük ölçüde lise ve sonrası eğitim almış kişilerden oluşmaktadır.

Çalışmamızda, diş fırçalama alışkanlığı bir gösterge olarak kullanılarak dental anksiyete ile ağız hijyeni arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Dental anksiyetesi yüksek hastaların günde iki kez dişlerini fırçalama eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Bu nedenle dental anksiyete ile fırçalama alışkanlıkları arasında bir bağlantı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0.01). Dental anksiyeteye sahip bireyler diş hekimlerini ziyaret etmekten kaçınmaya çalıştıklarından, daha iyi diş bakımı ile dental anksiyete arasında bir ilişkinin var olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, anksiyeteli hastalar onları diş hekimini ziyaret etmeye zorlayacak sorunları önlemek için ağız hijyenlerine daha fazla dikkat etmeye çalışırlar. Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, dişlerini günde en az iki kez fırçalama alışkanlığı olan bireylerde eğitim ile ağız bakımı arasında da güçlü bir ilişki olduğu tanımlanmıştır. Düzensiz diş fırçalayan ya da hiç fırçalamayan bireylerde Dental anksiyete skoru düzenli fırçalayanlara göre daha yüksek bulunmuştur(Pohjola vd., 2007).

Dental anksiyetenin bir sonucu, onunla ilişkili aşırı kaygı ve korkuyu önlemek için diş tedavisinden kaçınmaktır. Dişhekimine gitme konusunda anksiyeteye sahip olan hastalar acil bir durumla karşılaşmadıkları sürece (örneğin şiddetli ağrı veya diş

apsesi durumlarında) tedavilerini erteleme eğilimindedirler (DeDonnoa, 2012; Armfield, 2010). Bu korku ile daha az diş hekimine gitme, kötü ağız bakımı ve ciddi düzeyde fonksiyonel bozukluklar arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. (Armfield, Spencer & Stewart, 2006; Schuller, Willumsen & Holst, 2003; Locker, 2003). Diş hekimi korkusuna bağlı olarak hastalar düzenli diş hekimi ziyaretlerini aksatmaktadır (Allen & Girdler, 2005). Bu nedenle, hastaların rutin diş muayeneleri ve tedavisinde kurtarılabilecek dişlerini kaybetmeleri oldukça yaygın bir durumdur. Ancak gecikmiş diş hekimi ziyaretleri nedeniyle, çoğu zaman mevcut durum artık tedavi edilemez bir duruma gelmektedir. Birçok çalışma dental anksiyete ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır. Bazı araştırmalarda, dental anksiyetenin daha kötü diş sağlığı ile pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (DeDonnoa, 2012; Armfield, 2007). Başka bir çalışmada ise daha yüksek düzeyde dental anksiyetesi olan kişilerin eksik dişleri ve/veya çürük dişleri bildirme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Armfield, Slade & Spencer, 2009). Jason ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada diş hekimi korku düzeyi yüksek olan bireylerin diş hekimini daha az ziyaret ettikleri ve bu ziyaret öncesinde daha uzun düşündükleri belirlenmiştir (Armfield, 2007). Schuller'in ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada diş hekimi korku düzeyi yüksek olan bireylerin diş hekimini daha az ziyaret ettikleri ve randevularını daha fazla erteledikleri veya iptal ettikleriaçıklanmıştır (Schuller, Willumsen & Holst, 2003).

Sağlık sadece hastalığın yokluğu anlamına gelmez, yaşam kalitesi dahil olmak üzere diğer bir çok faktörün de kişinin refahı üzerinde etkisi vardır. Sağlık sorunları ve hastalıklar, etkilenen bireylerin yaşam kalitesi ile ilişkilidir. "Sağlığa bağlı yaşam kalitesi" tıbbi yardım araman, tedaviye uyumu ve verilen bakımdan memnun kalma konusunda önemlidir (Locker & Allen, 2007). 1970'lerden itibaren, özellikle sosyal bilimciler refah ve yaşam kalitesi konusundaki öznel göstergeleri değerlendirmenin önemini tartışmıştır. 1990'lı yıllarda, tıbbi araştırmacılar da, bu kavramın önemli olduğunu vurgulamıştır. 21'inci yüzyılın başından bu yana, ağız sağlığıyla ilgili yaşam kalitesi giderek daha çok ilgi görmektedir (Inglehart, 2015). Ağız sağlığı ile ilgili Yaşam kalitesi, diş hastalıkları ve ağız hijyeninin hastalar üzerindeki etkilerini içerecek şekilde geliştirilmiştir. Ağız sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır (Bennadi & Reddy 2013; Agrawal, Dahal, Shrestha & Bhagat, 2017; Aydınuyurt & Altındal, 2018). Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini

incelemek için farklı ölçekler kullanılmıştır. Literatürde kullanılan en önemli ölçeklerin “Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP-14)” ve “Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHRQoL-UK)” ölçekler olduğu görülmüştür (Bennadi& Reddy 2013).

Bu çalışmada, bireylerin duygularını değerlendirmek ve yedi boyutta (Fonksiyonel sınırlama, Fiziksel ağrı, Psikolojik rahatsızlık, Fiziksel sınırlama, Psikolojik sınırlama, Sosyal sınırlama, Handikap) ağız problemlerinin türünü belirlemek için oldukça güvenilir bir ölçek olarak kabul edilen OHIP-14 kullanılmıştır. Çalışma örnekleminde. Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuş ve testin son derece güvenilir olduğubelirlenmiştir.

Her soru için aritmetik ortalama diş hastalarının karşılaştığı en yaygın sorunları belirlemek için analiz edilmiştir. Çalışmamızda hastaların çoğunun utanç duygusuna sahip olduğu ve ağız sorunlarının günlük aktivitelerini yapmalarını engellediği tespit edilmiştir (her iki soru için de ortalama 4.05'e eşittir). Çalışmamızdaki önemli sayıda hasta, diş enjeksiyonları konusunda anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu ve diş bakımından kaçındığını ve bunun da ağrı ve sosyal utanca neden olabileceğini bildirmiştir.

