

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

PERİODONTİTİS ŞİDDETTİNİN YAŞAM KALİTESİNDEKİ DEĞİŞİM
ÜZERİNE ETKİSİNİN AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ (OHIP-14) VE
DENTAL HİJYEN KORKU SKALASI (DHKS) İLE İLİŞKİLENDİRİLEREK
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

RESÜL ÇOLAK

ZONGULDAK

2020

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI

PERİODONTİTİS ŞİDDETTİNİN YAŞAM KALİTESİNDEKİ DEĞİŞİM
ÜZERİNE ETKİSİNİN AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ (OHIP-14) VE
DENTAL HİJYEN KORKU SKALASI (DHKS) İLE İLİŞKİLENDİRİLEREK
İNCELENMESİ

RESÜL ÇOLAK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. M.İNANÇ CENGİZ

ZONGULDAK

2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında büyük bir sabır ve titizlikle bana yardımcı olan, deneyimleri ile yolumu aydınlatan, her konuda anlayış ve hoşgörüsü ile desteğini hissettiğim samimiyeti ve enerjisi ile bana güç veren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. M. İnanç CENGİZ,

Uzmanlık eğitim sürecime olan katkılarından dolayı değerli hocam Sayın Doç. Dr. Umut BALLI'ya,

Uzmanlık eğitimimin başından sonuna her anımda yanımda olan desteğini ve samimiyetini her zaman fazlasıyla hissettiğim, azmine ve çalışkanlığına hayranlık duyduğum Birsen KORKMAZ'a

Uzmanlık eğitimim süresince kendisini bir arkadaş bir abi olarak gördüğüm, gülyüzünü ve gevezeliğime karşı sabrını her zaman koruyan, çizgisini geldiği ilk günden bu yana hiç bozmayan Araş. Gör. Rahmi KORKMAZTÜRK'e

Tez yazım sürecimde göstermiş olduğu çabasıyla ve klinik ortamda bana göstermiş olduğu katkılarından dolayı sevgili Merve KÜÇÜKOĞLU'na

Uzmanlık eğitimim boyunca gülyüz ve samimiyetini eksik etmeyen değerli asistan arkadaşlarıma,

Zonguldak'ta geçirmiş olduğum üç yıl gibi kısa bir sürede en değerli kazanım olarak gördüğüm, her anımda yanımda olan değerli arkadaşlarım Fatih EROL ve Berna ERTÜRK'e

Tüm hayatımda olduğu gibi eğitim hayatım boyunca da bana karşı hep anlayışlı, yol gösterici olan ve desteklerini her zaman en kalbi duygularla hissettiğim, başta annem olmak üzere canım aileme,

İçtenlikle teşekkürlerimi, sevgi ve saygılarımı sunarım...

Resül ÇOLAK
ZONGULDAK, 2020

ÖZET

Resül ÇOLAK, Periodontitis Şiddetinin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) ve Dental Hijyen Korku Skalası (DHKS) ile İlişkilendirilerek İncelenmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Periodontoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2020.

Bu çalışmada kronik periodontitis şiddetinin yaşam kalitesindeki değişim üzerine etkisinin demografik faktörler ve diş hekimliği uygulamalarına karşı gelişen korkuyla ilişkilendirilerek incelenmesidir. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine tedavi amacıyla başvuran sistemik sağlıklı, 18 yaşından büyük 999 bireye sosyodemografik veriler ve oral hijyen alışkanlıklarını değerlendiren anket formu, OHIP-14 ve DHKS içeren form doldurtuldu. Bu bireylerin periodontal durumlarını belirlemek amacıyla plak indeksi (PI), gingival indeksi (GI), cep derinliği (CD) ve klinik ataşman seviyesi (KAS) ölçümleri yapılarak sağlıklı, başlangıç-orta periodontitis, şiddetli-ilerlemiş periodontitis olmak üzere üç gruba ayrıldı. Bireylerin periodontal durumu, yaşam kalitesi ve diş hekimi korkusunun ilişkisi değerlendirildi. Değerlendirilen bireyler arasında medeni durum, eğitim durumu ve aylık gelir ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ancak cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kronik periodontitis şiddetiyle OHIP-14 değerlerinde artış gözlenmiştir. Yaşam kalitesinin periodontal hastalık şiddetiyle, sosyodemografik faktörlerden ağız bakım alışkanlıklarının yetersizliğiyle düşüş meydana geldiği gözlenmiştir. OHIP-14 ve DHKS değerleri arasında pozitif korelasyon belirlendi. Yaşam kalitesi ile kronik periodontitis arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Yaşam kalitesi ile medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, yaş, ağız bakım alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diş hekimi korkusuyla yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

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

ABSTRACT

Resül ÇOLAK, Examining the effect of periodontitis severity on the change in quality of life by associating it with the oral health impact scale (OHIP-14) and dental hygiene fear scale (DHKS). Bülent Ecevit University, Faculty of Dentistry, Department of Periodontics, Master's Thesis, Zonguldak, 2020.

The aim of this study is to investigate the effect of chronic periodontitis severity on the change in quality of life by associating it with demographic factors and fear of dentistry practices. Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Dentistry, a questionnaire form evaluating sociodemographic data and oral hygiene habits with OHIP-14 and DHKS forms, was filled for 999 individuals aged 18 years who applied to the Periodontology Clinic for treatment. In order to determine the periodontal status of these individuals, plaque index (PI), gingival index (GI), pocket depth (CD) and clinical attachment level (KAS) were measured and divided into three groups as healthy, Initial- Moderate periodontitis and severe-advanced periodontitis. Periodontal status of individuals, quality of life and relationship between fear of dentist were evaluated. There was a significant relationship between the individuals evaluated, marital status, educational status and monthly income and quality of life, but no significant relationship was found between gender and quality of life. An increase in OHIP-14 values was observed with the severity of chronic periodontitis. It has been observed that the quality of life decreases with periodontal disease severity, insufficiency of oral care habits, which are among the sociodemographic factors. A positive correlation was determined between OHIP-14 and DHKS values. A significant relationship was observed between quality of life and chronic periodontitis. A significant relation was found between quality of life and marital status, educational status, monthly income, age, and oral care habits. A positive relationship was found between dentist fear and quality of life.

Key Words: Chronic periodontitis severity, Quality of Life, OHIP-14, DHKS

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	3
2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	4
2.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri.....	7
2.3.1. Genel Ölçüm Yöntemleri.....	7
2.3.2. Spesifik Ölçüm Yöntemleri.....	7
2.4. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı.....	8
2.5. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	9
2.6. Ağız Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler.....	14
2.6.1. General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI).....	14
2.6.2. Oral Impacts on Daily Performance (Ağız-Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri) (OIDP).....	14
2.6.3. Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri (Dental Impact on Daily Living) (DIDL).....	15
2.6.4. Dental Impact Profile (Dental Etki Profili) (DIP).....	15
2.6.5. Ağız-Diş Sağlığının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri-Birleşik Krallık (Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom)(OHQoL-UK).....	16
2.6.6. Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile) (OHIP).....	16
2.7. Dental Anksiyete (Kaygı) –Korku.....	20
2.8. Diş Hekimi (Dental Hijyen) Korku Skalası.....	21
2.9. Sağlıkta ve Hastalıkta Periodontal Dokular.....	24

2.10. Gingivitis	24
2.11. Periodontitis.....	25
2.12. Periodontal Hastalıkların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	29
3.3. Verilerin Toplanması	31
3.3.1. Demografik Veriler, Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Dental Özgeçmiş	31
3.3.2. Ağız Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	31
3.3.3. Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi	31
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Demografik Veriler İle İlgili Sonuçlar	34
4.2. Ağız Bakım Alışkanlıkları, Sigara Kullanımı Alışkanlığı ve Diş Hekimine Gitme Sıklığının Değerlendirilmesi.....	35
4.3. Klinik Bulguların, DHKS Ve OHIP-14 Skorlarının Değerlendirilmesi	37
4.4. Klinik Periodontal Parametrelerin Demografik Veriler, Ağız Diş Sağlığı Alışkanlıkları, Sigara Kullanımı, OHIP-14 ve DHKS Verileriyle Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	40
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER	83
Ek 1. Etik Kurul Onayı	83
Ek 2. İntihal Beyan Formu	84
Ek 3. İntihal tespit program çıktısı	85
Ek 4. Tez Yazım Değerlendirme Formu	95
Ek 5. Anket Formu	96
9. ÖZGEÇMİŞ	99

SİMGELER VE KISALTMALAR

CD	: Cep derinliği
CPITN	: Toplumdaki periodontal tedavi gereksinimi indeksi
DGS	: Dental Güven Skalası
DHKS	: Dental Hijyen Korku Skalası
DIDL	: Dental Impact on Daily Living (Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri)
DIP	: Dental Impact Profili (Dental Etki Profili)
DKS	: Corah Dental Korku Skalası
DMF/T	: Çürük, kayıp, dolgulu diş sayısı
DSAE	: Durumluluk-Sürekli Anksiyete Envanteri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Gİ	: Gingival İndeks
GOHAI	: General (Geriatric) Oral Health Assessment Index
KAS	: Klinik Ataçman Seviyesi
OHIP	: Ağız Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile)
OHQoL-UK	: Oral Health Related Quality of Life (Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesi)
OIDP	: Oral Impact on Daily Performance (Günlük Performans Üzerine Ağız Etkisi)
Pİ	: Plak İndeksi
TME	: Temporomandibular eklem
ZBEÜ	: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Locker ağız sağlığı ölçüm modeli (Locker 1988)	10

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar (56)	13
2.2. OHIP-14 ölçeği.....	19
2.3. Dental Hijyen Korku Skalası	23
2.4. Kronik periodontitis şiddetine göre sınıflandırılması.....	27
4.1. Gruplara göre demografik verilerin karşılaştırılması	35
4.2. Sigara kullanımının gruplara göre dağılımı.....	36
4.3. Ağız Bakım Alışkanlıkları Ve Diş Hekimine Gitme Sıklığının Gruplara Göre Dağılımı.....	37
4.4. Gruplara göre OHIP, DHKS ve klinik bulguların karşılaştırılması	40
4.5. Diş fırçalama sıklığı ve demografik verilerin karşılaştırılması	42
4.6. Diş hekimine gitme sıklığı ve demografik verilerin karşılaştırılması	43
4.7. En son diş hekimine gitme ve demografik verilerin karşılaştırılması	44
4.8. Demografik verilerin OHIP-14 ve DHKS ölçek değerleriyle karşılaştırılması ..	46
4.9. Ağız diş sağlığı alışkanlıkları ve sigara kullanımının OHIP-14 ve DHKS ölçek değerleriyle karşılaştırılması	48
4.10. OHIP, DHKS, klinik ölçümler, ilk diş hekimine gitme yaşı ve bireylerin yaşı arasındaki ilişkisi	49

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık durumunu; yalnızca sakatlık ve hastalığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunması şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımlamayla birlikte sağlık alanında yapılan araştırmalarda yaşam kalitesi kavramı önem kazanmıştır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak ifade edilen yaşam kalitesi DSÖ'ye göre; bireylerin kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini göz önüne alan algıları şeklinde tanımlamaktadır (1).

Yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olan ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi bireyin; fonksiyonel, psikolojik, sosyal faktörler ve orofasiyal bölgede yaşadığı ağrı/rahatsızlık gibi tecrübeler sonucunda iyi olma halini nasıl değerlendirdiğini anlatan bir ifade şeklidir (2).

Daha çok kronik bir hastalık olup yaşam kalitesini etkilediği düşünülen periodontitis dental plak mikroorganizmaları, plak mikroorganizmalarının metabolik ürünleri ve bunlara karşı konak immün sisteminin oluşturduğu yanıtla gelişen; kemik ve bağ dokusu yıkımını takiben diş kaybıyla sonuçlanan inflamatuvar bir hastalıktır. Periodontitiste cep formasyonu, dişeti çekilmesi, alveolar kemik kaybı, dişlerde mobilite gibi klinik bulgular mevcuttur. Periodontitis oluşumunda çok sayıda lokal ve sistemik faktör rol oynasa da primer etyolojik ajan mikrobiyal dental plaktır (3, 4).

Periodontitiste; primer etyolojik faktör dental plak kabul edilse de hastalıkların başlaması ve ilerlemesinde psikosozal faktörlerin etkileri bilinmektedir (5). Periodontal hastalığa bağlı dişetlerinde kanama ve kötü ağız kokusunun yanı sıra dişeti çekilmesi, dişlerde sallanma, diş hassasiyetine ve birtakım davranışsal kısıtlıklara ya da duygusal rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Periodontal hastalıklar yaşam kalitesini etkileyebilir ve ayrıca dental anksiyete ile ilişkili olabilir (6).

Bu nedenle periodontal hastalık ve tedavisinin değerlendirilmesinde ataçman kazancı, sondalama derinliğinin azalması, sondalamada kanamanın olmaması gibi

linik parametrelerin incelenmesinin yanında hastalığın hasta algısı yönünden incelenmesinde yarar vardır. Böylece hastalığın klinik parametreler ile idamesi bir yana hasta odaklı bir tedavi ve takip sürecini beraberinde getirmesi mümkündür. Hasta odaklı değerlendirmelerin, periodontal hastalıktaki objektif değişikliklere göre bireylerin günlük yaşantısı üzerinde daha anlamlı olduğuna yönelik çalışmalar bildirilmiştir (7, 8, 9, 10, 11). Bununla birlikte yapılan çalışmalara göre toplumun büyük bir kısmı diş tedavileriyle ilgili değişen oranlarda korku yaşamaktadır (12, 13).

Dental tedavilerde kullanılan aletler, tedavi prosedürleri gibi sebeplere bağlı gelişen bu korku psikolojik ve duygusal uyarılar sonucu oluşmaktadır (14). Dental korku sonucunda bireylerde ağız sağlığını kötüleşmesine neden olabilecek şekilde tedavilerini aksatma, utanç ve toplumsal izolasyon gibi duygusal bozukluklar oluşabilmektedir ve bu durumla ilişkili olarak yaşam kalitesinde düşüş mümkün olabilmektedir (15).

Bu çalışmamızdaki amacımız; periodontitis şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin OHIP-14 ölçeği ve DHKS ölçeğini kullanarak diş hekimine karşı gelişen korkuyla ilişkilendirerek incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

“Yaşam kalitesi” kavramı tarihin çok eski zamanlarına dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluktan ve “iyi bir yaşam” için gerekli olan faktörlerden bahsetmiştir. Aristo ve pek çok filozofun ortak görüşüne göre yaşamın temel amacı, en yüksek seviyeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Bu hedefe ulaşan kişiler de en yüksek yaşam kalitesine sahip olmaktadır (16).

Tıp alanında ise, Hipokrat tarafından hekimlere öğretilen ilk ilke hastaların iyileştirilmesi ve şikâyetlerinin giderilmesi mümkün olabildiğince iyilik durumunun en üst seviyeye çıkarılması olmaktadır (17). Buna karşın tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long tarafından 1960 yılında yayınlanan “On the Quantity and Quality of Life” adlı makalesinde bahsedilmektedir (18).

1948’de DSÖ sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın varlığı olarak tanımladığında yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmaları için önem kazanmıştır.

Yaşam kalitesinin, günümüzde tüm araştırmalarda kabul görebilecek tek bir tanımlama bulunmamaktadır. Fakat bütün tanımlardaki ortak nokta ise insan faktörü ve onun öznel değerlendirme sistemidir (19). Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini “ bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak ifade etmektedir (20).

Bu konuda önemli olan husus, bireyin yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için temel teşkil eden standartların dışarıdan bir müdahale olmaksızın, yaşamını tümüyle kendisinin değerlendirmesi ve bu değerlendirmenin devamlılığının olmasıdır (21).

Yaşam kalitesi kavramı temelde dört ana alanda değerlendirilmektedir (22, 23);

A. Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkabilme becerisi vb.)

B. Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, çalışma durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)

C. Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)

D. Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, eğitim, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım vb.).

Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali olarak ifade edilen yaşam kalitesi kavramı sübjektif ve objektif bileşenler ile ele alınması gereken çok yönlü bir olgudur. Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, eğitim, yeterli ve dengeli beslenme, psikolojik doyum, bağımsızlık düzeyi, sosyal yaşama ve ilişkilere aktif katılım, entelektüel gelişim, cinsiyet eşitliği, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve güvenlik içinde yaşama gibi sübjektif ve objektif bileşenleri içinde barındırmaktadır (24).

2.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Toplum sağlığındaki değişikliklerin değerlendirilmesinde basit ölüm oranları gibi ölçümler yetersiz kalması morbidite ve biyolojik işleyişin ötesinde ölçümler yapılması ihtiyacını doğurmuştur (25, 26). Bu bağlamda bireylerin veya toplumun sağlığının veya sağlık hizmetlerinden oluşabilecek fayda ve zararların doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin ölçülmesine olan ilgi artmıştır (27).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi yaşam kalitesinin tamamlayıcı bir alt bileşenidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili doğrudan ya da dolaylı olarak birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesinde olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul gören evrensel bir tanımlama yoktur (20).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı kişinin hastalığını ve tedavisini nasıl algıladığına odaklanan bir kavramdır (28). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok yönlü ve sübjektif yönünü Patrick ve Ericson ‘sosyal fırsatların, algıların ve fonksiyonel durumların ve ayrıca hastalıklar, yaralanmalar ve tedavilerle etkilenen bozulmaların şekillenerek yaşam süresine verilen önem’ şeklinde tanımlamışlardır (29).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçütleri sağlıkla ilgili olumlu tanımlamaları ölçme, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, tedavi gerekliliği ve tedavi sonrası sonuçların değerlendirilmesi, klinik tedavilerin planlanması gibi sebeplerle geliştirilmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin kullanım alanı (27);

- Hastaların klinik tedavilerinde psikososyal problemlerin belirlenmesi
- Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının karşılaştırılması
- Toplumların sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi
- Klinik çalışmaların yürütülmesi
- Maliyet analizlerinin yapılması şeklinde bildirilmektedir.

Sağlık ve hastalık, yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve Locker sağlık problemlerinin yaşam kalitesini etkileyeceğini savunmuştur fakat bu durum kaçınılmaz bir sonuç değildir. Bunun anlamı kronik hastalıklara bağlı engellilik, bozukluk duygusuna sahip olan kişilerin yaşam kalitelerinin sağlıklı olan bireylere göre daha iyi olduğu kanısına sahip olabilmeleridir. Yani sağlığın yetersizliği veya hastalığının olması kötü yaşam kalitesine sahip olmanın kaçınılmaz olduğu anlamına gelmemektedir.

Alison ve ark. bu durumu sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin dinamik bir yapıya sahip olduğu ve adaptasyon, başa çıkma, kendini kontrol etme, belirsizlik, benlik kavramı, beklentiler, iyimserlik gibi olgularla zamanla değişebileceğini vurgulamıştır (30).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi objektif ve sübjektif göstergeden oluşmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en temel objektif göstergeleri: kişinin hangi koşulda olursa olsun koşma, yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi dayanıklılık gerektiren günlük fiziksel aktivitelerini yerine getirebilme becerisi ve kişisel bakımının yeterli seviyede olması sayılabilir (31).

Bunlara ek olarak bireyin sağlık güvencesine sahip olması önemli bir objektif göstergedir ve yaşam kalitesine yönelik olumlu etkilerinin olduğuna yönelik çalışmalar bildirilmiştir (32, 33). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en temel sübjektif göstergeleri ise; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel görüşleridir (34).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümlerinin yapıldığı çalışmalarda çeşitli bedensel rahatsızlıkların ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir (35, 36). Vural ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Ancak yapılan çalışmalarda çoğunlukla özellikle kronik hastalıkların önlenmesinde en önemli faktörlerden birisi olan aktif yaşam biçiminin (fiziksel aktivite) yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (37, 38).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramının kişiden kişiye, toplumdaki topluma ya da aynı hastalığa sahip kişilerde dahi farklı sonuçlar vermesi neticesinde hastanın değerlendirmeyi yapacak en doğru kişinin kendisi olduğu varsayılmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alanlarını DSÖ'nün tanımlamasına da uygun olarak 1996 da Spilker belirlemiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi alanları;

- Fiziksel durum
- Psikolojik durum
- Sosyal etkileşim
- Ekonomik ve/veya mesleki konum
- Dini ve/veya manevi durum olarak önermiştir.

Bireyin sağlık ya da hastalık durumunu nasıl algılandığına yönelik kendisine yönelik yaklaşım hastalık önleyici programların geliştirilmesi, kaynakların dağıtılması, sağlığın iyileştirilmesi anlamında önemli bir yere sahiptir (39).

2.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçüm Yöntemleri

2.3.1. Genel Ölçüm Yöntemleri

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan indeks ve profil ölçekleri yapılan araştırmanın türüne göre genel ve spesifik ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (40). Genel ölçekler hali hazırda ulaşılabilir olmalarıyla birlikte yaşam kalitesini geniş boyutta özetlemeyi sağlayan ölçeklerdir (41).