Agrawal ve arkadaşları tarafından Nepal’de 2000 kişi ile yapılan bir çalışmada, OHIP-14’ün arasındaki ortalama puanının 12.19 olduğu bildirilmiştir (Agrawal, Dahal, Shrestha& Bhagat, 2017). Aydınıyurt’un 2018’de 120 hasta ile yaptığı çalışmada OHIP-14 skorları 20.14 ± 0.56 olarak hesaplanmıştır (Aydınıyurt & Altındal, 2018). Çalışmamızda OHIP-14’ün ortalama puanı 16.72 ± 10.89 olarak saptanmış, bu da kötü ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki orta düzeyde olumsuz etkilerini göstermektedir. Ng&Leung ve arkadaşlarının (Ng ve Leung,2007) gerçekleştirdiği toplum çalışmasında bildirilen ortalama değerlerle uyumluluk göstermekle birlikte Locker ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilen OHIP-14 ortalama değerlerine göre düşük seviyede izlenmiştir (Locker vd., 2001) Bunun yanında sonuçlarımız, Agrawal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya kıyasla çok daha yüksektir. Çalışmamızda katılanların ağız sağlığı durumunun yaşam kaliteleri üzerinde maksimum etkisi olmuştur. Bunun sebebi çalışmaya katılan popülasyonun ağız sağlığı hakkında daha fazla bilinçli olduğu gösterilebilir. Diğer bir nedeni ise, çalışmamızın tek bir diş kliniğine başvuran hastalar ile sınırlı olmasıdır. Yaşam kalitesi farklı bireyler tarafından farklı algılanabilir ve oral problemlerin şiddetine bağlı değişebilir.

Çalışmamızda ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki farklılıklar sadece ağız sağlığı durumu ölçülerek açıklığa kavuşturulamaz. Cinsiyetler arasındaki yaşam kalitesi farklılıkları düşünüldüğünde akıl sağlığı, çalışma durumu, erkeklerin ve kadınların toplumsal rolleri gibi diğer faktörler de devreye girer (Slade, 2002).Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada bir ağız hastalığına sahip olma durumunun yaşam kaliteleri üzerinde kadınlarda erkeklere göre daha şiddetli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Lawrence, Thomson, Broadbent& Poulton,2008). Bu çalışmada, değerlendirmenin zaman içinde tekrarlanması gibi farklı stratejiler izlendiği ve bunun bulguları etkilediği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda, evli katılımcıların ağız sağlığının yaşam kalitesine etkileri birçok boyuttan (fonksiyonel sınırlamalar, fiziksel ağrı, ruhsal sıkıntı, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik, ruhsal yetersizlik ve engeller (handikap)etkilendiği gözlenmiştir. Bu sorunların bir kısmının medeni durumları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Teixeira ve arkadaşları yaptıkları çalışmada evli bireylerin daha fazla özgüven sahibi olduğunu belirtmiş, buna ek olarak, eş varlığının sağlıklı yaşam tarzındaki önemini vurgulamış ve bunun olumlu davranışları artırdığını iddia etmiştir (Teixeira, Martins, Celeste, Hugo&Hilgert, 2015). Başka çalışmada da bunu destekleyecek şekilde, boşanmanın hastalıklara zemin hazırlayan bir faktör olduğu belirtilmiştir (Wu, Penning, Pollard&Hart, 2003). Çalışma sonuçlarımız, dünyanın farklı yerlerinde yapılan diğer çalışmalarla benzer özellik göstermiştir (Teixeira vd.,2015 ; Wu vd.,2003).Her üç çalışma da evli bireylerin diş hekimi ziyareti sırasında daha az stres ve daha yüksek bir yaşam kalitesi yaşama eğiliminde olduklarını göstermektedir. Teixeira çalışmasında; sağlıklı evliliğin insanların sağlığını yansıtarak yaşam kalitelerini artırdığını belirtmektedir. Wu ve arkadaşlarının çalışmasındaki ayrılmış bireylerde daha düşük yaşam kalitesi gözlemlenmiş ve iki yetişkinin bir hayatı paylaşmaya yönelik karşılıklı kararının, azalan stres seviyelerini ve artan yaşam kalitesini açıklayabileceğini öne sürmüştür. Çalışmamız, önceki medeni durumlarına bakılmaksızın bevlı bireylerin yaşam kalitesini değerlendirdiğinde ve evlilerin ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerinin farklı yönlerinde daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir. Bu değerlendirme, yaşam kalitesinin ve anksiyete düzeylerinin farklı coğrafi alanlar ve kültürler arasında benzer eğilimleri izlediğini doğrulamaktadır.

Çalışmamızda yaşın ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de incelenmiştir.

Sonuçlar, yaş farklılıklarına bağlı olarak OHIP-14 ölçeğinde yaşam kalitesinde önemli bir farklılık göstermemektir ve katılımcıların genel olarak orta düzeyde bir yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğu, sınırlı işlevselliğin yanı sıra ağrıya neden olan, ve utanç verici nitelikte zayıf düzeyde ağız sağlığı bildirmiştir. Bu gözlem, oral hastalık veya kötü ağız hijyeninin tüm yaş gruplarını neredeyse eşit derecede etkilediğini göstermektedir. Bunun nedeni de, örneklem grubundaki yaş grupları arasındaki geniş fark aralığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda yaşlı nüfusta ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. 2015 yılında yapılan bir çalışmada, kötü ağız hijyeni olan katılımcıların yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan bir başka ağız hastalığına da sahip olduğu belirtilmiştir (Santucci & Attard, 2015). Başka bir çalışmada, yaşlı insanların iyi bir öz-farkındalığa sahip oldukları ve ağız sağlığı durumlarını olumlu bir şekilde değerlendirebilecekleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada ayrıca bazı hastalıkların ağız kuruluğu (Dubin-Johnson sendromu) gibi bir oral hastalık ile ilişkili olabileceğinden, hastalık komorbiditesinin ağız sağlığı üzerindeki etkilerini de dikkate almıştır. Ağız sağlığıyla ilgili hastalıkların oral utanç ile ilişkili olduğu ve yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir (Saintrain, Freitas, Dias, Freitas & Pequeno, 2016).

Çalışmamızda eğitimin OHIP-14 sonuçlarına etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılanlar arasında ortaöğretim sonrası bir eğitime sahip olanların (yani eğitilmiş olanların) yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bunun neden yüksek eğitim gruplarından insanların genellikle sosyoekonomik durum ve eğitim durumu hiyerarşisinin daha yüksek bir seviyesinden gelen insanlarla etkileşimde olması ve böylece, etkileşim grubunun yaşam tarzlarından etkilenmesidir. Yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler, onların yaşam kalitesini etkileyen bir ağız hastalığı ile karşılaştığında ağız sağlıklarından utanabilmektedirler. Eğitilmiş bireyler genellikle daha fazla baskıya ve stresli bir yaşama sahiptir. Eğitilmiş bireyler genellikle iyi bir ağız sağlığına sahip olsalar bile, herhangi bir küçük ağrı bile, yaşam kalitelerini etkileyen ağrı toleranslarını aşabilir. Farklı eğitim seviyelerine sahip bireyler ve kültürel gruplar arasında ağrının kabulünün farklılık gösterebileceğini ve bu nedenle

yüksek eğitimli gruptaki oral problemlerle ilişkili yaşam kalitesinin birçok bölgede sapsmalarına neden olabileceği vurgulanmaktadır (Peacock & Patel, 2008).

Oyapero ve Husain tarafından yapılan araştırmalarda, eğitim ve gelir düzeyinin farklı sosyoekonomik statülerde ağız sağlığına bağı yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmalar, düşük eğitim seviyesinin kötü ağız sağlığına sahip olmada yüksek bir risk olabileceğini ileri sürmüştür. Ancak bu durumun yaşam kaliteleri üzerinde en az etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Oyapero, Edomwonyi & Akinola, 2015; Husain & Tatengkeng, 2017).

Çalışmamızda diş fırçalama alışkanlığının düşük ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirlenmiştir. Katılımcıların ağız bakımı tutumları günde bir veya iki kez fırçalama arasında farklılık göstermektedir. Bulgularımız katılımcıların günde iki kez dişlerini fırçalamalarına rağmen, handikap ve sosyal kısıtlılıktan oluşan OHIP-14 boyutlarının düşük ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi'nin en büyük faktörü olduğunu görmektedir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Drachev, Brenn & Trovik, 2018; Husain & Tatengkeng, 2017).

Çalışmada kullanılan ölçüm aracının bir öz değerlendirme olduğu ve hastaların ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi ifadesinden ne anladığına yönelik elde edilen sonuçların diş hekimleri ile hastaların bakış açıları arasında farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yani ağız sağlığına iyi bakan hastalar, bakımlarının kalitesini ve ağız sağlığı üzerindeki etkilerini küçümseme eğilimindedirler. Dental anksiyeteye sahip hastalar doktor ziyaretlerinden kaçınmak için ağız sağlığına dikkat etme eğiliminde olduğundan gözlemlerimiz dental anksiyete ile ilgili olabilir. Öz değerlendirmeler kişilerin gerçek ağız sağlığı durumunu hafife alabilmektedir.

Çalışmamızda, diş hekimine yapılan ziyaret sayısının ve bu kontrollerin ne kadar düzenli olduğunun ağız sağlığıyla ilgili yaşam kalitesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Diş hekimine muayene için nadiren giden veya sadece acil durumlarda giden hastaların ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi düşük olarak saptanmıştır. 2006 yılında yapılan bir çalışmada da, düşük ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi muayene için uygun olmayan hekim ziyaretleriyle ilişkili olduğunu da göstermektedir (Ng & Leung, 2006). Çalışmamıza katılanların, diş muayenelerinden kaçınmaya ve onları sadece şiddetli ağrıları varsa tedavi aramaya yönlendiren orta

derecede dental anksiyeteye sahip oldukları belirlenmiştir. Profesyonel diş bakımı eksikliği, hastaların ağız sağlığını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamız bulgularına göre dental anksiyete ve ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi arasında belirgin bir ilişki vardır. Daha düşük ağız sağlığı ve yaşam kalitesinin daha yüksek dental anksiyete yüzdesi ile bağlantılı olduğunu gösterilmiştir. Bu patern OHIP-14 ve M-DAS ölçekleri arasında negatif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, yüksek derecede dental anksiyetenin OHRQoL üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğunu öneren literatürdeki bazı çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Boman, Wennström, Stenman& Hakeberg, 2012; Johansson vd.,2010). Bu korelasyon, yüksek düzeyde dental anksiyete nedeniyle ağız sağlığının bozulması ile açıklanabilmektedir.