Bu ölçekler, farklı hastalık türlerine, tedavilere ya da sağlık uygulamalarına ve farklı demografik ve kültürel özelliklere sahip bireylere uygulanabilmektedir (42). Genel ölçekler ağız sağlığı ile ilişkili konular gibi belirli bir hastalık durumunun incelenmesinde yetersiz kalabilmektedir. Genel ölçeklere örnek olarak Short Form 36-item Health Survey, Sickness Impact Profile ve The Nottingham Health Profile gösterilebilir (43).

2.3.2. Spesifik Ölçüm Yöntemleri

Spesifik ölçekler ise, çalışılan alana özgü yalnızca bir bakış açısına odaklanan ölçeklerdir. Bu ölçekler belirli bir hastalığa, topluma, işleve ya da probleme bağlı olarak oluşturulabilmektedir (41, 42). Spesifik ölçekleri, hastalık ve semptomla yönelik olarak değerlendirmek mümkündür. Hastalık spesifik ölçekler: Functional Living Index, Rotterdam Symptom Checklist, QL Index ve Cancer Rehabilitation Evaluation System olarak örnek verilebilir.

Semptom spesifik ölçekler ise: Gastrointestinal Symptom Rating Scale ve McGill Pain Questionnaire şeklinde sıralanabilir. Hastalığa ya da hastalığın semptomlarına yönelik ölçeklerin kullanımı hastalığın etkilerinin yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirilmesi anlamında genel ölçeklere göre daha önemlidir (44, 45).

2.4. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı

Ağız-diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (46). Ağız sağlığı, genel sağlığın ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin önemli ve bütünleyici bir kısmıdır. Bireyin yemek yeme, konuşma, görünüm ve sosyal durumunu etkileyen yaşam kalitesinin de önemli bir belirleyicisidir (47).

Ağız sağlığı yaşam kalitesini etkiler ve genel sağlık ve refahın optimal bir duruma ulaşmasında birincil rol oynar. Ağız boşluğundaki patolojik değişiklikler özgüven, sosyal etkileşim, okul ve iş performansı gibi sosyal yaşamın tüm yönlerini etkileyebilecek fonksiyonel ve estetik sınırlamalara yol açarak yaşam kalitesinde düşüşe sebep olabilir (48).

Bu nedenle araştırmacılar ağız sağlığı durumunu genel sağlık durumu ve yaşam kalitesiyle ilişkisini vurgulamak amacıyla ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramını geliştirmişlerdir (49). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, bireyin öznel ağız sağlığını değerlendirmede fonksiyonel ve duygusal iyi olma halini, beklentilerini, tedavi ve zaman içinde kendini anlama konusunda memnuniyetini içeren çok boyutlu bir kavramdır (50).

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramı bireyin, ağız sağlığının kendi genel sağlığını ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini kişisel olarak algılamasıdır. Başka bir deyişle bireyin fonksiyonel, psikolojik, sosyal faktörler ile birlikte yalnızca orofasiyal bölgede yaşadığı ağrı ve rahatsızlık gibi tecrübeler sonucunda iyi olma halini nasıl değerlendirdiğini anlatan bir ifade şeklidir (2, 51).

İlk kez ağız-diş sağlığı ile yaşam kalitesi kavramı İkinci Dünya Savaşında ele alınmış, karşılıklı altı dişin varlığının oral fonksiyonların yerine getirilebilmesi için yeterli bir belirleyici olduğu belirtilmiş ve sunulan hizmetlerin uygunluğu için kullanılmıştır (39). 1980 ve 1990 yılları arasında ağız ve diş sağlığına özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirilmesi için metodolojik çalışmalar yapılmıştır. 1996 yılında ise, bu alanda yapılmış olan metodolojik araştırmalar üzerine ilk uluslararası konferans düzenlenmiştir (52).

Diş çürüğü veya periodontal hastalıklar gibi ağız hastalıkları toplumda oldukça sık görülmekte ve bunun sonucunda bireylerin yaşamına yalnızca fiziksel olarak değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan da etkileri bulunmaktadır (39). Reisine ağız hastalıklarının sosyal ve psikolojik etkilerine yönelik kapsamlı bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulanmıştır (53, 54). Reisine ve Weber temporomandibular eklem (TME) bozukluğu olan bireylerle kardiyak bozukluğu olan bir grup hastanın başlangıç yaşam kalitesi skorlarını karşılaştırmış ve TME problemi olan hastaların uyku, dinlenme, sosyal etkileşim, iletişim gibi konularda daha fazla engelle karşılaştıkları sonucuna varmışlardır (55).

Reisine ile Gift'in yaptıkları bir çalışmada oral bozuklukların iş gücü kaybı ve sağlık maliyetleri açısından yılda ortalama 160 milyon çalışma saatinin harcandığı göstermişlerdir. Reisine yaptığı çalışmada ayrıca ağız sağlığı durumunun genel sosyal etkilerini incelemiştir ancak bireysel değerlendirme konusunda yeterince hassas olmamıştır (56).

2.5. Ağız ve Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Ağız ve diş hastalıklarının şiddeti ve prevalansı genel olarak klinik ya da istatistiksel indeksler ile ölçülmektedir. Kullanılan ölçümler ağız ve diş hastalıklarının toplumsal olarak belirlenmesi açısından önemli olmakla birlikte bireysel olarak ağız sağlığı durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerinin ve buna bağlı olarak yaşam kalitesiyle ilişkisinin belirlenmesi konusunda yetersiz kalmaktadır (56).

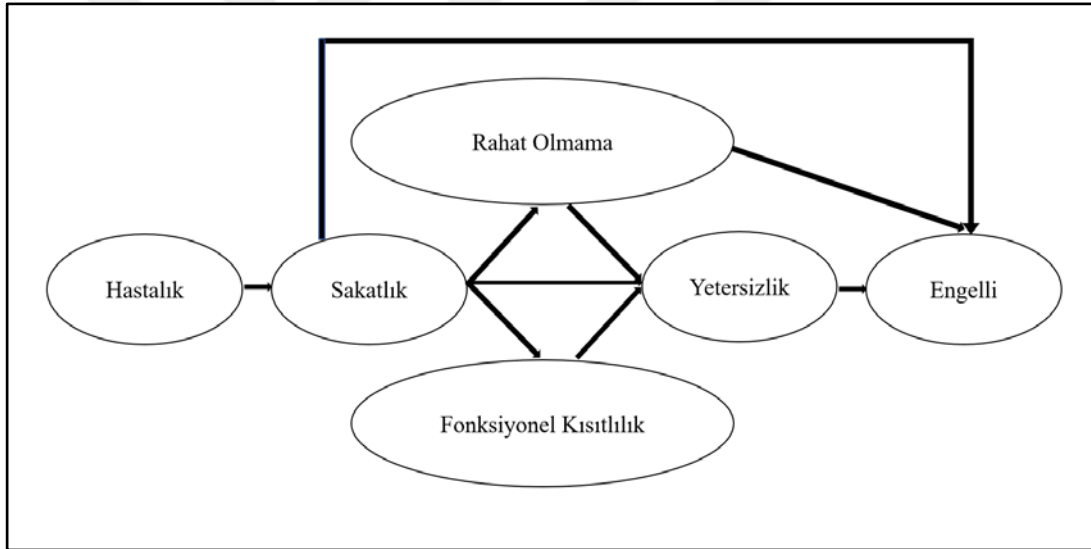
Ağız sağlığı durumunun hasta odaklı ölçümüne duyulan gereklilik ilk olarak Cohen ve Jargo tarafından yapılan çalışmada bildirilmiştir. Ağız sağlığını değerlendirirken yaşam tarzı, kültürel faktörler gibi sosyal belirleyicilerin (indikatörlerin) değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (57).

Cohen ve Jargon'nun yaptığı çalışmaya cevap olarak, Reisine'nin 1984 yılında yayınladığı çalışmasında ağız hastalıklarının sosyal etkisini tanımlamak için dental problemlere bağlı iş kaybı gibi sosyal belirleyicileri (indikatörleri)

kullanmışlardır. Bu çalışma ağız hastalıklarının toplumsal etkilerini ölçme açısından yararlı olmakla birlikte bireysel değerlendirme konusunda yetersiz kalmıştır (56).

Doğumsal problemler ve ağız kangreni (noma hastalığı) gibi hastalıklar birey üzerinde oldukça yüksek etkiye sahip iken, toplum üzerindeki kümülatif etkisi düşüktür; diş çürükleri, periodontitis gibi hastalıklar toplum üzerindeki kümülatif etkisi ise oldukça yüksektir (58).

Locker sağlığı DSÖ'nün bozukluk, yetersizlik ve sakatlık esasına dayalı bireysel seviyede değerlendiren kavramsal bir taslak geliştirmiştir. Locker tarafından oluşturulan modelde oral bozuklukların oluşturabileceği olası tüm fonksiyonel ve psikolojik sonuçlar incelenmektedir (Şekil 2.1) (50).



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

Bu modeldeki kavramların tanımı;

Fonksiyonel kısıtlılık: Fonksiyonel kısıtlılık vücudun bileşenlerinin veya organlarının beklenildiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanmaktadır.

Rahatsızlık: Hastalığa karşı verilmiş olan bir cevaptır. Hastaların ifade etmiş olduğu ağrı, rahatsızlık, fiziksel ya da psikolojik semptomlar örnek olarak gösterilebilir.

Sakatlık: Doğum sırasında veya sonrasında oluşan fiziksel, psikolojik veya anatomik yapının yokluğu veya anormalliği olarak tanımlanmaktadır. Dişsizlik, periodontal hastalık ve malokluzyonlar örnek gösterilebilmektedir.

Yetersizlik: Normal olarak kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir.

Eksiklik: Bireylerin bulunduğu grup içerisinde sosyal beklentileri yerine getirememesidir.

Locker'ın bu modeline göre dişlerini kaybeden insanlar vücutlarında bir parçayı kaybetmiş sayılırlar ve sakatlık hissine kapılırlar. Bu durum da bireylerin yemek yeme, konuşma gibi günlük aktivitelerin yapılmasını engelleyerek yetersizlik duygusu yaratır (56).

Locker'ın bu kavramsal modeli ile birlikte ağız sağlığı biyolojik seviyeden davranışsal ve sosyal seviyede olan etkilerinin analizini sağlayan, inceleyen çalışmalara öncülük etmiştir (30, 56). Locker'ın kavramsal taslağından önce oral sağlık sonuçlarını ölçmede Sickness Impact Profile (SIP) kullanılmaktaydı. Reisine tarafından oluşturulan bu ölçek sağlık durumunun jenerik ölçümünü yapmaktaydı ancak tüm ağız hastalıkları konusunda yeterince hassas değerlendirme yapma konusunda yetersiz olabiliyordu (56).

Hasta sonuçlarının kanıta dayalı uygulamaya dayanarak ölçülmesi, uygulama ve araştırma arasındaki boşluğu doldurarak önemli faydalar sağlar. Sağlık hizmetleri sonuçlarının ölçülmesi, sağlık sistemlerinin etkinliği ve verimliliğinin değerlendirilmesine katkıda bulunarak kanıta dayalı uygulamaları güçlendirir (59). Sağlık hizmeti sonuçlarının kanıta dayalı yaklaşımla ölçülmesi, hastanın algılanışına göre klinik sonuçları ve yaşam kalitesini (yaşam kalitesi) ve sağlık durumunu değerlendirmek için gereklidir. Hastaların klinisyenler tarafından değerlendirilmesi ve hastaların sağlıklarına ilişkin algıları, sonuç ölçümüne kanıt temelli yaklaşımla birlikte incelenmelidir (60).

Geleneksel diş hekimliği çalışmalarında diş çürüğü ve periodontal hastalıklar gibi oral patolojilerinin objektif olarak tanımlanması gibi konular ele alınmaktadır. Bunların ölçümleri için çürük/kayıp/dolgulu diş (DMF/T) ve Toplumdaki periodontal

tedavi gereksinimi indeksi (CPITN) gibi indeksler kullanılmaktadır. DMF/T ve CPITN gibi indeksler hastalıkların sadece ilerlediği dönemlerinde kullanılabilirlikleri için elde edilen bilgiler hastalıkların başlangıç dönemini içermemekte sadece mevcut durumun tespit edilmesini sağlamaktadır (61).

Steele ve ark. yaptıkları çalışmada yaş, mevcut diş sayısı ve kültürel geçmişin bireyin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu bildirmişlerdir. DMF/T ve CPITN gibi indeksler ile ağız sağlığının bireylerin sosyal hayatlarına ilişkin etkilerini ölçmede mümkün olmamaktadır (62).

Yapılan çalışmalarda diş çürüğü veya periodontal ataçman kaybı gibi dental hastalıkların objektif olarak ölçülmesinin, bireylerin hastalıklarını nasıl algıladığını yansıtmadığı için ağız-diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde etkili olmadığı gösterilmiştir (56, 63).

Bireylerin hastalıklarını nasıl algıladıkları ve hastalık durumunun varlığının, yokluğunun belirlenmesi sağlığın ve koruyucu programların geliştirilmesi, kaynakların doğru şekilde kullanılması açısından önemlidir. Slade ve Spencer özellikle toplumsal kaynaklar kısıtlı olduğunda, ağız-diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçümlerinin bireylerin sağlık ihtiyaçlarıyla ilgili algılarını anlamamızı sağlamak için kaynakların en isabetli uygulamalarda kullanılmasını sağlayacaktır (64).

Klinik uygulamalarda ihtiyaçların belirlenmesi, hastaların takibi ve tedavilerin seçimi gibi konularda önemli bir role sahip olan ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçekleri hedef gruplara en doğru yaklaşımlar geliştirilmesi mümkün kılabilir (56). Bu nedenle hastalıkların insanları nasıl etkilediklerinin ölçülmesi, epidemiyolojik olarak toplumdaki sıklıklarının ölçülmesi kadar belki de daha da önemlidir (41, 65).

Ağız sağlığın değerlendirilmesinde, en çok tartışılan konulardan birisi de hangi ölçeğin kullanılacağıdır. Teorik olarak bütün ölçeklerin geçerliliğinin ispatlandığı kabul edilse de çalışmalarda hangi ölçeğin kullanılacağı açıklığa kavuşturulmamıştır. Jenerik indeksler (Sickness Impact Profile gibi) kullanımıyla

farklı hasta grupları arasında karşılaştırma yapmak mümkün iken ağız sağlığının değerlendirilmesi konusunda yeterince hassas olamayacaktır. Spesifik indekslerin kullanımıyla ağız sağlığı ile ilişkili olarak yeterince hassas veriler elde edilmesi mümkündür.

Ağız dış sağlığı ile ilişkili araştırmacılar çeşitli ölçekler geliştirmişlerdir. Bu ölçekler (Tablo 2.1) (56);

Tablo 2.1. Ağız-dış sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ve bu ölçekleri geliştiren araştırmacılar (56)

ARAŞTIRMACILAR	KULLANILAN ÖLÇEKLER
Cushing ve ark, 1986	Diş Hastalıklarının Sosyal Etkisi (Social Impacts of Dental Disease)
Atchinson ve Dolan, 1990	Geriatrik Hastalarda Oral Sağlığı Değerlendirme İndeksi (Geriatric Oral Health Assessment Index) (GOHAI)
Strauss ve Hunt, 1993	Dental Etki Profili (Dental Impact Profile) (DIP)
Slade ve Spencer, 1994	Ağız-Dış Sağlığı Etki Profili (Oral Health Impact Profile) (OHIP)
Locker ve Miller, 1994	Sübjektif Oral Sağlık Durumu Göstergeleri (Subjective Oral Health Status Indicator)
Leao ve Sheiam, 1996	Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri (Dental Impact on Daily Living) (DIDL)
Adulyanon ve Sheiam, 1997	Ağız-Dış Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (Oral Impacts on Daily Performance) (OIDP)
McGrath ve Bedi, 2000	Ağız-Dış Sağlığının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri-Birleşik Krallık (Oral Health Related Quality of Life-UK) (OHQoL-UK)

Kullanılan ölçeklerin değişime olan duyarlılığını ölçmek karmaşık bir konudur. Uzun süre devam eden çalışmalarda değişimin değerlendirilmesi önemlidir ve sağlık durumunu değerlendiren ölçekler değişimi değerlendirme konusunda güncelliğini korumaktadır. Bu nedenle değişimin ölçekler kullanılarak nicel hale getirilmesi gerekmektedir (56).

Locker değişimin ölçülmesi için 4 farklı yöntem tanımlamıştır (66);

1. Ölçümden “önceki” ve “sonraki” değerlerin karşılaştırılması
2. Çalışma skorundan temel/norm skorun çıkartılmasıyla değişimin saptanması

3. Global değişim kararı/ yargısı

4. Global değişim ölçeği

Bu metotların hepsi çalışmalarda kullanılmaktadır; ancak evrensel olarak kabul edilen bir metot hala yoktur (43).

2.6. Ağız Diş Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Literatürde Sık Kullanılan Ölçekler

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

Geriatric Oral Health Assessment Index ilk kez Atchinson ve Dolan tarafından 1990 da yaşlı bireylerin ağız sağlığı ile ilgili problemlerin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (67). 12 maddeden oluşan indeks daha sonrasında general oral health assessment index şeklinde genel kullanım için yeniden adlandırılmıştır. 12 madde fiziksel fonksiyonların (iğneme, konuşma, yutkunma), psikososyal fonksiyonların (ağız sağlığı ile ilgili problemlerden dolayı sosyal iletişimden uzaklaşma, ağzı sağlığı ile ilgili memnuniyetsizlik kaygı, memnuniyetsizlik ve utanç duyguları) ve ağrı veya rahatsızlık boyutlarını ele almaktadır.

Katılımcılar her 12 öğe için son üç ay içindeki deneyimlerini beşli Likert tipi ölçümlerle (0=hi, 1=nadiren, 2=bazen, 3= sık, 4=ok sık, 5= her zaman) cevaplandırmaktadırlar ve 0-60 arasında bir skor elde edilmektedir. Düşük GOHAI skorları, zayıf ağız sağlığı ve genel sağlık algısıyla ilişkilendirilmektedir (68).

2.6.2. Oral Impacts on Daily Performance (Ağız-Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri) (OIDP)

OIDP yetişkinler için geliştirilmiş bir ölçektir ve çocuklarda da ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek için uyarlanmıştır (69, 70). Bu ölçek, Locker tarafından ağız sağlığı için uyarlanan DSÖ' nün engellilik sınıflamasına dayanmaktadır (50).

OIDP'nin kilit noktaları; bozukluklar, fonksiyonel kısıtlamalar, ağrı ve rahatsızlık, sakatlık ve engeldir. Bozukluklar hastalığın ani biyofiziksel sonuçlarıdır ve sıklıkla klinik göstergeler ile değerlendirilir; fonksiyonlar vücut bölümlerinin fonksiyonlarına atıfta bulunur (oral sağlık fonksiyonu [performans] = örneğin, yemek yeme); ağrı ve rahatsızlık semptomları açısından oral koşulların pratik yönünü ifade eder ve son olarak, sakatlık ve özürsüzlük, günlük faaliyetlerin gerçekleştirilememesi ve buna bağlı sosyal dezavantajları ifade eder (71).

Ağız sağlığının günlük aktiviteler üzerine etkisinin değerlendirilmesi, ağız sağlığı hizmetlerinin ve programlarının planlanması, organizasyonu, uygulanması ve değerlendirilmesi açısından önemlidir.

2.6.3. Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri (Dental Impact on Daily Living) (DIDL)

Ağız sağlığı durumunun günlük yaşam üzerine etkisini beş ayrı boyutta değerlendirmek için oluşturulan 36 maddeden oluşan bir ankettir. Kişinin ağız sağlığı durumuna göre yaşam kalitesine yansıyan psiko-sosyal sorunları değerlendiren bu beş boyut; konfor, dış görünüm, yemek yemede kısıtlılıklar, ağrı, performans şeklindedir (72). Boyutlara, konu tarafından algılanan etki ile orantılı olarak, 1'den 10'a kadar dereceli bir görsel ölçek kullanılarak değerlendirilmesi yapılmaktadır (73).

Bu indeksin başlıca avantajları, verilerin (bireysel öğeler, boyutlar veya toplam puan) üretilmesinde veya ortadan kaldırılması esnekliği ve her bir boyutun bireyin yaşamındaki gerçek önemini yansıtan boyutlara ağırlık atama dikkat etmesidir (74).

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

1993 yılında Strauss ve Hunt tarafından yaşlı bireyler üzerine yapılmış çalışmayla yayınlanmıştır. Bireylerin olaylar konusundaki algılarını değerlendiren bir ölçektir. Sağlık/iyilik hali, yeme içme, romantizm ve sosyal ilişkiler olmak üzere dört ana başlık ve 25 sorudan oluşmaktadır. Anketteki sorular 'Size göre dişlerinizin veya protezlerinizin yemek yemeniz üzerine pozitif (iyi), negatif (kötü) etkisi vardır ya da

hiçbir etkisi yoktur?’ şeklinde oluşmaktadır. Anketteki negatif veya pozitif cevapların yüzdesi toplanarak skorlanmaktadır (75).

2.6.5. Ağız-Diş Sağlığının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri-Birleşik Krallık (Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom)(OHQoL-UK)

McGrath ve Bedi tarafından geliştirilen bu ölçek ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkilerini hem pozitif hem de negatif alanda değerlendirmektedir. Ölçekte 4 farklı kategoriden oluşan 16 soru bulunmaktadır. Kategoriler mevcut semptom (2 soru) ve fiziksel (5 soru), psikolojik (5 soru) ve sosyal (4 soru) durumlardan oluşmaktadır (60).

OHRQoL-UK anketindeki sorular 1-5 arasında değerler ile (“Çok kötü” (puan 1), “kötü” (puan 2), “yok” (puan 3), “iyi” (puan 4) veya “çok iyi” (puan 5) gibi) likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. 16 sorunun skoru toplandığında 16-80 aralığında bir değer bulunmaktadır.

Ağız ve diş hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkilerinin, günlük yaşantıdaki sağlıklı durumun yaratmış olduğu pozitif etkilerden dolayı bireyler tarafından fark edilmesinde engel olduğu düşünülmüştür. Bu engel gerekçesiyle hem pozitif hem de negatif değerlendirme yapan OHRQoL-UK ölçeğinde elde edilen düşük skor ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi değerinin düşük olduğunu göstermektedir (60).

Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği Mumcu ve ark. tarafından yapılan çalışmada ispatlanmış ve rapor edilmiştir (76).

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

OHIP ölçeği, Locker’ın kavramsal modeline göre tasarlanıp Slade ve Spencer tarafından 1994 yılında Avustralya’da geliştirilmiştir (77). OHIP ölçeği DSÖ’nün de uluslararası ortamda kabul edip kullandığı en kapsamlı ve sübjektif araçtır (78). Locker’ın kavramsal modeline göre düzenlenen OHIP ölçeği 7 bölümün olduğu 49 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümler; fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik

rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve özür şeklindedir (77).

Anketteki sorular 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0= hiçbir zaman, 1= nadiren, 2= bazen, 3= sıklıkla, 4= çok sık) biri cevaplanarak Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Alınan skorların yüksek olması yaşam kalitesinin olumsuz yönde, düşük olması ise olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Slade ve Spencer OHIP'in geçerliliğini ve güvenilirliğini test etmiş ve ağız-diş sağlığı ile ilgili çalışmalarda sık kullanılan bir ölçek haline gelmiştir.

OHIP'in temsili hasta gruplarıyla konuşularak oluşturulması, ağız rahatsızlıklarının neden olduğu fonksiyonel, sosyal ve psikolojik etkileri, bireylerin kendi penceresinden sübjektif olarak hastalık veya ağız durumunu değerlendirmesi anlamında en büyük avantajıdır (56). Bu durum hastalar tarafından önemli olarak algılanan sosyal etkilerin ortaya çıkmasını sağlayarak ölçülebilir olma olasılığını arttırmakta ve dolayısıyla bu ölçeğin en kapsamlı ölçek olduğu düşüncesini desteklemektedir (79).

Ölçekte ağız hastalıklarının insanların hayatında oluşturduğu etki belli bir hiyerarşiye göre ele alınmaktadır. Örneğin ağız sağlığının bozulması diş kaybı sonucuyla meydana gelmiş olabilir. Diş kaybına bağlı çiğneme yetersizliğe (fonksiyonel sınırlılık) veya protez kullanımına bağlı ağrı (rahatsızlık) durumları gelişebilir. Ayrıca yaşamsal fonksiyon için gerekli olan besinlerin alınmasında problemler gelişebilir. Daha da ileri aşamalarda bu rahatsızlık ev ortamı dışında yemek yemeye engel olup bireyin sosyal ortamdaki uzaklaşmasına (sakatlık/engel) durumuna yol açabilir (79).

Slade 49 soruluk OHIP ölçeğinin her durumda kullanımın gerekli olmadığını vurgulayarak, 14 soruluk haline indirilmiş ve kısaltılmış versiyonunun olumlu sonuçlar verdiğini bildirmiştir. OHIP'in 14 soruluk kısa versiyonunu daha önce tanımlanan 7 ayrı kavramsal boyutu (fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve özür) içerecek şekilde her boyut için 2 soru olmak üzere düzenlenmiştir (64).

Locker ve Allen ölçeğın kısaltılma sebeplerini dört temel unsur ile açıklamıştır;

1. Ölçeklerin cevaplandırılması ve skorlanması uzun zaman alabilir ve klinik şartlarında bu kadar uzun zaman ayırmak mümkün olmayabilir.

2. Soru sayısının fazla olduğu uzun anketler maliyetin artmasına neden olabilir.

3. Hassas ve yaşlı hasta popülasyonu gibi toplumun bazı kesimlerinde anketin uzun formunu cevaplamak zor gelebilir.

4. Anketin uzun olması cevaplanamayan soru sayısının artmasına; buna bağı olarak araştırmalarda veri kaybına ve çalışma gruplarındaki katılımcı sayısının azalmasına neden olabilir (50).

OHIP-14 ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliğı ve geçerliliğı Mumcu ve ark. (2006) tarafından yapılmış çalışma ile rapor edilmiştir. Ölçeğın İngilizce' den Türkçe' ye ve Türkçe' den İngilizce' ye iki yönlü olarak çevrilmesinde iki dili de bilen (Türkçe ve İngilizce) küçük bir grup çevirmen tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu grubun içinde birinin anadili İngilizce olmak üzere iki profesyonel çevirmen, diş hekimleri ve tıp doktorları bulunmaktadır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. OHIP-14 ölçeği

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

2.7. Dental Anksiyete (Kaygı) –Korku

Korku ve anksiyete (kaygı) kavramları diş hekimliği araştırmalarında sıkça birbirleri yerine veya birlikte kullanılan iki farklı kavramdır. Korku bilinen ve tanımlanabilen bir tehlikeye karşı gösterilen sübjektif bir tepkidir (80). Anksiyete (kaygı) ise içten gelen, belirsiz ya da nedeni iç çatışmaya neden olan bir tehlikeye karşı gösterilen bir tepkidir. Anksiyete korku, gerginlik, endişe gibi hissedilen sübjektif bir duygu olup kişinin ruhsal bütünlüğüne bozulduğu durumlarda ortaya çıkar. Bu anlamda bakıldığında anksiyete korkunun daha genel ve bilinmeyene karşı olan şeklidir (81).

Dental anksiyete; diş tedavisine bağlı olarak duyulan korku ve kuruntular nedeniyle gelişen, tam olarak açıklanamayan yoğun bir huzursuzluk halidir. Dental anksiyetenin etiyolojisinde rol oynayan faktörler (82);

1. İşlem sırasında oluşan ağrı ve uzun süreli yorucu tedaviler gibi geçmiş travmatik deneyimler
2. Kullanılan aletlerin sesi ve görüntüsü, muayene odası, ortamın kokusu gibi çevresel koşullar
3. Hekimin hastanın ağız sağlığı ile ilgili eleştiri, duyarsızlık, tedaviyi açıklamada yetersizlik gibi tutumları ve eksik veya yanlış tedavi uygulamaları
4. Hastanın hekime karşı güvensiz veya yetersiz bulma gibi tutumları
5. Sosyal çevrenin (ebeveyn, kardeş ve arkadaş gibi) yapılan tedavi hakkında negatif düşüncelerin etkisi sonucu
6. Düşük ağrı eşiği
7. Dramatize edilmiş görsel yayımlar (çizgi filmler, televizyon programları) ve kötü deneyimlerin ön plana çıkması şeklinde sıralanabilir.

Dental anksiyetenin oluşmasında her ne kadar iç ve dış sebeplerin etkili olduğu bildirilmiş olsa da iç sebeplerin (hastayla ilgili etkenle) daha etkili olduğu vurgulanmıştır (83, 84). Rousset ve ark çalışmalarında, dental anksiyete oluşumunun çocukluk çağına kadar uzanabileceğini bildirmişlerdir. Bu nedenle anksiyetenin erken dönemde belirlenmesinin yanı sıra tedavi öncesi ve sırasında hastada oluşmuş anksiyete durumunun önüne geçilmesi büyük önem taşımaktadır (85).

Dental anksiyete genel anksiyete durumundan daha spesifikdir ve hastanın dental tedavi sırasında hastanın maruz kaldığı strese karşı oluşan huzursuzluk halini tanımlayan bir ifadedir (86). Yüksek anksiyete seviyelerine sahip bireyler tedavilerini erteleme eğilimindedir bu durumla ilişkili olarak ağız dış sağlığının korunmasında bir engel oluşturmaktadır (87, 88).

Diş hekimliğinde anksiyete (kaygı) farklı bileşenleri olan karmaşık bir durumdur. Bireylerin yaşı, cinsiyetleri, yaşadıkları ortam ve geçmişte travmatik diş hekimliği uygulamaları geçirmiş olmaları dental anksiyete düzeylerini etkilemektedir (89, 90). Dental anksiyete ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği çalışmalarda yaş, cinsiyet, planlanan tedavi işleminin özellikleri ile eğitim düzeyi gibi pek çok değişken değerlendirilmektedir (91, 92).

Dental anksiyetenin belirlenmesinde kullanılan ölçekler;

1. Corah Dental Anksiyete Skalası
2. Dental Korku Skalası (DKS, Kleinknecht's Dental Fear Survey)
3. Modifiye Dental Anksiyete Skalası
4. Spielberg Durumluluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (DSAE-State-Trait Anxiety Inventory)
5. Dental Güven Skalası (DGS- Getz's Dental Belief Survey)
6. Fotoğrafik Anksiyete Anketi
7. Dental Anksiyete Envanteri

2.8. Diş Hekimi (Dental Hijyen) Korku Skalası

Literatürde dental anksiyetenin ölçümü ile ilgili çeşitli ölçekler tanımlanmasına karşın tüm diş hekimliği uygulamaları için genel bir ölçek yeterli olmayabilir. Ayrıca yapılan tedavilerin türüne göre gelişebilecek anksiyete-korku seviyesi farklılık gösterebilmektedir (93).

Corah'ın Dental Anksiyete Skalası klinik araştırmalarda sık kullanılmasına karşın periodontal tedaviye bağlı oluşabilecek korkunun ölçülmesi noktasında yeterli hassasiyete sahip değildir. Dental Hijyen Korku Skalası (DHKS) hem periodontal tedavinin temelini oluşturan diş taşı temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi

işlemlerine yönelik spesifik korkuyu ölçmekte hem de genel anksiyete seviyesi hakkında bilgi verebilmektedir. DHKS, Washington Üniversitesi (UW) Diş Korkuları Kliniğindeki araştırmacılar tarafından önerilen teorik diş korkusu modeline dayanarak geliştirilmiştir (94).

DHKS'nın orijinali 16 soru ve dört alt kısımdan (genel anksiyete, belli bir uyarana karşı gelişen korku, güvensizlik ve katstrofik düşünceler) oluşan bir ölçektir (Tablo 2.3) (95). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ay ve ark. tarafından yapılmıştır. Anketteki soru sayısı kültürel farklılıklar sonucu 15 e indirilmiş ve alt grup sayısı 3 e düşmüştür (genel anksiyete, dental hijyene spesifik anksiyete, katastrofik anksiyete) Anketteki her madde için 1 ile 5 arasında değişen 1 = “hiç” ile 5 = “çok” arasında bir Likert ölçeği skorlanmaktadır.

Ay ve ark. ölçeğin orijinal versiyonundaki “diş hijyeni” ifadesinin “diş hekimi” ile değiştirilebileceğini vurgulamışlardır. Bu durumun sebebinin Türkiye’de periodontal tedavi prosedürlerini gerçekleştiren diş hijyenisti olmamasına bağlamışlardır (96). DHKS, periodontal tedavi prosedürlerine hastaların verdiği tepkiyi ölçmeye yönelik geliştirilen spesifik tek ölçek olması sebebiyle periodontoloji alanında anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalarda önemli bir yere sahiptir (97).

Tablo 2.3. Dental Hijyen Korku Skalası

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

2.9. Sağlıkta ve Hastalıkta Periodontal Dokular

Dişleri destekleyen dokuların bütününe periodonsiyum denilmektedir. Periodonsiyumu oluşturan dört ana komponent; dişeti, alveolar kemik, periodontal ligament ve sement şeklinde sıralanmaktadır. Periodonsiyumun ana işlevi dişlerin alveolar kemiği ile olan devamlılığını sağlamak ve çiğneme gibi fonksiyonlar sırasında dişler üzerine gelen mekanik baskıyı azaltmaktır. Ayrıca periodonsiyum ağız boşluğunun çiğneyici mukozasının devamlılığını sağlanması açısından da önemlidir (98).

Diş eti; serbest diş eti kenarından mukogingival birleşime kadar uzanır ve anatomik olarak interdental diş eti, serbest diş eti ve yapışık diş eti olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Serbest diş eti; diş eti kenarından diş eti oluşuna kadar uzanan yaklaşık olarak 0.5-2 mm genişliğinde olan diş çevreleyerek saran kısımdır. Yapışık diş etinden diş eti oluşu ile ayrılan bu yapı diş eti oluşunun yumuşak doku duvarını oluşturur. Klinik olarak bakıldığında gingival sulcusun 2-3 mm sondalanması sağlıklı olarak kabul edilmektedir. Sağlıkta serbest diş eti kenarı diş üzerinde bıçak sırtı sonlanmaktadır ve ayrıca ucu künt bir sond ile yapılan ölçümlerde kanama ve pü formasyonu gözlenmemektedir. Yapışık diş eti; serbest diş etinin devamında diş eti yivinden mukogingival sınıra kadar uzanan altındaki kemiğe periost vasıtasıyla sıkıca yapışmış bir yapıdır. Yapışık diş eti kurutulduğunda yüzeyinde “portakal kabuğu benzeri” olarak adlandırılan bir görünüm ile karakterizedir. Yapışık diş etinin fonksiyona yönelik özelleşmiş adaptif bir şekli olan “stippling” yapının azalması veya kaybolması diş eti hastalıklarında en yaygın olarak görülen klinik bulgulardan biridir. İnterdental diş eti iki komşu dişin kontak noktaları arasındaki boşluğu dolduran piramidal şekle sahip bir yapıdır. Dişler arasındaki temas noktaları veya alanlarına göre şekli değişiklik gösterebilmektedir (99).

2.10. Gingivitis

Gingivitis klinik olarak diş etiyle sınırlı patolojik bir durum olup diş eti ödemi ve hiperemisiyle karakterize ataçman kaybının olmadığı periodontal hastalıkların başlangıcını temsil eden bir hastalıktır. Gingivitiste diş eti oluşu sırasında artış ve sondalamada kanama erken enflamatuvar bulgulardandır.

Gingivitisle birlikte diş etinin sıkı kıvamı ve stippling yapısı kaybolmaktadır. Hastalık marjinal diş etinden başlayıp interdental ve sonrasında yapışık diş etine doğru yayılmaktadır (100).

2.11. Periodontitis

Periodontitis dişleri destekleyen periodontal ligament, alveolar kemik ve yumuşak dokularda enflamasyona bağlı yıkımla karakterize kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Periodontitis başlangıcı için primer etiyolojik etken mikrobiyal dental plak olsa da bağ dokusu ve kemik kaybından enflamasyonda açığa çıkan kimyasal mediatörler sorumludur (101, 102). Periodontal hastalıkta bakteri ve ürünlerine karşı gelişen immün cevap proenflamatuvar sitokinler, antienflamatuvar sitokinler ve sitokin reseptörlerinden oluşan kompleks bir sitokin ağı tarafından düzenlenir (103, 104).

Kronik periodontitis, yapılan prevelans çalışmalarında periodontitisin en sık formu olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik periodontitis, gingivitis ile başlayıp tedavi edilmediğinde alveolar kemik ve ataçman kaybıyla karakterize diğer periodontitis türlerine göre daha yavaş ilerleyen kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Periodontitise bağlı oluşan yıkım bakteriyel plak biyofilmi ile doğru orantılıdır (105, 106).

Kronik periodontitisin klinik bulguları, gingival enflamasyon bulguları (kızarıklık, ödem, kanama), ataçman kaybı, periodontal cep oluşumu, sondalamada kanama ve alveolar kemik kaybıdır. Dişeti çekilmeleri ya da büyümeleri, furkasyon bölgelerinin açığa çıkması, diş mobilitelerinde artış, patolojik diş migrasyonları ve sonuç olarak diş kaybı diğer klinik bulgular arasında sayılabilir. Kronik periodontitis genellikle ağrısız seyreder fakat açığa çıkmış kök yüzeylerine bağlı sıcak veya soğuk hassasiyeti ya da kök yüzeyi çürüklerine bağlı ağrı oluşabilmektedir (107, 108).

Kronik periodontitisi yayılımına ve şiddetine göre 2 farklı şekilde sınıflamak mümkündür. Ağızdaki mevcut diş yüzeylerinin %30'undan azında alveolar kemik ve ataçman kaybı varsa lokalize kronik periodontitis, %30'undan daha fazlasında alveolar kemik ataçman kaybı varsa generalize kronik periodontitis olarak adlandırılmaktadır. Şiddetine göre temelde sınıflandırıldığında 1-2 mm klinik

ataşman kaybı varlığında hafif, 3-4 mm klinik ataşman varlığında orta, 5mm ve daha fazla ataşman kaybı varlığında şiddetli kronik periodontitis olarak adlandırılmaktadır (105).

Tonnetti ve ark. Periodontal ve Peri-İmplant hastalık ve durumlarının sınıflandırılması üzerine 2017 Dünya Çalıştayı kapsamında periodontitis sınıflamasını gözden geçirerek yeni bir sınıflama oluşturmuşlardır. Bu sınıflamaya göre kronik periodontitis 4 evreden oluşmaktadır. Evre 1 ve evre 2’de periodontal kaynaklı diş kaybı olmamakla birlikte sınırlı seviyede horizontal kemik kaybı söz konusudur. Evre 3 ve evre 4’te ise periodontal kaynaklı diş kayıplarının olduğu, horizontal kemik kayıplarına vertikal kemik kayıpları eklenmesi söz konusudur. Kronik periodontitisin evreleri ile ilgili detaylar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 2.4) (109).

Tablo 2.4. Kronik periodontitis şiddetine göre sınıflandırılması

Boyut ve yayılım	Kompleksite	Şiddet			PERIODONTİTİS EVRELERİ
		Diş kaybı	Radyografik kemik kaybı (RKK)	En fazla kayıp olan alandaki KAS	
Tamamlayıcı olarak evreye ekle	Lokal Sondalama Derinliği (SD)	Diş kaybı	Radyografik kemik kaybı (RKK)	En fazla kayıp olan alandaki KAS	EVRE-1 Hafif periodontitis
	Max SD ≤ 4 mm Genelde horizontal kemik kaybı	Periodontal kaynaklı diş kaybı yok	Koronal üçlü (< %15)	1-2 mm	
Lokalize < % 30 Generalize Molar /keser dağılım	Max SD ≥ 5 mm Genelde horizontal kemik kaybı	Periodontal kaynaklı diş kaybı yok	Koronal üçlü < % 15-33	3-4 mm	Evre-2 Orta periodontitis
	Evre-2 ye ek olarak; SD ≥ 6 mm Vertikal kemik kaybı ≥ 3 mm Furka tutulumu sınıf 2-3 Orta kret defekti	Periodontal kaynaklı ≤ 4 diş	Kökün orta veya apikal üçlüsüne uzanan	≥ 5 mm	Evre-3 Şiddetli periodontitis
	Evre-3 e ek olarak; kompleks rehabilitasyon ihtiyacı nedenleri; Çiğneme disfonksiyonu Sekonder okluzal travma Şiddetli kret defekti Bite kollaps, drifting, flaring 20 den az kalan diş (10 karşıt çift)	Periodontal kaynaklı ≥ 5 diş	Kökün ortası veya apikal üçlüsüne uzanan	≥ 5 mm	Evre-4 Şiddetli periodontitis (dentisyon kaybı potansiyeli olan)

2.12. Periodontal Hastalıkların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Periodontal hastalıklar toplumlarda çeşitli şiddet ve prevalansta bulunan, mikrobiyal dental plak etkeni ile başlayan kronik enflamatuvar hastalıklardır. Periodontal hastalıklar diş etlerinde kızarıklık, sondalama sonrası kanama, diş eti çekilmeleri ve alveolar kemik kaybına kadar çeşitli klinik bulgulara sahiptir.

Periodontal hastalıkların tedavisinde ilk amaç hastalığın ilerlemesini durdurmak sonrasında kaybedilen destek dokuların kazanılmasına yönelik uygulamalar yapmaktır. Bu amaçla cerrahi ve cerrahi olmayan periodontal tedaviler yapılmaktadır. Özellikle kronik periodontitisin şiddetli olduğu durumlarda ataçman kayıpları, klinik ataçman seviyesinde artış, artan sondalanabilir cep derinliği son olarak diş kaybı ile sonuçlanmaktadır.