Daha önce tartışıldığı gibi, daha yüksek dental anksiyeteye sahip olan bireyler Fonksiyonel sınırlama, Fiziksel ağrı, Psikolojik rahatsızlık, Fiziksel sınırlama, Psikolojik sınırlama, Sosyal sınırlama ve Handikap'tan muzdarip olsalar bile diş hekimini ziyaret etmekten kaçınmaktadırlar. 1984 yılında Berggren tarafından “Kısır Döngü” olarak adlandırılan *dental anksiyete nedeniyle diş hekimine gitmekten kaçınmak*, dental anksiyete olarak kendini gösteren olumsuz bir dizi duygudur ve ağız sağlığını, sürekli diş bakımından kaçınarak komplike bir hale getirmektedir (Berggren, 1984; Beaton, Freeman&Humphris, 2014).Bir süre sonra bu hastaların ağız sağlığı kötüleşmekte ve utanç duygusu şiddetlenebilmektedir. Bu model, orta ile yüksek dental korkusu olan hastaların %39'unun, “kısır döngü” nedeniyle dental korkusu olmayan %1'e kıyasla düşük ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenen bir çalışma tarafından da desteklenmiştir (Armfield, 2013).

Dental anksiyetenin tezahürü hastalar arasında farklılık göstermektedir. Bu durum hastanın bir diş hekimini ziyaretinden tamamen kaçınmasına neden olursa, sonrasında ağrı veya hasarı önlemek için kapsamlı bir bakıma yol açmaktadır. Dolayısıyla, dental anksiyete ve ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesininbirbirini hâlâ nasıl etkilediği araştırılması gereken bir durumdur. Daha fazla analiz dental anksiyetenin diş hekimi ziyareti sayısı ve bunun sonucunda ağız sağlığı ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini teyit edebilmekte veya reddedebilmektedir (Carlsson, Hakeberg & Boman, 2015)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi tıp, diş hekimliği ve tıbbi araştırmalar alanlarında birçok uygulamaya sahiptir. Ağız sağlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek, doktorların ve bilimsel araştırma çalışanlarının, bireylerin tedavi ihtiyaçlarını ve kendilerine verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğini ölçmelerini sağlamaktadır.

Katılımcıların %51,9'unun (n=134) erkek kalan %48,1'inin ise (n=124) kadınlardan oluşmuştur. %40,3'ünün (n=104) 28-37 yaş grubundadır ; %64,7'sinin (n=167) evli, %55'inim (n=142) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların M-DAS'ten aldıkları puan ortalaması (11,68 ± 4,41) olarak orta derece anksiyeteye sahip olduğu; OHIP-14 'in puan ortalaması (16,72±10,89) olarak ortalama düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür.

OHIP-14 ile değerlendirilen yaşam kalitesi skorları ve M-DAS ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Anksiyete düzeyi arttıkça ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi azalmaktadır.

Katılımcıların cinsiyet değişkenlerine OHIP-14 alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığı belirlenmiştir. Fakat M-DAS ölçeğine göre ise kadın katılımcıların puan ortalamalarının erkek katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durum değişkenlerine “Fonksiyonel Limit” , “Fiziksel Ağrı” “Psikolojik Rahatsızlık” , “Fiziksel Yetersizlik”, “Sosyal Yetersizlik” ve “Handikap” alt boyutlarında evli katılımcılar puan ortalamalarının bekar katılımcılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş grupları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların OHIP-14 alt boyutları ile en son diş hekimine gitme süresiarasında farklılıkların“Fonksiyonel Limit” alt boyutunda farklılığın en son diş hekimine gitme süresini beş yıl ve daha fazla olarak işaretleyenler lehine gerçekleşirken, diğer alt boyutlarında hiç diş hekimine gitmeyenler lehine gerçekleşmiştir.

Katılımcıların OHIP-14 alt boyutları ile diş fırçalama sıklığı arasındaki farklılıkların tüm alt boyutlardaki değişimini fırçalama sıklığı günde 1 kez olanlar; M-DAS ölçüm aracında ise farklılığın dişlerini fırçalama sıklığı günde 2 veya daha fazla olanlar lehine gerçekleşmiştir.

MDAS, değerlerinin çalışma sonuçlarımız dahilinde yaş ortalaması, medeni durum, eğitim düzeyleri ve en son diş hekimine gitme süresi değişkenine ile ilişkisi bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları, genel olarak diş anksiyetesi ve ağız sağlığı arasındaki ilişkinin anlaşılmasını geliştirmekle birlikte diş hekimlerinin ağız sağlığını sadece diş tedavisi kapsamında iyileştirilemeyeceği veya artırılamayacağını kanıtlanmaktadır. Bireylerin ağız sağlığı ve tedavisinin azalmasına yardımcı olan ve neden olan diğer faktörlerin bilinmesi dikkate alınmalıdır.

Ağız sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine araştırmalar, halkın ağız sağlığı konusundaki farkındalığını arttırmada ve bireyler arasındaki ağız sağlığı eşitsizliklerini ortadan kaldırmada önemli bir rol oynamaktadır.

6.2. Öneriler

Anksiyeteli hastaların belirlenmesi ve bu hastaların mevcut sorunları yenmelerine destek olmak diş hekiminin öncelikli görevi ve etik sorumluluğu olmalıdır.

Dental anksiyetenin seviyesinin ve yaygınlığının belirlenmesi, diş hekimliği hizmetlerinin planlı, hızlı, ekonomik ve güvenilir gerçekleştirilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Dental anksiyete için risk oluşturan sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi, diş hekimlerinin bu sorunu yaşayan hastalar için ayracağı süreyi öngörüp, etkin bir tedavi planı oluşturabilmeleri açısından fayda sağlayabilir.

Dental anksiyetenin ağız sağlığı ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurularak, dental anksiyeteli bireylerin çok yönlü yaklaşım ile tedavi edilebilmeleri için bu anksiyetenin teşhis ve tedavi yöntemlerine yoğunlaşan çalışmalar planlanabilir.

Dental anksiyete ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ortaya konabilmesi için; belirlenebilen tüm parametrelerin ayrıntılı olarak

değerlendirildiği, toplumun genel düzeyini ve özelliklerini yansıtabilecek şekilde birey sayısının artırıldığı daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Diş hekimliği eğitim programına ve mezuniyet sonrası düzenlenen eğitim programlarına dental anksiyetenin belirlenmesi ve başa çıkma konusunda teknik bilgiler verilebilir.



KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abdul S., Pallavi S.K., Radha G. (2015). *Dental Anxiety and Oral Health*. International Journal of Oral Health and Medical Research, vol. 2, no. 2, pp. 120–122
- Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG (2003). *The Importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment*. *European journal of oral sciences*.; 111: 99-105.
- Acharya S. (2008). *Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population*. *Journal of oral rehabilitation*.; 35: 259-267.
- ADA. (2018). *Principles of Ethics and Code of Professional Conduct*.https://www.ada.org/~media/ADA/Member%20Center/Ethics/Code_Of_Ethics_Book_With_Advisory_Opinions_Revised_to_November_2018.pdf?la=en
- Agrawal, S. K., Dahal, S., Shrestha, A., & Bhagat, T. K. (2017). *Assesment of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Among Villagers of Jyamirgadi VDC, Nepal: A Cross-sectional Study*. *European Journal of Biomedical*, 4(8), 400-403.
- Akarşlan, Z., Erten, H. (2009). *Diş hekimliği korkusu ve kaygısı*. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Derg.(Clinical Dentistry and Research)*, 33(1), 62-68.
- Allen PF, McMillan AS, Locker D. (2001). *An assessment of the responsiveness of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial*. *Comm Dent Oral Epidemiol* ,29: 175–182.
- Allen EM, Girdler NM.(2005). *Attitudes to conscious sedation in patients attending an emergency dental clinic*. *Prim Dent Care*;12(1):27- 32.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). *Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives*. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320-330.
- Anxiety Meaning. In the Cambridge English online Dictionary (n.d.). Retrieved from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/anxiety>
- Appukuttan, D. P. (2016). *Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review*. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 8, 35.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Appukuttan, D., Subramanian, S., Tadepalli, A., & Damodaran, L. K. (2015). *Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India*. North American journal of medical sciences, 7(1), 13.
- Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF.(2006). *Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist?* Aust Dent J.;51(1):78-85.
- Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ.(2007). *The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear*. BMC Oral Health; 7:1– 15.
- Armfield JM.(2010). *Development and psychometric evaluation of the index of Dental anxiety and Fear(IDAF-4C+)*. Psych assess;22:279–287.
- Armfield, J. M. (2013). *What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance*. Community dentistry and oral epidemiology, 41(3), 279-287.
- Armfield, JM. , Slade, D. , Spencer, AJ.(2009). *Dental fear and adult oral health in australia. community Dent Oral epidemiology*; 37:220–230.
- Arslan S, Erta E, Ülker M. (2011). *The relationship between dental fear and sociodemographic variables*. Erciyes Med J. ;33:295–300.
- Atchison, K. A. (2002). *Understanding the quality in quality care and quality of life. Oral health-related quality of life*. Hanover Park: Quintessence Books, 21-30.
- Ay DS, Özdemir D, Öztürk DM, Polat DS.(2002). *An assessment of dental anxiety in oral surgery patients*. Gulhane Med J.; 44: 395-398.
- Aydinyurt Ş.(2014). *Periodontoloji kliniğe başvuran hastaların dental* Aydinyurt Ş., Altındal H.(Sene) *Periodontal klinik parametreler ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Van Tıp Dergisi, 25(4), 458-465 *anksiyete düzeylerinin ve ağız sağlığı ile ilişki yaşam kalitesinin belirlenmesi*.
- Başol, M. E., Karaağaçlıoğlu, L., Yılmaz, B. (2014). *Türkçe Ağız Sağlığı Etki Ölçeğinin Geliştirilmesi-OHIP-14-TR*. Türkiye Klinikleri. Dishekimligi Bilimleri Dergisi, 20(2).