Toplumda önemli bir sağlık sorunu haline gelen periodontal hastalıklar özellikle kronik periodontitis; sadece klinik parametreler, tedavi protokolleri ile kontrol altına alınmasının yanı sıra hasta odaklı değerlendirmelerle değerlendirilmesi önemlidir. Hasta odaklı değerlendirmeler hekimlerin hastaları daha iyi anlamasına, periodontal hastalıkların kişilerde oluşturabileceği etkilerin kavraması açısından önemlidir. Böylece periodontal hastalık açısından risk faktörü olabilecek kişilerin uygun tedavi protokolleriyle tedavi edilmesi ve idame programına alınması mümkün olabilir (110).

Periodontal hastalıkların başlamasında ve ilerlemesinde psikososyal etkilerin olduğu ve ayrıca kişilerin yaşam kalitesini etkileyebileceğine yönelik çalışmalar bildirilmiştir (7, 8). Periodontal hastalıkların yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirildiği çeşitli çalışmalar vardır. Çalışmamız kronik periodontitis şiddetiyle yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk çalışma olacaktır. Ayrıca yaşam kalitesinin çok boyutlu doğası sebebiyle etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları: yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi, anksiyete şeklinde sıralanabilir. Çalışmamızda bu faktörlerle ilişkisi de değerlendirilmiştir (111, 112, 113, 114).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne kontrol ve tedavi amacıyla başvuran toplam 1272 birey değerlendirildi. 85 birey çalışmaya katılmayı reddettiği için kalan 1185 bireyinde 47'si formu tam doldurmadığı için çalışmadan çıkarıldı. Kalan bireylerden klinik değerlendirme sırasında gruplarımıza ait kriterlere uymadıkları için çalışma dışında bırakılan 39 birey sonrası toplam 999 katılımcı ile çalışmamız tamamlandı. Gruplara göre katılımcıların sayısı sağlıklı (399 kişi), başlangıç-orta şiddette periodontitis (300 kişi), şiddetli ve ilerlemiş periodontitis (300 kişi) ile çalışmamız gerçekleştirildi.

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamızın başlangıcında ZBEÜ Klinik Araştırma Etik Kurulundan onay alındı (Ek 1). Araştırmamızda ZBEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniği'ne başvuran tüm katılımcılarla yüz yüze görüşerek onamları alındı. Onamları alınan bireylere sosyo-demografik verileri içeren anket, OHIP-14 ölçeği, DHKS ölçeğini içeren formlar verilerek doldurmaları istendi. Sonrasında yapılan periodontal muayenede Silness&Løe plak indeksi (PI), Silness&Løe gingival indeksi (GI), cep derinliği (CD), klinik ataşman seviyesi (KAS) ölçümleri ve radyografik kemik kaybı verileri değerlendirilerek bireylerin periodontal durumları belirlendi (115,186).

Araştırma kriterlerine uygun olarak başlangıç ve orta şiddette periodontitisi olan bireylerden, şiddetli ve ilerlemiş şiddette periodontitisi olan bireylerden ve sağlıklı bireylerden oluşan üç grup oluşturuldu.

3.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Şiddetli ve ilerlemiş periodontitis hastası grup (grup 3) için;

- 1- Okur-yazar olma,
- 2-18 yaşından küçük ve 75 yaş üstünde olmama,
- 3-Sistemik olarak gönüllülerin sağlıklı olması,
- 4-Son 6 ay içerisinde herhangi bir periodontal tedavi görmemiş olma,
- 5-Hamile veya laktasyon döneminde olmama,
- 6-Kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması,

- 7-Klinik ataçman kaybının ≥ 5 mm olması,
- 8-Radyografik kemik kaybının diş köklerinin orta ve apikal üçlüsüne kadar ilerlemiş olması ($\geq \%33$ kemik kaybı),
- 9-Klinik olarak sondalama derinliğinin ≥ 6 mm olması,
- 10-Sınıf 2 veya 3 furka defektlerinin bulunması,
- 11-Sınıf 2 diş mobilitelerinin bulunması,
- 12-Periodontitise bağlı ≥ 5 adet diş kaybı olması,
- 13-Radyografik olarak vertikal (≥ 3 mm)ve kombine kemik defekti bulguları.

Başlangıç ve orta şiddette periodontitis hastası grup (grup 2) için;

- 1- Okur-yazar olma,
- 2-18 yaşından küçük ve 75 yaş üstünde olmama,
- 3-Sistemik olarak gönüllülerin sağlıklı olması,
- 4-Son 6 ay içerisinde herhangi bir periodontal tedavi görmemiş olma,
- 5-Hamile veya laktasyon döneminde olmama,
- 6-Kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması,
- 7-Klinik ataçman kaybı için klinik ataçman seviyesinin 1-2 mm (başlangıç periodontitis için) veya 3-4 mm (orta seviyede periodontitis) olması,
- 8-Radyografik olarak kemik kaybının diş köklerinin koronal üçlüsünde % 0-15 veya % 15-33 seviyelerinde olması,
- 9-Periodontitise bağlı diş kaybı öyküsünün olmaması,
- 10- Klinik sondalama derinliğinin ≤ 5 mm olması,
- 11-Horizontal kemik kayıplarının olması.

Periodontal olarak sağlıklı grup (grup 1);

- 1- Okur-yazar olma,
- 2-18 yaşından küçük ve 75 yaş üstünde olmama,
- 3-Sistemik olarak gönüllülerin sağlıklı olması,
- 4-Son 6 ay içerisinde herhangi bir periodontal tedavi görmemiş olma,
- 5-Hamile veya laktasyon döneminde olmama,
- 6-Kemoterapi/radyoterapi hikayesinin olmaması,
- 7-Ağızda mevcut dişlerin sondalama derinliği ortalaması en fazla ≤ 3 mm olması ve ataçman kaybı olmaması,

- 8-Dişeti enflamasyonu bulgularının olmaması,
- 9-Radyolojik olarak kemik kaybının olmaması.

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Demografik Veriler, Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Dental Özgeçmiş

Bireylere uygulanan anket formlarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi ve sigara kullanım alışkanlıkları sorgulandı. Bireylere diş fırçalama sıklığı, ek oral hijyen alışkanlıklarının olup olmaması (diş ipi, ara yüz fırçası, gargara, kürdan), diş hekimine gitme sıklığı, son bir yıl içinde diş hekimine gidip gitmediği soruldu (ek 2).

3.3.2. Ağız Diş Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Mumcu ve ark. (2006) tarafından yapılan OHIP-14 ölçeği kullanıldı. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha değeri 0.94'tür (76). Ölçek 14 sorudan oluşmakta ve bireyi fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engellilik olmak üzere yedi boyutta değerlendirmektedir (64, 56). Cevaplar Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Bireyler ölçekteki soruları 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=çok sık) biri seçilerek cevaplandırdı (Tablo 2.2) (64, 56, 116).

3.3.3. Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi

DHKS 16 sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ay ve ark. tarafından yapılmıştır (96). Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha değeri 0,91'dir. Cevaplar Likert ölçeğine göre skorlanmaktadır. Bireyler ölçekteki soruları 0-4 arası puanlanan beş cevap seçeneğinden (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=çok sık) birini seçilerek cevaplandırdı (Tablo 2.3) (64, 56, 116).

3.3.4. Periodontal Değerlendirme

Bireylerin periodontal hastalık ve sağlık durumlarının belirlenmesi için tüm ağız ölçümler yapıldı ve periodontal parametreler kaydedildi. Araştırma dahilindeki ölçümler tek bir araştırmacı tarafından yapıldı. Gingival indeks, plak indeksi, cep derinliği, klinik ataçman seviyesi parametreleri kullanılarak gruplar oluşturuldu

Plak İndeks (PI) Ölçümü:

Mikrobiyal dental plak miktarını dişleri altı bölgesinde (bukkal, lingual/palatinal, mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual ve distolingual) yapılan Silness&Løe plak indeksi ile değerlendirildi (115). Periodontal sond dişeti kenarına yakın bölgede diş yüzeyine paralel olarak dişeti oluğu bölgesinde gezdirilerek biriken plak miktarı ölçüldü. Kullanılan indeks sistemine göre skora aşağıdaki gibidir:

0: Dişeti bölgesinde plak yoktur.

1: Serbest dişeti kenarında ve komşu diş yüzeyinde film halinde, sadece sond ile fark edilebilen plak vardır.

2: Dişeti cebi içerisinde ve dişeti kenarında ve/veya komşu diş yüzeyinde gözle görülebilen orta derecede yumuşak eklenti vardır.

3: Dişeti cebi içerisinde ve/veya dişeti kenarında ve komşu diş yüzeyinde yoğun yumuşak eklenti veya diş taşı vardır.

Gingival İndeks (GI) Ölçümü:

Dişeti iltihabının varlığı ve şiddetinin saptanabilmesi için Løe ve Silness Gingival indeksi kullanıldı (186). Dişlerin vestibül, lingual/palatinal, mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual ve distolingual olmak üzere altı bölgesinden ölçüm yapılarak değerlendirildi. Periodontal sond dişin uzun aksına dik olacak şekilde dişeti kenarına temas edilerek diş yüzeyinde gezdirilerek dişetindeki kanama, ödem ve renk değişiklikleri değerlendirilerek skora yapılır. Kullanılan indeks sistemine göre skora aşağıdaki gibidir:

0: Sağlıklı dişeti; enflamasyon, renk değişikliği ve kanama yoktur.

1: Hafif enflamasyon, hafif renk değişikliği ve ödem vardır. Sondalamada kanama yoktur.

2: Orta dereceli enflamasyon, dişeti parlak, kırmızı ve ödemlidir. Sondalamada kanama vardır.

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

Cep Derinliği (CD) Ölçümü:

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

Klinik Ataşman Seviyesi (KAS) Ölçümü:

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

3.4. İstatiksel Değerlendirme

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

4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler İle İlgili Sonuçlar

Çalışmaya 515 kadın ve 484 erkek olmak üzere toplam 999 kişi katıldı. Gruplara göre cinsiyet dağılımları arasında fark bulunmadı ($p=0,163$). Grup 1 de yer alan hastaların %47,9'u kadın iken, grup 2 de bu oran iken %54,3, grup 3 ise %51,6 olarak bulundu. Medeni durumda ise gruplara göre istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ($p<0,001$). Grup 1 yer alan evlilerin oranı %35, 1, grup 2 de %63,3 ve grup 3 bulunanlarda ise % 88,3 olarak tespit edildi. Eğitim durumunun gruplara göre dağılımı arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlıklı grupta (grup 1) ilköğretim mezunlarının oranı %12,5, lise mezunların oranı % 23,8, üniversite mezunlarının oranı %47,4, lisansüstü mezunlarının oranı ise %16,3 olarak belirlendi. Başlangıç-orta şiddette periodontitisi olan grupta (grup 2) ilköğretim mezunlarının oranı %41,3, lise mezunlarının oranı % 45,7, üniversite mezunlarının %10,0, lisansüstü mezunlarının oranı ise %3,0 olarak belirlendi. Şiddetli-ilerlemiş şiddette periodontitisi olan grupta (grup 3) ilköğretim mezunlarının oranı %51,3, lise mezunlarının oranı %27,7, üniversite mezunlarının oranı %21,1, lisansüstü mezunlarının oranı ise %0 şeklinde bulundu. Eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin periodontal sağlık durumunun arttığı belirlendi. Aylık gelirin gruplara göre dağılımı açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Grup 1'de aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı % 16,0, 1000- 2000 TL arasında olanların oranı %43,6, 2000 TL'nin üzerinde olanların oranı ise %40,4 olarak bulundu. Grup 2' de aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı %24,0, 1000- 2000 TL arasında olanların oranı %47,3, 2000 TL'nin üzerinde olanların oranı ise %28,7 olarak bulundu. Grup 3'te aylık geliri 1000 TL'nin altında olanların oranı %45,0, 1000-2000 TL arasında olanların oranı %32,0, 2000 TL'nin üzerinde olanların oranı ise %22,7 olarak bulundu. Gruplara göre yaş ortanca değerleri olarak bir fark bulundu. Grup 1 de yaş ortanca değeri 28 (18-40), grup 2'de bu değer 33 (18-60) iken, grup 3 'te ise 44 (26-70) Olarak bulundu. Yaş ortanca değeri en yüksek grup 3 te bulunurken tüm gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gruplara göre demografik verilerin karşılaştırılması

Gruplar	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Cinsiyet			
Erkek	208 (52,1)	137 (45,7)	139 (46,3)
Kadın	191 (47,9)	163 (54,3)	161 (53,7)
Test istatistiği		$X^2= 3,633$	
P değeri		0,163	
Medeni durum			
Evli	140 (35,1)	202 (67,3)	265 (88,3)
Bekâr	259 (64,9)	98 (32,7)	35 (11,7)
Test istatistiği		$X^2=211,398$	
P değeri		< 0,001	
Eğitim durumu			
İlköğretim	14 (12,5)	124 (41,3)	154(51,3)
Lise	95 (23,8)	137(45,7)	83(27,7)
Üniversite	189(47,9)	30(10)	63(21,1)
Lisansüstü	65(16,3)	9(3)	0
Test istatistiği		$X^2=281,183$	
P değeri		< 0,001	
Aylık gelir			
1000 altı	64 (16)	72(24)	135(45,0)
1000-2000 TL	174(43,6)	142(47,3)	96(32,0)
2000 TL üstü	161(40,4)	86(28,7)	68(22,7)
Test istatistiği		$X^2=83,164$	
P değeri		< 0,001	

χ^2 : Kikare test istatistiği

4.2. Ağız Bakım Alışkanlıkları, Sigara Kullanımı Alışkanlığı ve Diş Hekimine Gitme Sıklığının Değerlendirilmesi

Diş fırçalama sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Sağlıklı grupta (grup 1) günde 2 ve daha fazla diş fırçalayanların oranı % 62,4, günde 1 kez fırçalayanların oranı % 34,1, düzensiz ya da hiç fırçalamayanların oranı ise % 3,5 olarak bulundu. Başlangıç-orta şiddette periodontitis grubunda (grup 2) günde 2 ve daha fazla diş fırçalayanların oranı % 12,3, günde 1 kez fırçalayanların oranı % 46,3, düzensiz ya da hiç fırçalamayanların oranı ise % 41,3 olarak belirlendi. Şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda (grup 3) ise günde 2 ve daha fazla diş fırçalayanların oranı %14,7, günde 1 kez fırçalayanların oranı % 31,7, düzensiz ya da fırçalamayanların oranı ise %53,7 olarak bulundu (Tablo 4.3).

İlave bakım aracı çeşidinin gruplara göre dağılım açısından istatistiksel olarak fark olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Grup 1 de en fazla kullanılan ilave bakım aracı %

10,5 ile diş ipi iken, grup 2 de % 10 ile gargara, grup 3' te ise % 12 ile gargara olduğu görüldü (Tablo 4.3).

Diş hekimine gitme sıklığı açısından gruplar arasında farklılık bulundu ($p<0,001$). Grup 1'de düzenli gidenlerin oranı %26,8, grup 2'de bu oran %17,0 iken, grup 3'te ise % 4,7 olarak bulundu. Diş hekimine yakınma olunca gidenlerin oranı grup 1' de % 25,3 iken grup 2 ve grup 3' te sırasıyla % 35,3 ve % 59,0 olarak bulundu. Diş hekimine gitme zamanlarına göre gruplara dağılımı açısından istatistiksel olarak fark bulundu ($p<0,001$). Son 1 yıl içerisinde diş hekimine gidenlerin oranı Grup 1'de % 46,4, grup 2 % 30,0 ve grup 3' te ise %18,7 olarak bulundu (Tablo 4.3).

Daha önce diş taşı temizliği yapılması açısından gruplara dağılımı istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Grup 1 de daha önce diş taşı temizliği yaptıranların oranı %57,4, grup 2 ve grup 3' te % 44,0 olarak bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. Sigara kullanımının gruplara göre dağılımı

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Sigara kullanan kişi sayısı (%)			
Evet	133 32,3	170 56,7	180 60,0
Hayır	266 66,7	130 43,3	120 40,0
Test istatistiği	$X^2 = 95,763$		
P değeri	< 0,001		
Günlük sigara aralık			
1-10 arası	72 18,0	70 23,3	83 27,7
10-20 arası	29 7,3	49 16,3	43 14,3
20 ve üzeri	32 8,0	51 17,0	54 18,0
Test istatistiği	$X^2 = 65,662$		
P değeri	< 0,001		

χ^2 : Kikare test istatistiği

Sigara kullanımı ve günlük içilen sigara sayısı aralığı açısından gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Sigara kullanımı oranı grup 1' de %32,3, grup 2' de %56,7 ve grup 3 de % 60,0 olarak tespit edildi. Ayrıca günlük sigara kullanımı açısından 0-10 aralığında sigara kullanan grup 1 de %18 grup 2 % 23,3, grup 3 te %27,7 olarak bulunmuştur. 10-20 arasında sigara tüketenlerin

gruplara göre dağılımı grup 1 de % 7,3, grup 2 de % 16,3 ve grup 3 te % 14,3 şeklinde bulundu. Günlük 20 ve üzeri sigara kullananların gruplara göre dağılımı ise grup 1 de %8,0 grup 2 de %17,0 ve grup 3 te ise %18 olarak bulundu (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Ağız Bakım Alışkanlıkları Ve Diş Hekimine Gitme Sıklığının Gruplara Göre Dağılımı

Gruplar	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Diş fırçalama sıklığı			
Düzensiz/ fırçalamıyor	14(3,5)	124(41,3)	161(53,7)
Günde 1	136(34,1)	139(46,3)	95(31,7)
Günde 2	249(62,4)	37(12,3)	44(14,7)
Test istatistiği		X²=346,607	
P değeri		< 0,001	
Kullanılan ilave bakım araçları			
Hayır	270 (67,7)	220 (73,3)	211 (70,3)
Evet	129 (32,3)	80 (26,7)	89 (29,7)
Diş ipi	42 (10,5)	19 (6,3)	12 (4,0)
Ara yüz fırçası	45 (11,3)	19 (6,3)	24 (8,0)
Gargara	41 (10,3)	30 (10,0)	17 (5,7)
Kürdan	1 (0,3)	12 (4,0)	36 (12,0)
Test istatistiği		70,127	
P değeri		< 0,001	
Diş hekimine gitme sıklığı			
Yakınma olunca	101 (25,3)	106 (35,3)	177 (59,0)
Ara sıra	191 (47,9)	143 (47,7)	109 (36,3)
Düzenli	107 (26,8)	51 (17,0)	14 (4,7)
Test istatistiği		X²=106,649	
P değeri		< 0,001	
En son diş hekimine gitme			
1 yıl içinde	185 (46,4)	90 (30,0)	56 (18,7)
1 yıldan uzun	214 (53,6)	210 (70,0)	244 (81,3)
Test istatistiği		X²=61,203	
P değeri		< 0,001	
Diş taşı temizliği yapılması			
Evet	249(57,4)	132 (44,0)	132(44,0)
Hayır	170(42,6)	168 (56,0)	168(56,0)
Test istatistiği		X²=17,198	
P değeri		< 0,001	

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

4.3. Klinik Bulguların, DHKS Ve OHIP-14 Skorlarının Değerlendirilmesi

Pİ ölçümleri gruplara göre istatistiksel olarak fark görüldü ($p < 0,001$). Sağlıklı grupta (grup 1) plak indeksi ortanca değeri 0,7, başlangıç-orta şiddette periodontitisi olan grupta (grup 2) ortanca değer 1,5, şiddetli-ilerlemiş şiddette periodontitisi olan grupta (grup 3) ise ortanca değer 1,9 olarak bulundu (Tablo 4.4).

Gİ ölçümleri gruplara göre istatistiksel olarak fark görüldü ($p<0,001$). Grup 1' de gingival indeks ortanca değeri 0,5, grup 2'de 1,36 iken, grup 3'te ise 2,01 olarak gözlemlendi. Tüm grupların ortanca Gİ ölçümleri açısından farklılık gözlemlendi. En düşük ortanca değer sağlıklı grupta yer alırken en yüksek değer ise şiddetli/ilerlemiş periodontitis grubunda bulundu (Tablo 4.4).

CD ölçümleri tüm gruplara göre anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Cep derinliği ortanca değeri en düşük grup sağlıklı grupta iken periodontitis gruplarında ise ortanca değerinde artış gözlemlendi. Gruplara göre ortanca CD ölçümleri grup 1'de 2 iken, grup 2 ve 3' de sırasıyla 3, 17, 4, 93 olarak bulundu (Tablo 4.4).

KAS ölçümleri ortanca değerleri gruplara göre istatistiksel anlamda bir fark gözlemlendi. KAS ortanca değerleri sağlıklı grupta periodontitis gruplarına göre daha bulundu. Grup 1 de KAS ölçümü ortanca değeri 0,4 iken, grup 2 1,98 ve grup 3 te 5,54 olarak bulundu (Tablo 4.4).

DHKS ölçek puanları gruplara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Grup 1' de bulunan ortanca değer 7 iken, grup 2' de 9 Grup 3'te ise 11 olarak bulundu. DHKS ölçek puanlarının en düşük ortanca değeri sağlıklı grupta yer alırken en yüksek puan şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda yer almaktadır (Tablo 4.4).

OHIP-14 genel ölçek puanları gruplara farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Grup 1'de ortanca değer 7, grup 2'de 10, grup 3'te ise 14 olarak bulundu. En yüksek ortanca değer şiddetli/ilerlemiş periodontitis grubunda yer alırken en düşük ortanca değer ise sağlıklı grupta yer aldığı görüldü (Tablo 4.4).

Fiziksel yetersizlik puan dağılımları gruplara göre fark olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortanca değer 1 iken, grup 2 ve 3' ün olduğu periodontitis gruplarındaki ortanca değerler sırasıyla 1 ve 2 olarak bulundu (Tablo 4.4).

Fiziksel ağrı puan dağılımları gruplara göre farklılık gösterdi ($p<0,001$). Grup 1 ortanca değer 2, grup 2 ortanca değer 2 olarak bulundu. Grup 3'de ortanca değer diğer gruplara göre daha yüksek bulunup 3 olarak tespit edildi (Tablo 4.4).

Psikolojik rahatsızlık puanları dağılımı arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortanca değer 0 iken, periodontitis gruplarında (grup 2 ve grup 3) ortanca değerler sırasıyla 2 ve 3 olarak bulundu.

Fonksiyonel sınırlama (limitasyon) puanları dağılımı arasında gruplara göre farklılık bulundu ($p<0,001$). Grup 1'de ortanca değer 0 iken, periodontitis gruplarındaki ortanca değer; grup 2' de 0, grup 3' te 2 olarak tespit edildi. En yüksek ortanca değer şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulundu (Tablo 4.4).

Psikolojik yetersizlik puan dağılımları açısından gruplar arası farklılık olduğu görüldü ($p<0,001$). Grup 1 ve grup 2 de ortanca değer 1 olarak bulunurken grup 3'te ise 2 olarak bulundu (Tablo 4.4).

Sosyal yetersizlik puan dağılımları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta sosyal yetersizlik puanları ortanca değeri 0, periodontitis gruplarında (grup 2 ve grup 3) 1 olarak bulundu. (Tablo 4.4.)

Engelli olma hali puan dağılımlarının gruplara göre farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortanca değer 0, periodontitis gruplarında (grup 2 ve grup 3) sırasıyla 0 ve 2 olarak bulundu (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Gruplara göre OHIP, DHKS ve klinik bulguların karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Test istatistiği	P değeri
Pİ	0,7(0-1,4)a	1,5(0,6-1,8)b	1,9(0,8-2,65)c	522,218	<0,001
Gİ	0,5(0-1,3)a	1,36(1,1-2,45)b	2,01(1,32-3)c	555,657	<0,001
KAS	0,4(0-0,66)a	1,98(0,65-5,87)b	5,54(3,13-8,02)c	908,380	<0,001
CD	2(0,9-2,5)a	3,17(2,6-5)b	4,93(3,2-8)c	816,933	<0,001
OHIP-14	7 (0-38) a	10(0-40) b	14 (0-53)c	83,738	<0,001
Fonksiyonel kısıtlılık	0 (0 – 6) a	0(0-5) a	1(0-7)b	27,967	<0,001
Fiziksel ağrı	2 (0-8) a	2(0-8)a	3(0-8)b	45,895	< 0,001
Psikolojik huzursuzluk	0(0-8)a	2(0-7)a	3(0-8)a	1,838	0,399
Fiziksel yetersizlik	1(0-8)a	1 (0-8)b	2(0-8)c	27,738	< 0,001
Psikolojik yetersizlik	1(0-6)a	1(0-8)b	2(0-7)c	55,083	< 0,001
Sosyal yetersizlik	0(0-8)a	1(0-8)b	1(0-8)c	29,754	< 0,001
Engel	0(0-8)a	0(0-8)b	2(0-8)c	100,629	< 0,001
DHKS	7(0-54)a	9(0-42)a	11(0-48)b	11,647	< 0,001

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

4.4. Klinik Periodontal Parametrelerin Demografik Veriler, Ağız Diş Sağlığı Alışkanlıkları, Sigara Kullanımı, OHIP-14 ve DHKS Verileriyle Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Diş fırçalama alışkanlığı açısından cinsiyete göre bir fark bulunamadı ($p=0,278$). Kadınların %30,5'i düzensiz/fırçalamıyor, %34,8'i 1 kez fırçalıyorken, %30,8'inin ise 2 ya da daha fazla dişlerini fırçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü. Erkeklerin ise %29,3 düzensiz/fırçalamıyor, % 39,5 günde 1 kez fırçalıyorken, % 31,2'sinin 2 ya da daha fazla fırçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü (Tablo 4.5).

Diş fırçalama alışkanlığının medeni duruma bağlı olduğu görüldü ($p<0,001$). Evlilerin %39,5'i düzensiz/fırçalamıyor, %41,0'i ise günde 1 kez fırçalıyorken, %19,4'ü günde 2 ya da daha fazla fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulundu. Bekarların ise %15,1'i düzensiz/fırçalamıyor, %30,9'u günde 1 kez fırçalıyorken, %54,1'inin 2 ya da daha fazla fırçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü (Tablo 4.5).

Çalışmamızda diş fırçalama alışkanlığının eğitim durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,001$). İlköğretim

mezunlarının %47'si firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, %43,6'sı günde 1 kez ve %9,5'inin günde 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu belirlendi. Lise mezunlarının %35,6'sı firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, %38,1'i günde 1 ve % 26,3'ü günde 2 ve daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu tespit edildi. Üniversite mezunlarının %10,6'sı firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, % 29,8'i günde 1 ve %59,6'sı günde 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü. Lisansüstü mezunlarının % 4,1'i firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken , % 31,1'i günde 1 ve % 64,9'u günde 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü (Tablo 4.5).

Çalışmamızda dış firçalama alışkanlığı ile aylık gelir arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,001$). Aylık geliri <1000 TL olanların %39,3'ü firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, %40,1'i günde 1 ve %20,6'sının günde 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü. Aylık geliri 1000-2000 TL olanların %31,6'sı firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, %37,9'u günde 1 ve %30,6'sı günde 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü. Aylık geliri 2000 TL ve üzeri olanların %19,7'si firçalamıyor/düzensiz firçalıyorken, %33,3 günde 1 ve %47,0'si 2 veya daha fazla dış firçalama alışkanlığına sahip olduğu görüldü (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Diş fırçalama sıklığı ve demo grafik verilerin karşılaştırılması

Gruplar	Düzensiz/fırçalamıyor3	Günde 1	Günde 2
Cinsiyet			
Erkek	142 (29,3)	191 (39,5)	151 (31,2)
Kadın	157 (30,5)	179 (34,8)	179 (34,8)
Test istatistiği		$X^2= 2,558$	
P değeri		0,278	
Medeni durum			
Evli	240 (39,5)	249 (41,0)	118 (19,4)
Bekar	59 (15,1)	121 (30,9)	212 (54,1)
Test istatistiği		$X^2= 140,879$	
P değeri		< 0,001	
Eğitim durumu			
İlköğretim	154 (47,0)	143 (43,6)	31 (9,5)
Lise	112 (35,6)	120 (38,1)	83 (26,3)
Üniversite	30 (10,6)	84 (29,8)	168 (59,6)
Lisansüstü	3 (4,1)	23 (31,1)	48 (64,9)
Test istatistiği		$X^2= 237,634$	
P değeri		< 0,001	
Aylık gelir			
1000 altı	107 (39,3)	109 (40,1)	56 (20,6)
1000-2000 TL	130 (31,6)	156 (37,9)	126 (30,6)
2000 TL üstü	62 (19,7)	105 (33,3)	148 (47,0)
Test istatistiği		$X^2= 53,440$	
P değeri		< 0,001	

χ^2 : Kikare test istatistiği

Diş hekimine gitme sıklığının cinsiyete bağlı değişim göstermediği görüldü. Erkeklerin % 41,9'u, kadınların %35,1'inin yakınma olunca diş hekimine gittiği belirlendi (p= 0,027). Diş hekimine gitme sıklığı medeni durum ile arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,001). Bekarların %34,4'ü, evlilerin ise %8,7'sinin düzenli diş hekimine gittiği sonucu bulundu (Tablo 4.6).

Çalışmamızda diş hekimine gitme sıklığı ile eğitim durumu arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,001). İlköğretim mezunlarının %9,5'i, lise mezunlarının %9,8'i, üniversite mezunlarının %26,6'sı ve yüksek lisans mezunlarının %47,3'ü düzenli olarak diş hekimine gittiği tespit edildi. Yakınma olunca diş hekimine gidenlerin oranları; ilköğretim mezunlarında %53,7, lise mezunlarında %39,4, üniversite mezunlarında %22,3, lisansüstü mezunlarında %28,4 olarak bulundu (Tablo 4.6).

Diş hekimine gitme sıklığı ile aylık gelir arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p<0,001). Aylık geliri 1000 TL altında olanların %52,9'unun,

1000-2000 TL olanların %35,7'sinin, 2000 TL olanların %29,5'inin diş hekimine yakınma olunca gittiği tespit edildi (Tablo 4.6).

Ayrıca diş hekimine düzenli gidenlerin oranı aylık geliri 1000 TL altında olanlar için %8,1 iken, 1000- 2000 TL için %14,8 ve 2000 TL üzeri için ise %28,3 olarak belirlendi. Cinsiyet ile en son diş hekimine gitme zamanı arasında bir ilişki olmadığı sonucu bulundu ($p=0,392$). Son 1 yıl içinde diş hekimine giden erkeklerin oranı %31,8 iken kadınlarda bu oran %34,4 olarak bulundu (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Diş hekimine gitme sıklığı ve demografik verilerin karşılaştırılması

Gruplar	Düzenli 1	Ara sıra 2	Yakınma olunca 3
Cinsiyet			
Erkek	70 (14,5)	211 (43,6)	203 (41,9)
Kadın	102 (19,8)	232 (45,0)	181 (35,1)
Test istatistiği		$X^2= 7,254$	
P değeri		0,027	
Medeni durum			
Evli	53 (8,7)	254 (41,8)	300 (49,4)
Bekar	119 (30,4)	189 (48,2)	84 (21,4)
Test istatistiği		$X^2= 115,438$	
P değeri		< 0,001	
Eğitim durumu			
İlköğretim	31 (9,5)	121 (36,9)	176 (53,7)
Lise	31 (9,8)	160 (50,8)	124 (39,4)
Üniversite	75 (26,6)	144 (51,1)	63 (22,3)
Lisansüstü	35 (47,3)	18 (24,3)	21 (28,4)
Test istatistiği		$X^2=132,161$	
P değeri		< 0,001	
Aylık gelir			
1000 altı	22 (8,1)	106 (39,0)	144 (52,9)
1000-2000 TL	61 (14,8)	204 (49,5)	147 (35,7)
2000 TL üstü	89 (28,3)	133 (42,2)	93 (29,5)
Test istatistiği		$X^2=63,630$	
P değeri		< 0,001	

χ^2 : Kikare test istatistiği

Çalışmamızda en son diş hekimine gitme zamanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülürken ($p=0,392$) medeni durum ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Son 1 yıldan uzun bir süre diş hekimine giden bekarların oranı %48,7'i iken evlilerde bu oran %78,6'ı olarak bulundu (Tablo 4.7).

Eğitim durumu ile en son diş hekimine gitme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Son 1 yıl içinde diş hekimine gidenlerin eğitim durumuna göre oranları; ilköğretim mezunlarında %20,4, lise mezunlarında %28,9 bulunurken, üniversite ve lisansüstü mezunlarında ise sırasıyla %46,5 ve %56,8 olarak tespit edildi (Tablo 4.7).

Aylık gelir ile en son diş hekimine gitme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). Diş hekimine son 1 yıl içinde gidenlerin aylık gelirleri göre oranları < 1000 TL olanlarda %21,0, 1000-2000 TL olanlarda %31,1, > 2000 TL ve üzeri olanlarda ise bu oran %46,3 olarak belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. En son diş hekimine gitme ve demografik verilerin karşılaştırılması

Gruplar	1 yıl içinde	Bir yıldan uzun
Cinsiyet		
Erkek	154 (31,8)	330 (68,2)
Kadın	177 (34,4)	338 (65,6)
Test istatistiği		0,733
P değeri		0,392
Medeni durum		
Evli	130 (21,4)	477 (78,6)
Bekar	201 (51,3)	191 (48,7)
Test istatistiği		95,847
P değeri		< 0,001
Eğitim durumu		
İlköğretim	67 (20,4)	261 (79,6)
Lise	91 (28,9)	224 (71,1)
Üniversite	131 (46,5)	151 (53,5)
Lisansüstü	42 (56,8)	32 (43,2)
Test istatistiği		67,689
P değeri		< 0,001
Aylık gelir		
1000 altı	57 (21,0)	215 (79,0)
1000-2000 TL	128 (31,1)	284 (68,9)
2000 TL üstü	146 (46,3)	169 (53,7)
Test istatistiği		43,832
P değeri		< 0,001

χ^2 : Kikare test istatistiği

Cinsiyete göre OHIP-14 lek puanlarının ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p=0,072$). Kadınlarda ortanca değer 11 iken erkeklerde bu değer 9 olarak belirlendi. Benzer şekilde DHKS lek puanlarının da ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermediği bulundu

($p<0,001$). Kadınlarda ortanca değer 10 iken erkeklerde bu değer 7 olarak belirlendi (Tablo 4.8).

OHIP-14 ölçeği puanlarının ortanca değerleri ile medeni durum arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p< 0,001$). Evlilerde bu değer 12 iken bekarlarda 7 olarak tespit edildi. DHKS ölçeği puanlarının ortanca değerleri ile medeni durum göre farklılık göstermediği görüldü ($p=0,045$). Evlilerde bu değer 9 iken bekarlarda 7 olarak bulundu (Tablo 4.8).

OHIP-14 ölçeği puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$). OHIP- 14 ölçeği ortanca değerleri eğitime göre; ilköğretim mezunlarında 12, lise mezunlarında 10 ve üniversite mezunlarında 8, lisansüstü mezunlarında 7,5 olarak bulundu. En yüksek ortanca değer lise mezunlarında 12 olarak bulunurken, en düşük değer ise lisansüstü mezunlarında 7,5 olarak bulundu. Aynı şekilde DHKS ölçek puanı ortanca değerlerinin de eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği bulundu ($p<0,001$). DHKS ölçek puanı ortanca değerleri eğitime göre; ilköğretim mezunlarında 10 ve lise mezunlarında 9, üniversite mezunlarında 8, lisansüstü mezunlarında 4 olarak belirlendi (Tablo 4.8).

OHIP-14 ölçeği puanlarının ortanca değerleri ile gelir durumu arasında anlamlı ölçüde farklılık olduğu görüldü ($p=0,002$). Gelir durumuna göre ortanca değerler; 12 (1000 TL altı), 10 (1000 – 2000 TL), 8 (2000 TL ve üzeri) olarak tespit edildi. DHKS ölçeği puanlarının ortanca değerleri ile gelir durumu arasında istatikselsel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,364$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Demografik verilerin OHIP-14 ve DHKS ölçek değerleriyle karşılaştırılması

Gruplar	OHIP-14	DHKS
Cinsiyet		
Erkek	9,00 (0-53)	7,00 (0-42)
Kadın	11,00 (0-53)	10,00 (0-54)
Test istatistiği	118411	96980
P değeri	0,072	< 0,001
Medeni durum		
Evli	12,00 (0-47)	9 (0-42)
Bekar	7,00 (0-38)	7,00 (0-54)
Test istatistiği	89617	110075
P değeri	0,001	0,045
Eğitim durumu		
İlköğretim	12,00 (0-53)	10,00 (0-40)
Lise	10,00 (0-48)	9,00 (0-42)
Üniversite	8,00 (0-38)	8,00 (0-54)
Lisansüstü	7,50 (0-35)	4,00 (0-32)
Test istatistiği	23,288	25,191
P değeri	0,001	0,001
Aylık gelir		
1000 altı	12,00 (0-42)	8,00 (0-40)
1000-2000 TL	10,00 (0-53)	8,00 (0-54)
2000 TL üstü	8,00 (0-43)	7,00 (0-48)
Test istatistiği	12,838	2,024
P değeri	0,002	0,364

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

Çalışmamızda OHIP-14 ölçeği puanı ortanca değerlerinin dış hekimine gitme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (<0,001). Düzenli dış hekimine gidenlerin ortanca değeri 7, ara sıra gidenlerin 10, yakınma olunca gidenlerin ise 11 olarak bulundu. DHKS ölçek puanı ortanca değerlerinin dış hekimine gitme sıklığına göre farklılık göstermediği belirlendi (p =0,520) (Tablo 4.9).

Çalışmamızda OHIP-14 ölçeği puanı ortanca değerlerinin en son dış hekimine gitme zamanına göre farklılık gösterdiği tespit edildi (p<0,001). Dış hekimine 1 yıl içinde gidenlerin ortanca değeri 8 iken dış hekimine 1 yıldan daha uzun süre içinde gidenlerin değeri 11 olarak bulundu. DHKS ölçeği puanı ortanca değerlerinin en son dış hekimine gitme zamanına göre farklılık göstermediği belirlendi (p=0,487) (Tablo 4.9).

OHIP-14 ölçeği puanı ortanca değerlerinin diş firçalama sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği belirlendi ($p < 0,001$). Diş firçalama sıklığı düzensiz /firçalamıyor olanların ortanca değeri 12, günde 1 olanların 10, günde 2 olanların ise 9 olarak bulundu. DHKS ölçeği puanı ortanca değerlerinin diş firçalama sıklığına göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p = 0,583$) (Tablo 4.9).

Çalışmamızda daha önce diş taşı temizliği yapılan bireylerin OHIP-14 ölçek puanları ortanca değerleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p = 0,192$). Benzer şekilde daha önce diş taşı temizliği yapılan bireylerin DHKS ölçek puanları ortanca değerleri ile anlamlı ölçüde bir farklılık olmadığı görüldü ($p = 0,688$) (Tablo 4.9).

Sigara kullanımıyla DHKS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p = 0,747$). Ancak sigara kullanımı ile yaşam kalitesi skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,001$). Sigara kullanmayan bireylerin OHIP-14 ölçeği ortanca değerleri sigara kullanan bireylerin ortanca değerlerine göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ağız diş sağlığı alışkanlıkları ve sigara kullanımının OHIP-14 ve DHKS ölçek değerleriyle karşılaştırılması

Gruplar	OHIP-14	DHKS
Diş Fırçalama Sıklığı		
Düzensiz/ fırçalamıyor	12,00 (0-38)	9,00 (0-48)
Günde 1	10,00 (0-42)	8,00 (0-40)
Günde 2	9,00 (0-38)	8,00 (0-54)
Test istatistiği	22,203	1,078
P değeri	0,001	0,583
Dtt yapılma		
Evet	9,00 (0—51)	8,00 (0-54)
Hayır	11,0 (0-53)	8,00 (0-48)
Test istatistiği	U=118789	U=122902
P değeri	0,192	0,688
Diş hekimine gitme sıklığı		
Yakınma olunca	11,00 (0-54)	8,00 (0-48)
Ara sıra	10,00 (0-42)	8,00 (0-42)
Düzenli	7,00 (0-32)	7,50 (0-54)
Test istatistiği	30,569	1,309
P değeri	0,001	0,520
En son diş hekimine gitme		
1 yıl içinde	8,00 (0-52)	8,00 (0-54)
1 yıldan uzun	11,00 (0-42)	8,00 (0-48)
Test istatistiği	U=93512	U=107575
P değeri	0,001	0,487
Sigara kullanımı		
1-10 arası	11,00 (0-38)	8,00 (0-41)
10-20 arası	12,00 (0-53)	9,00 (0-48)
20 ve üzeri	11,00 (0-48)	8,00 (0-40)
Hayır	8,00 (0-42)	8,00 (0-54)
Test istatistiği	32,060	1,224
P değeri	0,001	0,747

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

OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,352). PI ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki görüldü (r değerleri sırasıyla 0,249, 0,072) (Tablo 4.10).

GI ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulundu. (r değerleri sırasıyla 0,240, 0,076) GI ölçümleri ile PI ölçümleri arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki görüldü (r değeri 0,763) (Tablo 4.10).

KAS ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında zayıf yönlü anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değerleri sırasıyla 0,292, 0,095). Ayrıca KAS

ölçümleri ile GI ve PI ölçümleri arasında pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki bulundu (r değerleri sırasıyla, 0,739, 0,771) (Tablo 4.10).

CD ölçümleri ile OHIP-14 ve DHKS ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki görüldü (r değerleri sırasıyla, 290, 106). CD ölçümleri ile PI, GI, KAS ölçümleri arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki görüldü (p değerleri sırasıyla, 0,744, 0,761, 0,919) (Tablo 4.10).