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Beaton, L., Freeman, R., Humphris, G. (2014). *Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations*. Medical principles and practice, 23(4), 295-301.
- Bennadi, D., Reddy, C. V. K. (2013). *Oral health related quality of life*. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry, 3(1), 1.
- Bergdahl M, Bergdahl J. (2003). *Temperament and character personality dimensions in patients with dental anxiety*. European journal of oral sciences. 111: 93-98.
- Berggren U, Meynert G. (1984). *Dental fear and avoidance: Causes, symptoms, and consequences*. J Am Dent Assoc; 109(2):247-51.
- Berggren, U. (1984). *Dental fear and avoidance: a study of etiology, consequences and treatment*.
- Bhalla, A., Singh, S. B., Sujata, C. A., & Choudhary, A. (2013). *Self-assessment of dental anxiety in patients visiting comprehensive rural health service project*. J Depress Anxiety, 2(137), 2167-1044.
- Boman, U. W., Wennström, A., Stenman, U., & Hakeberg, M. (2012). *Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women*. BMC oral health, 12(1), 14.
- Bruscino, T. (2012). *Basic ethics in dentistry*. The Academy of Dental Learning & OSHA Training, 16-25.
- Carlsson, V., Hakeberg, M., & Boman, U. W. (2015). *Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour—a national Swedish cross-sectional survey*. BMC Oral Health, 15(1), 100.
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). *Are quality of life measures patient centred?*. Bmj, 322(7298), 1357-1360.
- Cohen S, Fiske J, Newton J. (2000). *Behavioural dentistry: The impact of dental anxiety on daily living*. Br Dent J; 189(7):385-90
- Cummins RA. (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*. Journal of Intellectual Disability Research, 49 (10): 699-706.
- Cunningham, S. J., Hunt, N. P. (2001). *Quality of life and its importance in orthodontics*. Journal of Orthodontics, 28(2), 152-158.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Davey GC.(1989). *Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear*. Behav Res Ther; 27(1):51-8.
- DeDonnoa, M. A. (2012). *Dental anxiety, dental visits and oral hygiene practices*. Oral health & preventive dentistry, 10(2).
- Deshpande, N. C., & Nawathe, A. A. (2015). *Translation and validation of Hindi version of oral health impact profile-14*. Journal of Indian Society of Periodontology, 19(2), 208.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. J.(2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Gen Intern Med* 21(3):267-75.
- Do Nascimento DL, da Silva Araújo AC, Gusmão ES, Cimões R. (2011). *Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services*. Oral Health Prev Dent. ;9:329–37.
- Doebling S, Rowe MM.(2000). *Negative perceptions of dental stimuli and their effects on dental fear*. J Dent Hyg; 74(2):110-6.
- Donate-Bartfield, E., Spellecy, R., & Shane, N. J. (2010). *Maximizing Beneficence and Autonomy: Ethical Support for the Use of Non-Pharmacological Methods for Managing Dental Anxiety*. The Journal of the American College of Dentists.
- Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. (2002) Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* ;14(6):499–508.
- Dou, L., Vanschaayk, M. M., Zhang, Y., Fu, X., Ji, P., & Yang, D. (2018). *The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis*. BMC oral health, 18(1), 101.
- Drachev, S. N., Brenn, T., & Trovik, T. A. (2018). *Oral health-related quality of life in young adults: a survey of Russian undergraduate students*. International journal of environmental research and public health, 15(4), 719.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Dulger, O., Koray, M., Soley, S., Yaltirik, M., Williams, W., Somturk, E., Ogunc, N. (2007). *Evaluating anxiety and pain in patients receiving a local anesthetic injection: Traditional syringe versus a computer-controlled local anesthetic delivery system*. *Balkan Journal of Stomatology*, 11(2), 100-104.
- Egbor, P. E., & Akpata, O. (2014). *An evaluation of the sociodemographic determinants of dental anxiety in patients scheduled for intra-alveolar extraction*. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1), 25433.
- Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz M.(1997). *Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits*. *Community Dent Oral Epidemiol*; 25(3):233-7.
- Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E.(2006). *Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic*. *Quintessence Int.*;37:304–10.
- Esat Başol, Mehmet, et al.(2013). *Developing a Turkish Oral Health Impact Profile-OHIP-14-TR*. *Turkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences*, vol. 20, no. 2, 7, pp. 85–92.
- Felman, A. (2018). *What to know about anxiety*. *Medical News Today*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323454.php>
- Forgione AG, Clark RE. (1974). *Comments on an empirical study of the causes of dental fears*. *J Dent Res* 1974; 53(2):496.
- Freeman, R. (1999). *Barriers to accessing and accepting dental care*. *British dental journal*, 187(2), 81-84.
- Fritscher, L., Gans, S. (2018). *Understanding the Dynamics of a Fear Response*. Retrieved from <https://www.verywellmind.com/the-psychology-of-fear-2671696>.
- Gift, H. C., Atchison, K. A. (1995). *Oral health, health, and health-related quality of life*. *Medical care*, NS57-NS77.
- Haugejorden O, Klock KS. (2000). *Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales*. *Acta odontologica Scandinavica*. 58: 255-259.
- Henzi, D., Davis, E., Jasinevicius, R., & Hendricson, W. (2006). *North American dental students' perspectives about their clinical education*. *Journal of Dental Education*, 70(4), 361-377.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Holtzman JM, Berg RG, Mann J, Berkey DB. (1997). *The relationship of age and gender to fear and anxiety in response to dental care*. Special care in dentistry: official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry.17: 82-87.
- <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F1%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf> (Erişim:10.09.2020)
- Hughes, M., & Thomas, M. E. (1998). *The continuing significance of race revisited: A study of race, class, and quality of life in America, 1972 to 1996*. American Sociological Review, 785-795.
- Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG.(2009). *The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age*. BMC Oral Health 2009;9:20.
- Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D’Souza V.(2000). *Further evidence for the reliability and validity of the modified dental anxiety scale*. Int Dent J 2000;50:367-70.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. (1995). *The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms*. Community Dent Health.12: 143-50.1995; 12(2):100-3.