Diş kaybı ile OHIP-14 ölçek puanları, PI, GI, KAS ve CD ölçümleri arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki tespit edildi (r değeri 0,214, 0,502, 0,505, 0,661, 0,668) (Tablo 4.10).

Diş kaybı ile DHKS puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki tespit edildi (r değeri -0,084) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. OHIP, DHKS, klinik ölçümler, ilk diş hekimine gitme yaşı ve bireylerin yaşı arasındaki ilişkisi

	Ohip-14	Dhks	PI	GI	KAS	CD	Diş kaybı	Yaş
Ohip-14	r							
Dhks	r	0,349**						
PI	r	0,228**	0,066*					
GI	r	0,213**	0,066*	0,733**				
KAS	r	0,272**	0,098**	0,765**	0,788**			
CD	r	0,268**	0,102**	0,753**	0,766**	0,928**		
Diş kaybı	r	0,214**	0,037*	0,502**	0,505**	0,661**	0,668**	
Yaş	r	0,161**	-0,022	0,424**	0,458**	0,585**	0,548**	0,527**

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

5. TARTIŞ MA

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı sadece hastalık veya hastalığın olmaması olarak değil, tamamen fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, literatürde sağlığı sadece eksiklik yönünden incelemek, örneğin morbidite ve mortalite ölçümlerinin kullanıldığı durumlarda, sadece sağlığın canlı ve hastaliksız olmaktan çok daha fazlası olduğu gerçeğini göz ardı edilmiş olabileceği bildirilmiştir. DSÖ'nün sağlık ile ilgili tanımlaması sonrasında sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramları daha da önem kazanmıştır (117, 118).

Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesi (QoL), bireyin yaşamının hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin öznel değerlendirmesi ile belirlenmektedir. Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi (OHRQoL) ise, ağız sağlığı ve orofasiyal kaygılara odaklanan sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bir parçasıdır. Çeşitli hastalıklar ve oral durumlar yaşam kalitesinin bozulması ve genel olarak belirli bir bireyin sistemik sağlığı ile ilişkilendirilmiştir (119, 120).

Periodontal hastalıklılar ağız sağlığıyla ilişkili patolojilerin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda periodontal hastalıklar çeşitli prevalans ve şiddette bulunmaktadır. Kronik periodontitis periodontal hastalıkların en sık rastlanan formudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yakın zamanda yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, insanların %47'sinden fazlasında kronik periodontitis olduğunu göstermiştir. Çin'de yapılan 3. Ulusal Ağız Sağlığı Araştırması'na göre, 35-44 ve 65-74 yaş gruplarında kronik periodontitis prevalansı sırasıyla %85,5 ve %85,9 olarak bulunmuştur (121). Türkiye'de Akpınar tarafından 1400 hasta üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların % 46,4'ünün kronik periodontitise sahip olduğunu bildirmişlerdir (122).

Farklı toplumlarda önemli bir sağlık sorunu haline gelen kronik periodontitis sadece klinik parametreler, tedavi protokolleri ile kontrol altına alınmasının yanı sıra hasta merkezli değerlendirmelerin yapılmasıyla hastalığın önlenmesine yönelik hizmetlerin sunulması açısından önemlidir. Periodontal hastalıkların başlamasında ve

ilerlemesinde psikososyal etkilerin ve ayrıca bireylerin günlük yaşamlarına olumsuz etkilerinin olduğuna yönelik çalışmalar yapılmıştır (7, 9, 11, 123).

Bu çalışmanın temel amacı kronik periodontitis şiddetinin yaşam kalitesindeki değişim üzerine etkisinin demografik faktörler ve diş hekimliği uygulamalarında gelişen korkuyla ilişkilendirilerek incelenmesidir. Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi bireyin ağız sağlığının kendi genel sağlığını ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini kişisel olarak algılamasını sağlayan çok boyutlu bir kavramdır (51).

Son yıllarda artan sayıda yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda ağız sağlığının etkilerinin incelenmesi anlamında yaşam kalitesi anketleri sonuç ölçeği olarak kullanılmaktadır (124, 125).

Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde birçok sözlü ve yazılı ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden geçerlilik ve güvenilirliğine bağlı olarak en sık kullanılanlardan biri OHIP-14 ölçeğidir (64).

Ölçeğin temsili hasta gruplarıyla konuşularak oluşturulması, ağız rahatsızlıklarının neden olduğu fonksiyonel, sosyal ve psikolojik etkileri, bireylerin kendi penceresinden sübjektif olarak hastalık veya ağız durumunu değerlendirmesi gibi avantajlarından ötürü çalışmamızda OHIP-14 ölçeğini kullandık (56). Yaptığımız çalışmamızda periodontal sağlıklı, başlangıç-orta şiddette periodontitis, şiddetli-ilerlemiş periodontitis grupları arasında cinsiyet dağılımları yönünden farklılık bulunmadı. Ayrıca cinsiyete bağlı yaşam kalitesi skorları açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı. Benzer şekilde Leung periodontal durumun yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmasında cinsiyet ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark bulamamıştır. Çalışmamız bu çalışmadaki cinsiyet dağılımı sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (8).

Çalışmamıza benzer şekilde kronik periodontitisin yaşam kalitesine etkisini inceleyen 460 katılımcı üzerinde yapılan kesitsel çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (110). Wang periodontal hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada yine cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (126).

Türkiye’de yapılan kesitsel bir çalışmada cinsiyet ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (127). Bu çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızın sonucunda da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde mutlak bir faktör olmadığı düşüncesindeyiz.

Yaş ortanca değeri açısından en düşük değer periodontal olarak sağlıklı grupta yer alırken (28), en yüksek değer ise şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda (44) bulunmuştur. Periodontal hastalık şiddetine bağlı yaş ortanca değerleri artış göstermektedir. Periodontal hastalıkların görülme sıklığı ve şiddeti yaşla birlikte artış gösterdiğine yönelik çalışmalar bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda da periodontitis grupları periodontal olarak sağlıklı gruba göre daha yüksek yaş ortanca değerlerine sahiptir. Bu durum periodontal hastalıkların kümülatif etkilerinin yaşla birlikte etkisini göstermesiyle ilişkilendirilebilir (128, 129).

Çalışmamızda OHIP-14 skorları ile yaş arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yani yaş artışı ile birlikte yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna vardık. Çalışmamızın aksine yapılan bazı çalışmalarda yaş ile birlikte yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (130, 131). Ancak bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş artışı ile birlikte yaşam kalitesinin düştüğüne yönelik çalışmalarda bildirilmiştir (132, 133). Yaşlanma ile birlikte periodontal hastalıkların şiddetinin artması ve diş kayıplarının olması yaşam kalitesinin düşmesinde bir faktör olabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda medeni durumun, gruplar arası dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Araştırmamız kapsamında evli birey oranı en yüksek şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulunurken, sağlıklı grupta en düşük gözlemlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda bekarların dişlerini daha düzenli fırçaladığı sonucu bulunmuştur. OHIP-14 skorları açısından bakıldığında; evlilerin skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu yani yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucu çıkarılmıştır.

Aguilera’ın 2014 yılında yayınlanan temporomandibular eklem rahatsızlığı gibi stresle ilişkili sorunların yaşam kalitesiyle ilişkisine baktığı kesitsel çalışmasında

bekar bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (134). Aguilera yaptığı çalışmasının sonucundan farklı olarak Kaya'nın hem OHIP-14 hem de OHRQoL-UK ile yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında bekar bireylerin evlilere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (135).

Ayrıca Birleşik Krallıkta yaşlı bireyler arasında ağız sağlığı ile ilişkili yapılan yaşam kalitesi çalışmasında evli/bekar/ayrılmış olarak değerlendirilen bireyler arasında yaşam kalitesi skorları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (136). Yapılan çalışmalarda, farklılıkların olması çalışmaya katılan bireylerin sosyolojik, kültürel özelliklerinin farklı olması gibi faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etki edebileceği akılda tutulmalıdır. Bizim çalışmamızda bekarların daha yüksek yaşam kalitesine sahip olmasının bölgesel demografik değişimlerden kaynaklanıyor olabileceği kanısındayız.

Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunlarının çoğunlukla şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda olduğu, üniversite ve lisansüstü mezunların ise çoğunlukla sağlıklı grupta yer aldığı görülmektedir. Eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durum periodontal hastalık prevalans ve şiddetini etkileyebilmektedir (137). Kronik periodontitis ile ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada ilköğretim mezunlarının kronik periodontitisi olan grupta daha yüksek oranda olduğu sonucu bulunmuş olup, bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (110). Çalışmamızda eğitim seviyesinin artışıyla OHIP-14 skorlarının düştüğü yani yaşam kalitesinin arttığı sonucuna vardık. Ng ve Leung yaptıkları çalışmasında eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulmuş ve eğitim seviyesi artıkça yaşam kalitesinin de arttığı sonucuna varmışlardır. Bu durum eğitim seviyesine bağlı meslek edinme ve yaşam standartlarını yükseltme buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda OHIP-14 skorlarının en düşük olduğu gruplar üniversite ve lisansüstü mezunlarında bulunmuş olup eğitim seviyesi artıkça periodontal hastalık prevalansının daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaştık. Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu çeşitli çalışmalar yapılmıştır (110, 138, 139, 140). Bu durum eğitim seviyesi artıkça ağız diş sağlığı bilincinin artması buna

bağlı olarak ağız bakım alışkanlıklarının ve diş hekimi kontrollerinin daha düzenli olması sonucu olarak periodontal sağlığın devamlılığın sağlanmasıyla birlikte yaşam kalitesinin de yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Aylık gelir düzeyi dağılımları gruplar arası incelendiğinde farklılık gözlenmiştir. Aylık geliri düzeyi en yüksek olan bireyler en fazla periodontal olarak sağlıklı grupta bulundu. Songlin He yaptığı bir çalışmada yıllık geliri standartların altında olanların periodontitis grubunda daha sık olduğunu tespit etmiştir. (110). Silla ve ark. sosyoekonomik faktörlerin periodontal hastalık şiddetine etkisinin incelendiği kesitsel çalışmasında düşük eğitim seviyesi, ekonomik koşulların periodontal hastalık şiddetiyle anlamlı olduğu ilişkisi sonucuna varılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ile çalışmamızın sonuçları uyumluluk içerisinde (141).

Boillot'un sosyoekonomik düzeyin kronik periodontitis için risk faktörü olarak değerlendirildiği sistematik derlemesinde, düşük ekonomik koşulların kronik periodontitis için risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca çalışmada periodontal hastalık açısından riskli grupların belirlenmesinin hastalığın önlenmesine yönelik programlar geliştirilmesi açısından önemine vurgu yapmışlardır (142). Çalışmamızda aylık gelir düzeyi ile OHIP-14 skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aylık geliri en yüksek olan grupta yaşam kalitesi skoru en düşük bulunmuştur.

Ergen'in sağlık çalışanlarında yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında aylık geliri 2000 TL üzeri olan grubun aylık geliri daha düşük olan bireylere göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmiştir. Ayrıca aylık gelir düzeyinin yüksekliğinin genel sağlık, ruhsal ve çevresel olarak yaşam kalitesini arttırdığı sonucuna varmışlardır (127). Koçoğlu'nun sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşam biçimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermek amacıyla yaptıkları çalışmasında gelir düzeyinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Yaşam kalitesinin gelir düzeyi düştükçe azaldığı sonucuna varmışlardır (32). Yapılan çalışmaların sonuçları çalışmamızla uyumluk göstermekte olup sosyoekonomik durum düştükçe yaşam kalitesinin azaldığı kanısına varılmıştır.

Çalışmamızda diş fırçalama sıklığının gruplara göre dağılımı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Dişlerini düzenli fırçalayanların oranlarının en yüksek olduğu grup sağlıklı grup iken bu oran en düşük şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulunmuştur. Zimmermann ve Becher'in diş fırçalama sıklığının periodontitis ile ilişkisini değerlendirdikleri sistematik derlemede 21 ayrı çalışmayı incelemişler ve çalışmanın sonucunda diş fırçalama sıklığı ile periodontitis arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve fırçalama eksikliğinin periodontitis gelişmesinde orta düzeyde riskli olduğu sonucuna varmışlardır. Çalışmamızla da uyumlu olarak diş fırçalama sıklığının düzensiz olduğu bireylerde periodontal hastalık görülme prevalansının yüksek olabileceği düşüncesindeyiz (143).

Diş fırçalama sıklığının aylık gelir ve eğitim seviyesinin artışıyla doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç daha önce yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (144). Kore'de ağız bakım alışkanlıkları ile periodontal sağlığın ilişkisinin değerlendirildiği epidemiyolojik çalışmanın sonucunda düzensiz diş fırçalamanın şiddetli periodontitis formlarıyla ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (145).

2008-2010 yılları arası 19.219 kişi üzerinden yapılan bir çalışmada sosyoekonomik durum ile ağız bakım alışkanlıkları araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerin ağız bakım alışkanlıklarının düzensiz olduğu ve periodontal hastalık açısından risk teşkil ettiği sonucuna varmışlardır (146). Ayrıca diş fırçalama sıklığının günde 2 ya da daha fazla olduğu grupta yaşam kalitesi skorları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Yani dişlerini düzenli olarak fırçalayanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Brennan ve Spencer Avusturalya'da yaptıkları çalışmasında ağız bakım alışkanlıkları düzenli olan bireylerin bizim çalışmamızla da uyumlu olarak yaşam kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (147). Çalışmamızda diş hekimine gitme sıklığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Diş hekimine düzenli gidenlerin oranı en yüksek sağlıklı gruptayken; en düşük oran şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulunmuştur. Diş hekimine gitme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak eğitim seviyesi ve aylık

gelir açısından bakıldığında diş hekimine gitme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim seviyesi ve aylık geliri düşük olan gruplarda diş hekimine gitme sıklığı oranı en düşük bulunmuştur.

Oberoi ve ark. Hindistan'da sosyoekonomik durumun ağız bakım alışkanlıklarıyla etkisinin incelendiği 2000 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerin çoğunluğu diş hekimine sadece yakınma olunca gitmişlerdir. Ekonomik koşulların kötü olmasına bağlı olarak alım gücünün düşük olması ve ağız diş sağlığı farkındalığının az olmasına bağlı olarak diş hekimi ziyaretlerinin düzensiz/olmamasıyla ilişkilendirmişlerdir (148). Arun tarafından yapılan benzer bir çalışmada gelir seviyesinin sağlık hizmetlerinden düzenli yararlanmanın ana belirleyicisi olduğunu tespit etmiştir (149). Newman yaptığı bir çalışmada gelir seviyesinin ve eğitim durumunun bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında önemli bir belirleyici olduğunu vurgulamıştır (150). Yukarıda yapılan çalışmalarla çalışmamız sosyoekonomik durum konusunda uyumluluk içerisindedir.

Çalışmamızda diş hekimine yakınma olunca gidenlerin oranı en yüksek evlilerde bulunurken düzenli gidenlerin oranında ise en yüksek olan grup bekarlarda bulunmuştur. Verbugge yaptığı çalışmasında evli bireylerin diş hekimi ziyaretlerini bekarlara göre daha fazla aksattığını ve bunu daha az serbest zamanlarının olması sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarıyla ilişkilendirmiştir (151). Bizim çalışmamızda da diş hekimine yakınma olunca giden evli bireylerin sıklığı bu çalışmayla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda diş hekimine düzenli gidenlerin yaşam kalitesi skorları düzensiz ve yakınma olunca gidenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum düzenli diş hekimine giden bireylerin ağız diş sağlığı koşullarının daha iyi olması ve buna bağlı yaşam kalitesinin daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda en son diş hekimi ziyareti 12 ay sınır değer olarak değerlendirilmiştir (152). 12 ay içerisinde diş hekimi ziyaret edenlerin oranı en yüksek sağlıklı grupta (grup 1= %46,4) bulunurken periodontitis gruplarında bu oranlar azalmıştır (sırasıyla %30, %18,7).

Amerika’da Cepeda ve ark. 6939 katılımcıyı dâhil ettiği bir çalışmasında 12 ay içerisinde diş hekimi ziyaretinde bulunan bireyler 1-3 yıl ve 3 yıldan daha uzun önce süre diş hekimine giden bireylere göre periodontitis riski açısından daha düşük sahip olduğu sonucuna varmışlardır (153). Yine çeşitli çalışmalar ile yılda 1-2 kez yapılan düzenli diş hekimi ziyaretlerinin özellikle periodontitisin önlenmesi noktasında önemli bir yere sahip olduğu çeşitli çalışmalar ile bildirilmiştir (152, 154). Aframian ve ark. ağız sağlığı alışkanlıklarının yaşam kalitesinin üzerine etkisinin değerlendirdiği bir çalışmasında rutin diş hekimi ziyaretinin yaşam kalitesi üzerinde bir belirleyici olabileceği sonucuna varmışlardır (155).

Collins’in yaptığı popülasyon temelli kesitsel bir çalışmada rutin diş hekimi ziyareti yapan bireylerin diş hekimine düzensiz giden ya da gitmeyen bireylere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları sonucuna varmıştır. Yine aynı çalışmanın sonuçlarına göre periodontal hastalıklar düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (138). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da diş hekimi ziyaretinin düzensiz olması periodontal hastalıkların şiddetlenmesiyle ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkili olabilir (156, 157).

Ayrıca sigara kullanımının periodontitis prevalansını arttırdığı ve kullanılan sigara sayısı ile periodontitis şiddetinin korelasyon gösterdiğini belirten birçok çalışma bildirilmiştir (158, 159, 160). Çalışmamızda gruplar sigara içme alışkanlığına göre karşılaştırıldığında periodontitis gruplarındaki sigara içme oranı sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara adedi gruplara göre karşılaştırıldığında günlük içilen sigara sayısının 20 ve üzeri olan kişilerin oranı en yüksek şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulunmuştur. Sigara kullanımı periodontal hastalık için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (161). Çalışmamızda sigara kullanımıyla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sigara kullanan bireylerin yaşam kalitesinin kullanmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

İngiltere’de yapılan kesitsel bir çalışmada sigara içme durumuyla ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sigara içen bireylerde yaşam kalitesi içmeyen bireylere göre anlamlı

derecede düşük bulunmuştur (123). Benzer şekilde Türkiye’de yapılan yaşam kalitesi ile ağızdaki patolojik değişimlerin ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada sigara, alkol kullanımını gibi zararlı alışkanlıklar ile yaşam kalitesini arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Çalışmanın sonucunda sigara içen bireylerin içmeyen bireylere göre hem OHIP-14 ölçeği hem de OHQoL ölçeğinde yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (140).

Literatürde bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara içme ile düşük yaşam kalitesi arasında çeşitli çalışmalar bildirilmiştir (3, 162, 163).

Literatürde yaşam kalitesiyle ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi son yıllarda diş hekimliğinin de araştırma konusu olmuştur. Diş hekimliğinde yapılan çalışmalarda çoğunlukla diş çürüğü ve diş kaybının yaşam kalitesiyle ilişkisi değerlendirilmiştir. Periodontal hastalıkların yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır dahası periodontitis şiddetinin yaşam kalitesiyle ilişkilendirildiği az sayıda çalışma vardır. Çalışmamız periodontitis şiddetinin yaşam kalitesiyle büyük sayıda gruplar ile değerlendirildiği ilk çalışmalardan biri olacaktır.

Çalışmamız kapsamında periodontal olarak sağlıklı, başlangıç-orta şiddette periodontitis ve şiddetli-ilerlemiş periodontitis olmak üzere 3 ayrı grup dâhil edilmiş olup yaşam kalitesiyle ilişkileri OHIP-14 ölçeği ile değerlendirilmiştir. OHIP-14 ölçeği toplam ve alt gruplarının ortanca değerlerinin kullanıldığı çalışmamızda sağlıklı grupta diğer gruplara göre skorlar anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Tüm sorular arasında OHIP-14 ölçeği toplam ve alt gruplarının ortanca değerleri en yüksek olan şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulunmuştur.

Çalışmamıza benzer olarak kronik periodontitis şiddetinin yaşam kalitesiyle ilişkisinin değerlendirildiği 450 kişiyi içeren bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Sağlıklı, başlangıç-orta periodontitis ve şiddetli periodontitis olmak üzere 3 ayrı gruptan oluşan çalışmanın sonuçlarına göre yaşam kalitesi periodontitis şiddetiyle birlikte düşmüştür (164).

Kronik periodontitisli bireylerde yapılan başka bir çalışmada faz 1 tedavinin yaşam kalitesine üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda kronik perioditisin düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu ve tedaviyle yaşam kalitesinde iyileşme olabileceği sonucuna varmışlardır (165). Periodontal hastalıklar özellikle kronik periodontitis şiddeti düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Yaptığımız çalışmanın sonucuna uygun olarak pek çok çalışma bildirilmiştir. Bu çalışmalar çalışmamıza benzerlik gösterse de daha geniş kişiyi içeren ve DHKS ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır (166, 167, 168, 169).