- Humphris, Gerry, and Margaret S. Ling. (2000). *Behavioural Sciences for Dentistry*. 1st edition, Churchill Livingstone.
- Husain, F. A., & Tatengkeng, F. (2017). *Oral health-related quality of life appraised by OHIP-14 between urban and rural areas in Kutai Kartanegara Regency, Indonesia: Pilot pathfinder survey*. The open dentistry journal, 11, 557.
- Inglehart MR, Bagramian RA.(2002). *Oral health-related quality of life*. Carol Stream, IL Quintessence Publishing Co, Inc;. pp. 29–45.
- Inglehart MR, Bangramian RA. (2002). *Oral Health Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago: 13-28.
- Inglehart MR.(2015). *Enhancing Periodontal Health Through Regenerative Approaches: A Commentary on the Need for Patient-Reported Outcomes*. J Periodontol; 86(2): 4-7.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- İlgüy D. , İlgüy M., Dinçer S, Bayirli G.(2005). *Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients*. J Int Med Res; 33(2):252-9.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). *Sex differences in anxiety disorders: A review*. J Psychiatry Depress Anxiety, 4, 012.
- Johansson, V., Axtelius, B., Söderfeldt, B., Sampogna, F., Paulander, J., Sondell, K. (2010). *Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life*. Community dentistry and oral epidemiology, 38(5), 436-444.
- Kamel A. M., Al-Harbi A. S., Al-Otaibi, F. M., Al-Qahtani, F. A., Al-Garni, A. M. (2019). *Dental anxiety at Riyadh Elm University Clinics*. Saudi Journal of Oral Sciences, 6(2), 101.
- Kanegane K, Penha SS, Munhoz CD, Rocha RG.(2009). *Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care*. J Oral Sci.; 51:515–20.
- Kindig DA, Booske BC, Remington PL. (2010) Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis* 7(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0019.htm.
- Klages U, Kianifard S, Ulusoy Ö, Wehrbein H.(2006). *Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures*. Community Dent Oral Epidemiol 34(2):139-45.
- Klepac RK, Dowling J, Hauge G.(1982). *Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: Reactions to pain*. J Behav Ther Exp Psychiatry 13(4):293-300.
- Kumar, S., Bhargav, P., Patel, A., Bhati, M., Balasubramanyam, G., Duraiswamy, P., Kulkarni, S. (2009). *Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India*. Journal of oral science, 51(2), 245-254.
- Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, Hausen H.(2007). *Dental fear among population aged 30 years and older in Finland*. Acta Odontol Scand; 65(2):97-102.)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Lang PJ. (1979). *A bio-informational theory of emotional imagery*.
Psychophysiology; 16(6):495-512.
- Lawrence, H. P., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., Poulton, R. (2008). *Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds*. Community dentistry and oral epidemiology, 36(4), 305-316.
- Levato C.(1998). *Giving the Wand a shot*. Dental Practice & Finance.
- Levin, L., Zini, A., Levine, J., Weiss, M., Lev, R. A., Hai, A., Almoznino, G. (2018). *Dental anxiety and oral health-related quality of life in aggressive periodontitis patients*. Clinical oral investigations, 22(3), 1411-1422.
- Liddell A, Locker D.(1997). *Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control*. Community dentistry and oral epidemiology. 25: 314-318.
- Lipp M, Dick W, Daublander M, Bertram M.(1991). *Different information patterns and their influence on patient anxiety prior to dental local anesthesia*. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir; 15(6):449-457.
- Locker D, Allen F.(2007). *What do measures of “oral health-related quality of life” measure?* Community Dent Oral Epidemiol; 35(6): 401-411. 18.
- Locker D, Liddell A.(1992). *Clinical correlates of dental anxiety among older adults*. Community Dent Oral Epidemiol; 20(6):372-5.
- Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrance H, Payne B. (2001). *Comparison of the GOHAI and the OHIP-14 measures of the oral health related quality of life of the elderly*. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:373-381
- Locker D.(2003). *Psychosocial consequences of dental fear and anxiety*.
Community Dent Oral Epidemiol;31(2):144-51.
- Locker, D. (1997). *Concepts of oral health, disease and the quality of life. Measuring oral health and quality of life*, 11, 24.
- Malvania, E. A., Ajithkrishnan, C. G. (2011). *Prevalence and socio-demographic correlates of dental anxiety among a group of adult patients attending a dental institution in Vadodara city, Gujarat, India*. Indian Journal of Dental Research, 22(1),179.
- Mathur, M. D. S., Chopra, M. D. S. (2013). *Ethical issues in modern day dental practice*. Online Journal of Health Ethics, 8(2), 3.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mohammed, R. B., Lalithamma, T., Varma D. M., Sudhakar, K. N. V., Srinivas, B., Krishnamraju, P. V., Shaik, A. B. (2014). *Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India*. Journal of natural science, biology, and medicine, 5(2), 409.
- Moore R, Brødsgaard I, Rosenberg N.(2004). *The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: A qualitative research study*. BMC Psychiatry; 4(1):10.
- Mosby's medical dictionary, 9th edition.2009 Elsevier.
- Mumcu, G. O. N. C. A., Inanc, N., Ergun, T., Ikiz, K., Gunes, M., Islek, U., Direskeneli, H. (2006). *Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease*. Oral diseases, 12(2), 145-151.
- Ng, S.K., Leung, W.K. (2007). *A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life*. Community Dentistry Oral Epidemiology, 36:347-356
- Ng, S. K., Leung, W.K. (2006). *Oral health-related quality of life and periodontal status*. Community dentistry and oral epidemiology, 34(2), 114-122.
- Nicolas, E., Collado, V., Faulks, D., Bullier, B., Hennequin, M. (2007). *A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population*. BMC oral health, 7(1), 12.
- Oktay EA, Koçak MM, Şahinkesen G, Topçu FT.(2009). *The role of age, gender, education and experiences on dental anxiety*. Gulhane Med J.; 51: 145-148.
- Oss, A. (2018). *Anxiety Disorders: The Basics - Generalized Anxiety Disorder, PTSD, Panic Disorder, and Phobias*. Retrieved from <http://cpancf.com/anxietydisordersbasics.html>
- Oyapero, A., Edomwonyi, A., & Akinola, T. O. (2015). *Oral Health Related Quality of Life of Patients with Disability Attending a Public Physiotherapy Clinic in Lagos, Nigeria*. J Oral Hyg Health, 3(182), 2332-0702.
- Owczarek, K. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3), 207-213.
- Ozlek, E., Yıldırım, A., Koc, A., Boysan, M. (2019). *Socio-Demographic Determinants of Dental Anxiety and Fear Among College Students*. Eastern Journal of Medicine, 24(2), 169-175.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Patrick, DL, Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Oxford University Press, New York.
- Peacock, S., & Patel, S. (2008). *Cultural influences on pain*. *Reviews in pain*, 1(2), 6-9.
- Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. (2007). *Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland*. *Acta Odontol Scand*; 65(4):224-30.
- Radillo, B. E., Tórrez López, T. M., Aguilera Velasco, M. D. L. Á., Acosta Fernández, M., González Perez, G. J. (2008). *Stress-associated factors in Mexican dentists*. *Brazilian oral research*, 22(3), 223-228.
- Rafique, S., Banerjee, A., & Fiske, J. (2008). *Management of the petrified dental patient*. *Dental Update*, 35(3), 196-207.
- Ramdurg, V., Ramdurg, P. (2014). *Act without Fear or Favor: Ethics in Dentistry*. *Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research*, 48(4), 186.
- Saatchi, M., Abtahi, M., Mohammadi, G., Mirdamadi, M., Binandeh, E. S. (2015). *The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran*. *Dental research journal*, 12(3), 248.
- Saintrain, M. V. L., Freitas, S. K. S., Dias, A. A., Freitas, L. P., Pequeno, L. L. (2016). *Comparison of ohip-14 and gohai measures in relation to sociodemographic factors in older people*. *Int J Res Stud Bioci*, 4(8), 22-30.
- Sanikop, S., Agrawal, P., Patil, S. (2011). *Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling*. *Journal of oral science*, 53(3), 341-348.
- Santos, C. M. D., Oliveira, B. H. D., Nadanovsky, P., Hilgert, J. B., Celeste, R. K., & Hugo, F. N. (2013). *Oral Health Impact Profile-14: ¿ una escala unidimensional?* . *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 749-757.
- Santucci, D., & Attard, N. (2015). *The oral health-related quality of life in state institutionalized older adults in Malta*. *Int J Prosthodont*, 28(4), 402-11.
- Schienle A, Scharmuller W, Leutgeb V, Schafer A, Stark R. (2013). *Sex differences in the functional and structural neuroanatomy of dental phobia*. *Brain structure & function*. 218: 779-787.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Schuller AA, Willumsen T, Holst D.(2003). *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.
- Schuurs AH, Duivenvoorden HJ, Makkes PC, Velzen SKT, Verhage F.(1988). *Personality traits of patients suffering extreme dental anxiety.* Community Dent Oral Epidemiol; 16(1):38-41.
- Silveira, M. F., Pinho, L. D., & Brito, M. F. S. F. (2019). *Validity and Reliability of the Oral Health Impact Profile Instrument (OHIP-14) in Adolescents.* Paidéia (Ribeirão Preto), 29.
- Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). *Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications.* Journal of dental research, 90(11), 1264–1270. doi:10.1177/0022034511399918
- Slade G.D. (1997). *Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.* J Community Dent Oral Epidemiol 25:284–290
- Slade, G. D. (2002). *Assessment of oral health related quality of life.* Oral health-related quality of life.
- Spielberger, C. D. (2010). *State-Trait anxiety inventory.* The Corsini encyclopedia of psychology, 1-1.
- Stabholz A, Peretz B.(1999). *Dental anxiety among patients prior to different dental treatments.* Int Dent J; 49(2):90-4.
- Şimşek N., ve İspir S. (2019). *Diş Hekimliğinde Anksiyete.* kd Med J; 1: 15-20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328811155_Dis_Hekimliginde_Anksiyete
- Taani, D. M. Q. (2001). *Dental fear among a young adult Saudian population.* International dental journal, 51(2), 62-66.
- Teixeira, M. F. N., Martins, A. B., Celeste, R. K., Hugo, F. N., & Hilgert, J. B. (2015). *Association between resilience and quality of life related to oral health in the elderly.* Revista Brasileira de Epidemiologia, 18, 220-233.
- Testa MA, Simonson DC. (1996). *Assessment of quality of life outcomes.* New England Journal of Medicine. 334(13): 835-840.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Thomson WM, Locker D, Poulton R.(2000). *Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience*. Community dentistry and oral epidemiology; 28: 289-294.
- Torrance, G. W. (1986). *Measurement of health state utilities for economic appraisal*. A review, Journal of Health Economics, 5: 1–30.
- Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. (2005). *Reliability and validity of the modified dental anxiety scale (MDAS) in a Turkish population*. Community Dent Oral Epidemiol;33:357-62.
- Van S., A. F. W., De Vries, J., Roukema J. A. (2004). *Quality of life and health status in breast carcinoma*. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 30(10), 1051-1057
- Vassend, O., Røysamb, E., & Nielsen, C. S. (2011). *Dental anxiety in relation to neuroticism and pain sensitivity*. A twin study. Journal of anxiety disorders, 25(2), 302-308.
- Vermaire, J. H., De Jongh, A., & Aartman, I. H. (2008). *Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment*. Community dentistry and oral epidemiology, 36(5), 409-416.
- White, A. M., Giblin, L., & Boyd, L.D.(2017).*The prevalence of dental anxiety in dental practice settings*.American Dental Hygienists' Association, 91(1),30-34.
- WHOQOL (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med 41:1403-1409
- Wisløff T, Vassend O, Asmyhr O.(1995). *Dental anxiety, utilisation of dental services, and DMFS status in Norwegian military recruits*. Community Dental Health; 12(2):100-3.
- Wu, Z., Penning, M. J., Pollard, M. S., Hart, R. (2003). *In sickness and in health Does cohabitation count?*. Journal of Family Issues, 24(6), 811-838.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

www.communitylivingbc.ca/projects/quality-of-life/what-is-quality-of-life/ (Erişim tarihi: 25.05.2020)

www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=210 (Erişim tarihi: 15.09.2020)

Yao, K., Yao, Y., Shen, X., Lu, C., Guo, Q. (2019). *Assessment of the oral health behavior, knowledge and status among dental and medical undergraduate students: a cross-sectional study*. BMC oral health, 19(1), 26.
doi:10.1186/s12903-019-0716-6.

Yıldırım T., Kaya A.F., Uysal E.(2013). *Diş Hekimi Korkusu ile Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Diş Hekimine Gitme Sıklığı, Eğitim, Sosyo-Ekonomik ve Periodontal Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Türkiye Klinikleri J Dental Sci;19(2):77-85

Yüzügüllü, B., Gülşahi, A., Çelik, Ç.,Bulut, S. (2014). *Dental anxiety and fear: relationship with oral health behavior in a Turkish population*. International Journal of Prosthodontics, 27(1).

Zabirunnisa, M., Gadagi, J. S., Gadde, P., Myla, N., Koneru, J., Thatimatla, C. (2014). *Dental patient anxiety: Possible deal with Lavender fragrance*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199191/>.