CD, KAS, Gİ ve Pİ ölçümleri periodontal hastalıkların değerlendirilmesi için kullanılan parametrelerdir. Ölçümlerden elde edilen skorlar en yüksek şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda bulundu. KAS ortanca değerleri sağlıklı grupta (grup 1) 0 iken grup 2 ve grup 3 te sırasıyla 1,98 ve 5,54 olarak bulunmuştur. CD ölçümlerinde de benzer şekilde periodontitis şiddetine bağlı artış gözlenmiştir (sırasıyla 2, 3, 17, 4, 93). Bu sonuç periodontal hastalığın plağa bağlı gelişen bir hastalık olduğu sonucunu desteklemektedir.

CD, KAS, GI, PI ölçümleri ile OHIP-14 ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Klinik ölçümlerin artışıyla yani hastalık şiddetine bağlı yaşam kalitesinin istatistiksel olarak olmasa da düştüğü tespit edilmiştir. Kentsel ve kırsal yerleşimli periodontitise sahip bireyler arasında yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada CD, PI, KAS, GI ölçümleri ile OHIP-14 ölçeği arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (170). Karayip'te yapılan 1821 erişkini kapsayan çok merkezli kesitsel bir çalışmada (2019) periodontal durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Periodontal hastalık bulgularıyla yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır (138). Bizim çalışmamız ile uyumlu olarak pek çok çalışmada periodontal hastalıkların şiddetiyle yaşam kalitesinin düşmesi arasında ilişki bildirilmiştir (156, 157, 166, 171).

Dental anksiyete; diş tedavisine bağlı olarak duyulan korku ve kuruntular nedeniyle gelişen, tam olarak açıklanamayan yoğun bir huzursuzluk halidir. Günümüzde güncel araştırmalar, diş hekimliği alanındaki modern ve teknolojik gelişmelere rağmen diş kaygısının hala yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Dental anksiyetenin sıklığını belirlemek amacıyla yapılan

çalışmalarda, bulgular Türk toplumunda dental anksiyetenin %21,3 - %23,5 oranında olduğunu göstermektedir (172). Diş hekimliğinde anksiyete (kaygı) farklı bileşenleri olan karmaşık bir durumdur. Bireylerin yaşı, cinsiyetleri, yaşadıkları ortam ve geçmişte travmatik diş tedavisi geçirmiş olmaları dental anksiyete düzeylerini etkilemektedir (89, 90).

Yapılan çalışmalarda yüksek anksiyete sahip bireylerde düşük seviyede olan bireylere göre daha fazla ağız diş problemleri olduğu bildirilmiştir. Bu durum anksiyeteye bağlı gelişen stresin etkisinden olabilir (83, 84). Çalışmamızda periodontal hastalık şiddetiyle dental anksiyetenin derecesinin belirlenmesi ve yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum gibi anksiyete üzerinde potansiyel belirleyicilerin etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Periodontal işlemler ile ilgili anksiyeteyi spesifik olarak değerlendirme imknı tanınmasından dolayı Diş Hekimi Korku Skalası (DHKS) kullanılmıştır.

Çalışmamızda diş hekim korkusuyla yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Danimarka'da dental anksiyetinin yaygınlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada yaş ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (173). Benzer şekilde Türkiye'de yapılan bir çalışmada anksiyete ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (174). Çalışmamızın aksine yaş ile diş hekim korkusu arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar da olmuştur. Ay ve arkadaşlarının anksiyetin olası belirleyicilerini değerlendirdikleri çalışmasında yaşla birlikte anksiyetenin azaldığı sonucuna varmışlardır (175). Thomson ve ark. (1996) Avusturalya'da anksiyete üzerine yaptıkları çalışmasında 35-44 yaş arasında bireylerin yüksek bir anksiyete değerine sahip olduğu tespit etmişlerdir (176). alışmalara katılan bireylerin sosyal, kültürel, toplumsal farklılıklarının olması, geçmiş diş hekim deneyimleri, ilk diş hekimine gitme yaşı gibi anksiyete üzerine etki edebilecek faktörlerin olması sebebiyle bulunan sonuçların birbirinden farklı olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda dental korku seviyesinin cinsiyete bağlı farklılık gösterdiği ve kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yakar'm diş kaygısı ve korkusunu 342 hastanın katılımıyla değerlendirdiği çalışmasında kadınlarda diş hekim korkusunu daha yüksek bulmuşlardır (172). Çalışmamızın sonuçlarıyla

uyumlu olarak birçok çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek diş hekimi korkusuna sahip oldukları bildirilmiştir (177, 178, 179).

Çalışmamızda medeni durum ile diş hekimi korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yıldırım'ın 2013 yılında 294 katılımcıyla diş hekimi korkusunu değerlendirdiği çalışmasında medeni durum ile diş hekimi korkusu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. (180).

Benzer şekilde yakın zamanda yapılan bir çalışmada medeni durum ile korku arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (172). Medeni durumda olduğu gibi aylık gelirle diş hekimi korkusu üzerinde ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Periodontal tedavi için bekleyen hastaların dental korku seviyesinin değerlendirildiği Sezer'in çalışmasında da bizim çalışmamızla uyumlu olarak aylık gelir düzeyine göre dental korku düzeyinin değişmediği gözlenmiştir (181). Tunç ve ark.(2005) Türk popülasyonunda modifiye dental anksiyete skalasının geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmasında aylık gelir ile diş hekimi korkusu arasında bir ilişki bulunamamışlardır. Ancak eğitim ile diş hekimi korkusu arasında negatif bir korelasyon saptanmış olup eğitim seviyesi arttıkça korku seviyesinin azaldığı sonucuna varmışlardır (182).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile diş hekimi korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlköğretim ve lise mezunlarının korku puanları üniversite ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eroğlu'nun (2017) diş hekimliğinde cerrahi prosedürlerin anksiyete üzerine etkisini değerlendikleri çalışmasında eğitim düzeyinin artışıyla korku düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (183). Çalışmamızın sonucundan farklı olarak İlgü ve ark. diş tedavisi için kliniğe gelen 294 hasta üzerinde anksiyete değerlendirmesi yaptıkları çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır (184). Eren ve Türkoğlu dental anksiyetinin periodontal durum ve demografik faktörle ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında dental anksiyete ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemişlerdir (185).

Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer olarak diş hekimi korkusu periodontal prosedürlerde gelişebilecek spesifik korku düzeyinin ölçümü DHKS ölçeği ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmamıza katılan bireylerin eğitim düzeyiyle ilişkili periodontal hastalık şiddeti artmış olup buna bağlı korku düzeyi değişmiş olabileceği düşüncesindeyiz. Çalışmamızda diş hekimine gitme sıklığı, diş fırçalama sıklığı, ilave bakım ile diş hekim korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızın sonucuyla uyumlu olarak Ay ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Kliniğine ilk kez başvuran 930 hastaya uygulanan DHKS sonucunda diş fırçalama sıklığı, diş hekimine gitme sıklığı, ilave bakım ile diş hekimi korkusu arasında ilişki olmadığı sonucunu bulmuşlardır (93).

Daha önce diş taşı temizliği yapılması, en son diş hekimine gitme, sigara kullanımıyla da diş hekimi korkusu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızın sonucu Ay'ın çalışmasının sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (93). Çalışmamızda diş hekimi korkusuyla yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon gözlemlendi. Çalışmamızda diş hekimi korkusu arttıkça yaşam kalitesi düşmüştür. Diş hekimi korkusu diş ağrısı, dental problemlerden dolayı beslenmeden kaçınma, uyku sorunu gibi problemlerle ilişkili olarak yaşam kalitesini aşağıya çekebilmektedir. Bu durumu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (15, 111, 112, 113, 114).

Periodontal hastalıklar kronik seyirli olup yavaş ve ağrısız ilerleyen hastalıklardır. Araştırmamızın konusu olan kronik periodontitis, periodontal hastalıkların en sık rastlanılan tipi olup popülasyonun büyük bir kısmını etkilemektedir. Düzenli diş hekimi kontrolü ve yapılan tedaviler periodontal hastalıkların hem teşhisi hem de ilerlemesinin önlenmesi için önemlidir. Diş hekimi kontrolü ve periodontal tedavilerin yanı sıra hasta odaklı yapılan değerlendirmeler hastalığın ilerlemesinde rol oynayabilecek kişisel faktörlerin ele alınması da hastalığın toplum temelli engellenmesinde önemli bir yere sahip olabilir. Çalışmamızda hasta odaklı değerlendirme amacıyla yaşam kalitesi (OHIP-14) ve diş hekimi korkusu (DHKS) ölçümleriyle periodontitis şiddetiyle olan ilişkisi incelenmiştir. Periodontal hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi; hasta algı seviyesi belirlenerek ve hasta odaklı değerlendirmeler yapılarak; toplum sağlık hizmetlerinin belirlenmesi ve mevcut kaynakların ihtiyaca

göre dağıtılması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamız kronik periodontitis şiddetinin yaşam kalitesi ve diş hekimi korkusuyla ilişkilendirilerek değerlendirildiği ilk çalışmalardan biri olacaktır.

Çalışmamız periodontoloji kliniğine tedavi amacıyla başvuran belli bir grup hasta değerlendirilmiş olup toplumun tümünü yansıtmamaktadır ve bu durum çalışmamızın en belirgin limitasyonudur.

Geniş çaplı ve ileriye dönük, ağız diş sağlığı ile ilgili çoklu faktörlerin değerlendirildiği çalışmalar, iyi planlı toplumsal taramalar ile ağız diş sağlığı bilinci ve algısının değerlendirilmesi dengeli ve çözüm üretecek sağlık politikalarının önünü açacağı düşüncesindeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında değerlendirdiğimiz sosyodemografik verilerin periodontal durum üzerine etkileri belirlendi. Bu tespitler sonucunda evli bireylerin periodontitis gruplarında bekar bireylere göre oranının anlamlı derecede daha fazla olduğu; eğitim durumunun periodontal sağlıkla ilişkili olduğu, lise ve ilköğretim mezunlarında şiddetli-ilerlemiş periodontitisli bireylerin oranı, üniversite ve lisansüstü mezunlarında ise periodontal sağlıklı olan bireylerin oranı yüksek bulunmuştur.

Çalışma kapsamında uygulanan anket ile bireylerin ağız bakım alışkanlıklarını değerlendiren sorulara verilen cevaplara göre dişlerini günde iki ve üzeri fırçalayanların oranı periodontal sağlıklı grupta periodontitis gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. İlave bakım oranı en fazla periodontal sağlıklı grupta bulunurken; sağlıklı grupta ara yüz fırçası en yüksek kullanılırken, kürdan kullanımı oranı en yüksek şiddetli-ilerlemiş periodontitis grubunda tespit edilmiştir.

Dişlerini düzenli fırçalayama oranı bekarların evlilere göre, üniversite ve lisansüstü mezunlarının lise ve ilköğretim mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca aylık geliri 2000 TL ve üzeri olanların dişlerini iki ve üzeri fırçalama oranı < 2000 TL olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Cinsiyete bağlı diş fırçalama alışkanlığı açısından ilişki bulunmamıştır.

Diş hekimine gitme sıklığı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır. Diş hekimine düzenli gidenleri oranı sağlıklı grupta periodontitis gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yine diş hekimine düzenli gidenlerin oranı bekarların evlilere göre, üniversite ve lisansüstü mezunlarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Aylık geliri 2000 TL ve üzeri olanlarda düzenli diş hekimine gidenlerin oranı aylık geliri < 2000 TL olanlardan daha yüksek bulundu.

Son 12 ay içerisinde diş hekimine gitme/gitmeme cinsiyet ile ilişkili bulunmamıştır. Ancak diş hekimine son 1 yıl içinde gitmiş olanların oranı bekarların evlilere göre, üniversite ve lisansüstü mezunlarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre yüksek bulundu. Yine aylık geliri 2000 TL ve üzeri olanlarda 12 ay

içerisinde diş hekimine gidenlerin oranı aylık geliri < 2000 TL olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Periodontal sağlık ile demografik faktörler ilişkili bulundu. Şiddetli-ilerlemiş periodontitisli bireylerin oranı; bekarların evlilere, ilköğretim ve lise mezunlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Yine aylık geliri 2000 TL ve üzeri olanlarda periodontitis görülme oranı diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Cinsiyet ile periodontal sağlık/hastalık arasında ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin periodontal durum değerlendirmek için alınan klinik parametrelerin periodontitis şiddetine bağlı yükseldiği ve buna paralel olarak OHIP-14 skorlarının yükseldiği sonucuna varıldı. Ayrıca OHIP-14 skorları ile DHKS skorları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı korelasyon tespit edildi. PI, Gİ, CD, KAS ile OHIP-14 arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edildi. Ayrıca CD, KAS ile DHKS arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir. Diş kaybı ile OHIP-14 arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki bulunurken; diş kaybı ile DHKS arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulundu.

Yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiş olan yani; yüksek OHIP-14 skorlarına sahip bireylerin oranı periodontitis gruplarında daha yüksek bulundu. Bununla ilişkili olarak yüksek OHIP-14 skorlarına sahip kişilerin diş hekimine düzenli gitmedikleri, diş fırçalamalarının daha düzensiz olduğu, 12 aydan daha uzun süre önce diş hekimi ziyaretine gittikleri sonucuna varıldı. Cinsiyete OHIP-14 skorları arasında bir ilişki bulunmazken; medeni duruma göre bekar bireylerin evli bireylere göre daha düşük OHIP-14 skorlarına sahip olduğu tespit edildi. Ayrıca eğitim durumunun artması ve aylık gelirin yükselmesine bağlı OHIP-14 skorlarının düştüğü; yani yaşam kalitesinin arttığı bulundu. Cinsiyet ile OHIP-14 skorları arasında bir ilişki bulunmadı.

DHKS değeri ile cinsiyet ve aylık gelir arasında bir ilişki bulunmadı. Kadınların erkeklere göre DHKS değerleri daha yüksek bulundu. Ayrıca eğitim durumunun artışıyla DHKS değerlerinde azalma görüldü.

Diş fırçalama sıklığı, diş hekimine gitme sıklığı ve diş hekimi ziyareti gibi ağız bakım alışkanlıkları ile DHKS arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylerden daha yüksek OHIP-14 skorlarına sahip olduğu bulundu. Ayrıca sigara kullanımı oranının periodontitis gruplarında sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu tespit edildi.

Periodontal hastalıklar özellikle kronik periodontitis yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik periodontitis sonucu oluşan kanama, ağız kokusu, diş eti çekilmeleri ve mobilite gibi klinik etkiler hastaların yaşam kalitesinin düşmesinde rol almaktadır. Hastalığın başlamasının ve ilerlemesinin önlenmesi amacıyla periyodik kontroller ile tedavi protokollerinin uygulanması önemlidir.

Periodontal hastalıklar açısından risk faktörü olabilecek düşük sosyoekonomik koşullara sahip bireylere ağız bakım alışkanlıkları ve ağız-diş sağlığı bilinci kazandırılma stratejileri üzerine yoğunlaşılmalıdır.

Genel sağlığın önemli bir parçası olan ağız-diş sağlığı yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşam kalitesinin etkilerinin daha detaylı bilinmesi periodontal hastalık açısından risk oluşturacak hasta gruplarının belirlenmesi ve hastalığın önlenmesi için programların geliştirilmesi açısından önemlidir.

Periodontal hastalıkların yaşam kalitesi ölçekleriyle hasta odaklı değerlendirilmesinin sonucu olarak; hastaların tedavi gereksinimlerinin belirlenmesi ve hastaya özgü tedavi yaklaşımlarının geliştirildiği sağlık politikaları planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Görgün Baran A. Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2008;1(2):86-97.
2. Yıldırım G, Erol F, Çelik MG Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesi Ve Kullanılan Ölçekler. Aydın Dental. 2017;3(1):65-73.
3. Wellapuli N, Ekanayake L. Association between chronic periodontitis and oral health-related quality of life in Sri Lankan adults. International dental journal. 2016;66(6):33743.
4. Kinane DF. Causation and pathogenesis of periodontal disease. Periodontology 2000. 2001;25(1):8-20.
5. Al-Harhi LS, Cullinan MP, Leichter JW, Thomson WM. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. *Australian Dental Journal*. 2013;58(3):274-7.
6. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Quality of life and disability weights associated with periodontal disease. *J Dent Res* 2007;86(8):713-7.
7. Hujoel PP. Endpoints in periodontal trials: the need for an evidence-based research approach. *Periodontol 2000*. 2004;36(1):196-204.
8. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):114-22.
9. Akboyun N, Alkan N, Gürkan C. Yaşam Kalitesi ve Periodontal Sağlık. *Diş Hekimliği Dergisi*. 2011;22(101):56-61.
10. Tsakos G, Allen PF, Steele JG, Locker D. Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(3):193-200
11. Jansson H, Wahlin A, Johansson V, Akerman S, Lundegren N, Isberg PE, Norderyd O. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-Related Quality of Life. *J Periodontol*. 2014;85(3):438-45.
12. Almoznino G, Zini A, Aframian DJ et al. Demographic profile, plaque index and DMFT scores of young individuals with dental anxiety and exaggerated gag reflex. *Oral Health Prev Dent*. 2015;13(2):123-8.
13. Levin L, Eli I, Ashkenazi M. Dental anxiety among young Israeli male adults as related to treatment received during childhood. *J Public Health Dent*. 2006;66(2):147-51.

14. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res.* 1969;48(4):596
15. Schierz O, John MT, Reissmann DR et al. Comparison of perceived oral health in patients with temporomandibular disorders and dental anxiety using oral health-related quality of life profiles. *Qual Life Res.* 2008;17(6):857–66.
16. Hernandez M, Dutzan N, Garcia-Sesnich J, Abusleme L, Dezerega A, Silva N, et al. Host-pathogen interactions in progressive chronic periodontitis. *J Dent Res.* 2011;90(10):1164-70.
17. Paster BJ, Olsen I, Aas JA, Dewhirst FE. The breadth of bacterial diversity in the human periodontal pocket and other oral sites. *Periodontol* 2000. 2006;42:80-7.
18. Gupta G. Probiotics and periodontal health. *J Med Life.* 2011;4(4):387-94.
19. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies.* 2016;8(15):137-50.
20. Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi.* 2003;13(2):3-8.
21. Lutfioglu M, Otan-Özden F, Sakalhoğlu EE, Aydoğdu A, Kurt S. Impact of receiving periodontal treatment at least once in lifetime on oral hygiene habits and periodontal status of individuals. *J Exp Integr Med.* 2013;3(1):63-7.
22. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, s. 4-7. İzmir, 8-10 Nisan 2004.
23. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health.* 2005;22(2):71-4.
24. Karaduman A. Physical independence and quality of life in old age, Aging in Turkey (in), Ed. Joseph Troisi and Yeşim Gökçe Kutsal Ankara: Hacettepe Üniversitesi GEBAM 2006, s.65-84.
25. Bergner M. Measurement of health status. *Med Care.* 1985;23(5):696–704.
26. Ware JE. The status of health assessment 1994. *Annu Rev Public Health.* 1995;16:327-54.

27. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*. 1992;305(6861):1074-77.
28. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*. 1998;2(14):1-74.
29. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinica features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):743-58.
30. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med*. 1997;45(2):221-30.
31. Yapıcı, Aslıhan (2006); “Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi,” Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
32. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2009;2(4):145-54.
33. Bilir N, Özcebe H, Vazioğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2005;25(5):663-8.
34. Aksungur, Abide (2009); “Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi,” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.
35. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):353-63.
36. Sabbah, Ç, Aksoy E. Üniversite Öğrencileri ve Çalışanların Boş Zaman Etkinlikleri: Adıyaman Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2001;3(4):10-23.

37. Vural Ö, Eler S, Güzel N.A. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2010;8(2):69-75.
38. WHO (2003). Health and Development Through Physical Activity and Sport, http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf. Erişim tarihi:7 Kasım2014
39. Cunningham, SJ, Hunt NP. Quality of Life and its Importance in Orthodontics. *Journal of Orthodontics*, 2001;28(2):152-8.
40. Rubin, R. R., & Peyrot, M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 1999;15(3):205-18.
41. Atchison KA. Understanding the “Quality” in quality care and quality of life (Chapter 3) In: Inglehart MR, Bangramian RA. *Oral Health Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002:13-28.
42. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 2000;17(1):13-35.
43. Allen, PF, McMillan AS, Locker D. An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.*2001;29(3):175-82.
44. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medi Care* 1989;27(3):217-32.
45. Langenhoff BS, Krabbe PFM, Wobbes T, Ruers TJM. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg.* 2001;88(5):643-52.
46. John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, Leresche L, Koepsell TD, Micheels W. Dimensions of oral-healthrelated quality of life. *J Dent. Res.* 2004;83:956-60.
47. Nordenram G, Ronnberg L, Winblad B. The perceived importance of appearance and oral function, comfort and health for severely demented persons by relatives, nursing staff and hospital dentists. *Gerodontology.* 1994;11(1):18-24.
48. Adamo D, Pecoraro G, Fortuna G, Amato M, Marenzi G, Aria M, Mignogna MD. Assessment of oral health-related quality of life, measured by OHIP-14 and GOHAI, and psychological profiling in burning mouth syndrome: A case-control clinical study. *J Oral Rehabil.* 2020;47(1):42-52.

49. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(1):52-61.
50. Locker D. Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):3-18.
51. Gismondo M, Drago L, Lombardi A. Review of probiotics available to modify gastrointestinal flora. *International journal of antimicrobial agents.* 1999;12(4):287-92
52. Slade, G. D. (2002), "Assessment of Oral Health-Related Quality of Life (Chapter 4) In: M. R. Inglehart and R. A. Bangramian, *Oral Health Related Quality of Life*". Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002:13-28.
53. Reisine ST. Theoretical considerations in formulating socodental indicators. *soc. sci med.* 1981;15(6):745-50.
54. Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health.* 1988;9:1-19.
55. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients quality of life. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 1989;17:7-10.
56. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;8:1-40.
57. Cohen LK, Jago JD. Toward formulation of socio-dental indicators. *International Journal of Health Services.* 1976;6(4):681-98.
58. Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. *The Oral Health Atlas: Mapping a neglected global health issue.* 2009; Brighton, UK: Myriad Editions for the FDI World Dental Federation.
59. Deaton C. Outcomes measurement and evidence-based nursing practice. *The Journal of Cardiovascular Nursing.* 2001;15(2):83-86.
60. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *British Dental Journal* 2002; 193(9):521-24.
61. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sacro-Infirri J. Development of the World Health Organisation (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J.* 1982;32(3):281-91.

62. Steele JG, Sanders AE, Slade GD. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(2):107-14.
63. Slade GD, Sanders A. The ICF and oral health. *International Classification of Functioning (ICF) Australian User Guide V1.0 Application* 10.9.
64. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25:284-290.
65. Inglehart MR, Bangramian RA. Oral healthy related quality of life: an introduction (Chapter 1) Ed: Inglehart MR, Bangramian RA. *Oral Health Related Quality of Life.* Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002, pp 1-6.
66. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26(1): 41-7.
67. Atchison KA, Dolan TA. Development Of The Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54(11):680-7.
68. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation Of An Oral Health Quality Of Life Index (GOHAI) In France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Aug;31(4):275-84.
69. Adulyanon S.S. A Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade G.D., editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Dental Ecology, University of North Carolina; Chapel Hill, NC, USA: 1997. pp. 151–160
70. Sudaduang Gherunpong, Georgios Tsakos, Aubrey Sheiham, Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004;21(2):161-9.
71. Nagarajappa R, Batra M, Sanadhya S, Daryani H, Ramesh G. Relationship between oral clinical conditions and daily performances among young adults in India - a cross sectional study. *J Epidemiol Glob Health.* 2015;5(4):347-57.
72. Leao A, Sheiman A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996;13(1):22-26.
73. Pandolfi M, Barcellos LA, Miotto MHMB, Góes OS. Saúde bucal e qualidade de vida de usuários dos serviços odontológicos de Vitória. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2011;3: 311-6.

74. Feu D, Quintão CCA, Miguel JAM () Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press J Orthod.* 2010;15(6):61-70.
75. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults influences on the quality of life *J Am Dent Assoc.* 1993;124(1):105-10.
76. Mumcu G, Inanc N, Ergun T, Ikiz K, Gunes M, Islek U, et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral diseases.* 2006;12(2):145- 51.
77. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3- 11.
78. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of Oral Health Impact Profile: translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci.* 2002;110(6):425-33.
79. Nuttall N, Steele J, Pine C, White D, Pitts N. Adult dental health survey: The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British Dental Journal.* 2001;190(3):121-126.
80. Weiner AA. *The fearful dental patient: A guide to understanding and managing.* 1st edition. Oxford; Wiley-Blackwell,2011, pp. 16-35.
81. Kozacıoğlu G, Gördürür H.E. *Bireyden topluma ruh sağlığı.* 1.Baskı.Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1995, s. 165-167.
82. Ter Horst G, de Wit CA. Review of behavioral research in dentistry 1987-1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship compliance, compliance and dental attendance. *Int Dent J.* 1993; 43: 265-278.
83. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(6):456-63.
84. Abrahamsson KH, Berggren U, Carlsson SG. Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol Scand.* 2000;58(1):37-43.
85. Rousset C, Lambin M, Manas F. The etiological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination. *ASDC J Dent Child.* 1997;64:99-106.
86. Corah NL, Gale EN, Ilig SJ. Assesment of a dental anxiety scale. *JADA* 1978;97(5): 816–19.

87. Curson I, Coplans MP. The need for sedation in conservative dentistry: An investigation in the inner London area. *British Dental Journal*. 1970;128(1):19-22.
88. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc*. 1988;116(6):641-7.
89. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health* 2007;7:12.
90. Muğlalı M, Kömerik N. Ağız cerrahisi ve anksiyete. *Cumhuriyet Ü Diş Hek Fak Derg*. 2005;8(2):83-8.
91. Marakoğlu İ, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi. *Cumhuriyet Ü Diş Hek Fak Derg*. 2003;6(2):73-9.
92. Yusa H, Onizawa K, Hori M, Takeda S, Takeda H, Fukushima S, et al. Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;98(1):23-7.
93. Ay ZY, Erdek Y, Öztürk M, Kılınç G, Bozkurt Y, Yılmaz R. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet üniversitesi diş hekimliği fakültesi dergisi*. 2005;8(1):8-12.
94. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients: a patient management handbook. 2nd ed. Reston, VA: Reston Publishing Co., 1995.
95. Gadbury-Amyot CC, Williams KB. Dental hygiene fear: gender and age differences. *J Contemp Dent Pract*. 2000;1(2): 42-59.
96. Ay ZY, Gündoğar D, Büyüköztürk S, Gadbury-Amyot C. Dental Hygiene Fear Survey: reliability and validity of the Turkish version. *J Dent Educ*. 2008;72(2): 183-194.
97. Gadbury-Amyot CC, Overman PR, Carter-Hanson C, Mayberry W. An investigation of dental hygiene treatment fear. *J Dent Hygiene* 1996;70(3):115–21.

98. Lindhe J, Karring T, Araujo M. The Anatomy of Periodontal Tissues. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5rd Ed. Blackwell Munksgaard 2008: 4-31.
99. Takei HH, Newman MG, Klokkevold PR, Carranza FA. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th Edition. St.Louis, Missouri, 2012.
100. Mariutti A. Dental plaque induced gingival diseases. *Annals of periodontology*. 1999;4(1):7-19.
101. Loesche WJ, Grossman NS. Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: diagnosis and treatment. *Clin Microbiol Rev*. 2001;14(4):727-752.
102. Cobb CM, Williams KB, Gerkovitch MM. Is the prevalence of periodontitis in the USA in decline? *Periodontol 2000*. 2009;50:13-24.
103. Opal SM, DePalo VA. Anti-inflammatory cytokines. *Chest*. 2000;117(4):1162-72.
104. Orozco A, Gemmell E, Bickel M, Seymour GJ. Interleukin-1beta, interleukin-12 and interleukin-18 levels in gingival fluid and serum of patients with gingivitis and periodontitis. *Oral Microbiol Immunol*. 2006;21(4):256-60.
105. Dommish H, Kebschull M. Chronic Periodontitis. In: Newman M, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. *Carranza's Clinical Periodontology*. 12th Ed. Elsevier Canada. 2015: 309-319.
106. Lindhe J, Kinane DF, Trombelli L. Chronic Periodontitis. In: Lindhe J, Lang LP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5th Ed. Blackwell Munksgaard. 2008: 420-428
107. Lindhe J, Karring T, Lang NP *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Blackwell Publishing Company, chapter 2; 2003, p.71.;chapter 8.
108. Eley B.M, Manson J.D. *Periodontics*. 5th edition. Elsevier Ltd; London: chapter 1:1-; chapter 2:21; chapter 12: 2004 pp.144-145.
109. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018;89:159-72.
110. He S, Wei S, Wang J, Ji P. Chronic periodontitis and oral health-related quality of life in Chinese adults: A population-based, cross-sectional study. *J Periodontol*. 2018;89(3):275-84.

111. McGrath, C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res.* 2004;13(4):813-8.
112. Mehrstedt M, Tönnies S, Eisentraut I. Dental fears, health status, and quality of life. *Anesth Prog.* 2004;51(3):90-4.
113. Ng SKS, Leung WK. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):347-56.
114. Vermaire JH, De Jongh A, Aartman IHA. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(5):409-16.
115. SILNESS J, LOE H. Periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation Between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontol Scand.* 1964;22:121-35.
116. Başol, ME, Karağaçlıoğlu L, Yılmaz B. Türkçe Ağız Sağlığı Etki Ölçeğinin geliştirilmesi-OHIP-14-TR. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci.* 2014;20(2):85-92.
117. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-9.
118. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–85.
119. Wagner TP, Costa RS, Rios FS, Moura MS, Maltz M, Jardim JJ, et al. Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016;44(4):390–9.
120. Dahl KE, Wang NJ, Öhrn K. Does Oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35–47 years of age in Norway. *Int J Dent Hyg.* 2012;10(1):15–21.
121. Qi X. *The third national oral health epidemiological survey. People's Medical Publishing House; 2008.*
122. Aysun Akpınar, DDS, PhD, Hülya Toker, DDS, PhD, Metin Çalışır, DDS Assessment of periodontal condition and systemic diseases in patients with periodontal diseases visiting periodontology clinic *Cumhuriyet Dent J.* 2012;15(2):93-100.

123. Bakri NN, Tsakos G, Masood M. Smoking status and oral health-related quality of life among adults in the United Kingdom. *BDJ*. 2018;225(2):153–8.
124. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: a Systematic Review. *Journal of dental research*. 2017;96(8):864-74.
125. Buset SL, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *Journal of clinical periodontology*. 2016;43(4):333–44.
126. Wang TF, Fang CH, Hsiao KJ, Chou C. Effect of a comprehensive plan for periodontal disease care on oral health-related quality of life in patients with periodontal disease in Taiwan 2018; 97(5): e9749
127. Ergen A, Tanriverdi O, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*. 2011;49(1):14-19.
128. Burt BA. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *J Am Dent Assoc*. 1994;125(3):273-79.
129. Position Paper: Epidemiology of Periodontal Diseases. *Academy Report J Periodontol* 2005; 76(8):1406-19.
130. Hassel AJ, Grossmann AC, Ohlman B, Rammelsberg P. Correlations Between Self- Ratings of Denture Function and Oral Health--Related Quality of Life in Different Age Groups. *Int J Prosthodont*. 2007; 20(3):242-4.
131. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci*. 2006;114(2):115-21.
132. Lawrance HP, Broadbent JM. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32- year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(4):305-16.
133. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *J Oral Sci* 2009;51(2): 245-54.
134. Blanco-Aguilera A, Blanco-Hungria A, Biedma-Velazquez L, Serrano-del-Rosal R, González-López L, Blanco-Aguilera E, Segura-Saint-Gerons R. Application

- of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19(2):127-35.
- 135.Kaya, Seda (2014); “Ağız ve diş sağlığı hastalarında yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi,” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi AD, Ankara.
- 136.Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y.The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom *Journal of Dentistry*. 2017;56:78-83.
- 137.Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996;43(8):1213-22.
- 138.Collins JR, Elías AR, Brache M, Veras K, Ogando G, Toro M, Rivas-Tumanyan SA, Rajendra B. Association between gingival parameters and Oral health-related quality of life in Caribbean adults: a population-based crosssectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19:234.
- 139.Casey DW, Daniel WM, Cierra B, Edwards RJ, Crout KN, John RS, Mary LM. Periodontal Status and Quality of Life: Impact of Fear of Pain and Dental Fear *Hindawi Pain Research and Management*. 2017; 5491923
- 140.Cağlayan F, Altun O, Miloğlu O, Kaya MD, Yılmaz AB. Correlation between oral health related quality of life OHQoL and oral disorders in a Turkish patient population. 2009;14(11):573-8.
- 141.Almerich-Silla JM, Almiñana-Pastor PJ, Boronat-Catalá M, Bellot-Arcís C, Montiel-Company JM. Socioeconomic factors and severity of periodontal disease in adults (35-44 years). A cross sectional study. *J Clin Exp Dent*. 2017 Aug 1;9(8):988-94.
- 142.Boillot A, El Halabi B, Batty GD, Rangé H, Czernichow S, Bouchard P. Education as a Predictor of Chronic Periodontitis: A Systematic Review with Meta-Analysis Population-Based. 2011;6(7):1-9.
- 143.Zimmermann, H, Zimmermann, N, Hagenfeld D, Veile A, Kim TS, Becher, H. Is frequency of tooth brushing a risk factor for periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2014;43(2):116-127.

- 144.Sakki TK, Knuuttila MLE, Anttila SS. Lifestyle, gender and occupational status as determinants of dental health behavior. *J Clin Periodontol.* 1998;25(7):566-70.
- 145.Han K, Park JB. Association between oral health behavior and periodontal disease among Korean adults *Medicine (Baltimore).* 2017;96(7):61-76.
- 146.Park JB , Han K, Park YG, Ko Y Association between socioeconomic status and oral health behaviors: The 2008–2010 Korea national health and nutrition examination survey *Exp Ther Med.* 2016;12(4):2657–64.
- 147.Brennan DS, Spencer AJ. Life events and oral-health-related quality of life among young adults. *Qual Life Res.* 2009;18(5):557-65.
- 148.Oberoi SS , Sharma G, Oberoi A. A cross-sectional survey to assess the effect of socioeconomic status on the oral hygiene habits *J Indian Soc Periodontol.* 2016;20(5):531–42.
- 149.Arun R, Karthik SJ, Nagarakanti S, Kumar TS, Arun KV, Usharani MV. Influence of literacy and socioeconomic status on awareness of periodontal disease. *Med Res Chron.* 2015;;2(1): 94-107.
- 150.Newman JF, Gift HC. Regular pattern of preventive dental services--a measure of access. *Soc Sci Med.* 1992;35(8):997-1001.
- 151.Verbrugge LM. Marital status and health. *J Marriage Fam* 1979;41(2):267-85.
- 152.Eguchi T, Tada M, Shiratori T, Imai M, Onose Y, Suzuki S, Satou R, Ishizuka Y, Sugihara N *Bull Tokyo Dent Coll.* Factors Associated with Undergoing Regular Dental Check-ups in Healthy Elderly Individuals. 2018;59(4):229-36.
- 153.Cepeda MS, Weinstein R, Blacketer C, Lynch MC. Association of flossing/inter-dental cleaning and periodontitis in adults. *J Clin Periodontol.* 2017;44(9): 866–71
154. Spinler K, Aarabi G, Valdez R, Kofahl C, Heydecke G, König HH, Hajek A. Prevalance and determinants of dental visits among older adults: findings of a nationally representative longitudinal study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):590.
- 155.Almoznino G, Aframian DJ, Sharav Y, Sheftel Y, Mirzabaev A, Zini A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life *Oral Dis.* 2015;21(5):659-66.

156. Ediani Machado M, Tomazoni F, Ruffo Ortiz F, Ardenghi TM, Zanatta FB. Impact of partial-mouth periodontal examination protocols on the association between gingival bleeding and Oral health-related quality of life in adolescents. *J Periodontol.* 2017;88:693–701.
157. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol.* 2004;31(6):454–7.
158. Gautam DK, Jindal V, Gupta SC, Tuli A, Kotwal B, Thakur R. Effect of cigarette smoking on the periodontal health status: A comparative, cross sectional study. *Journal of Indian Society of Periodontology.* 2011; 15(4): 383-7.
159. Shereef M, Sanara PP, Karuppanan S, Noorudeen AM, Joseph K. The effect of cigarette smoking on the severity of periodontal diseases among adults of Kothamangalam Town, Kerala. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(2):648–51.
160. Hilgers KK, Kinane DF. Smoking, periodontal disease and the role of dental profession. *Int J Dental Hygiene* 2004;2:56-63.
161. Bergström J. Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989;17(5):245-7.
162. Rebelo MA, de Castro PH, Rebelo Vieira JM, Robinson PG, Vettore MV. Low Social Position, Periodontal Disease, and Poor Oral Health-Related Quality of Life in Adults With Systemic Arterial Hypertension. *Journal of periodontology.* 2016;87:1379–87.
163. Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of teeth and oral health-related quality of life. *Journal of dental research.* 2016;95:1350–7.
164. Yadav T, C Priyanka, Kapoor S. Association between chronic periodontitis and oral health-related quality of life in Indian adults year. *Journal of International Oral Health.* 2019;11(5):280-6.
165. Goel K, Baral D. A comparison of impact of chronic periodontal diseases and nonsurgical periodontal therapy on oral health-related quality of life. *International Journal of Dentistry,* **2017**; 9352562:1– 7.
166. Meusel DR, Ramacciato JC, Motta RH, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life *J Oral Sci.* 2015;57(2):87-94.

- 167.Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodontal Res.* 2017;52(4):651-65.
- 168.Palma PV, Caetano PL, Leite IC. Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. *Int J Dent.* 2013: 150357.
- 169.Sulaiman L, Saub R, Baharuddin NA, Safii SH, Gopal Krishna V, Bartold PM, Vaithilingam RD. Impact of Severe Chronic Periodontitis on Oral Health-related Quality of Life. *Oral Health Prev Dent.* 2019;17(4):365-73.
- 170.Grover V, Malhotra R, Dhawan S, Kaur G. Comparative assessment of oral health related quality-of-life between rural and urban chronic periodontitis patients. *Saudi Journal of Oral Sciences.* 2015;2(1):19-24.
- 171.Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol.* 2010;37(11):968–72.
- 172.Yakar B, Kaygusuz TÖ, Pırınçcı E. Evaluation of Dental Anxiety and Fear in Patients who Admitted to the Faculty of Dentistry: Which Patients are More Risky in terms of Dental Anxiety. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(6):719–26.
- 173.Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(5):292-6.
- 174.Ergüven SS, Kılınç Y, Delilbaşı E, Işık B. Bir diş hekimliği fakültesi ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğine başvuran hastaların dental kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Act Odontol Turcica.* 2015;32(1):7-11.
- 175.Ay ZY, ÇAĞLAR F, ORUN B, USKUN E. The consistency of the patient expressions with the surveys' results about the oral health status, dental anxiety levels and its possible determinants. *DergiPark Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;5(2):56-61.
- 176.Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJ. Dental anxiety among Australians. *Int Dent J.* 1996;46(4):320-4.
- 177.Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract.* 2006;7(3):75–82.

178. Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int.* 2006;37(4):304–10.
179. Marya CM, Grover S, Jnaneshwar A, Pruthi N. Dental anxiety among patients visiting a dental institute in Faridabad, India. *West Indian Med J.* 2012;61(2):187–90.
180. YILDIRIM TT, KAYA FA, UYSAL E. 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.* 2013;19(2):77-85.
181. Sezer U, Üstün K, Şenyurt SZ, Çiftçi ME, Erciyas K. Periodontoloji kliniğine başvuran hastalarda anksiyetenin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Dent J.* 2012;15(4):297-306.
182. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(5): 357–62.
183. Eroglu CN , Ataoğlu H , Küçük K. Factors affecting anxiety-fear of surgical procedures in dentistry nigerian journal of clinical practice. 2017;20(4):409-14.
184. İLGÜY D, İLGÜY M, DİNÇER S, BAYIRLI G. Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish Patients. *The Journal of International Medical Research.* 2005;33(2):252–9.
185. Eren G, Türkoğlu O. Dental Anxiety in Relationship to Demographic Status and Periodontal Health in Adults. *Meandros Med Dent J.* 2018;19:226-32.
186. H Loe, J Silness Periodontal Disease In Pregnancy. I. Prevalence And Severity. *Acta Odontol Scand* 1963;21(6):533-51.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 07/11/2018
TOPLANTI NO : 2018/21

KARARLAR :

- 7- Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-223-07/11 Protokol no'lu "Periodontitis Şiddetinin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) ve Dental Hijyen Korku Skalası (DHKS) ile ilişkilendirilerek İncelenmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Gennur ÖZBAKIŞ DENGİZ
Zonguldak B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 2. İntihal Beyan Formu

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

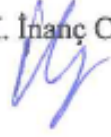
Periodontoloji Anabilim Dalında yürütülen ‘‘ Periodontitis Şiddetinin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) ve Dental Hijyen Korku Skalası (DHKS) ile İlişkilendirilerek İncelenmesi ‘‘ başlıklı tez için akademik intihal engelleme programında yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdadır.

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 20/03/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı
Araş. Gör. Restil ÇOLAK



Danışman Adı-Soyadı
Prof. Dr. M. İnanç CENGİZ



BENZERLİK ORANLARI: % 22

Ek: İntihal tespit programı çıktısı

Ek 3. İntihal tespit program çıktısı

PERİODONTİTİS ŞİDDETTİNİN YAŞAM KALİTESİNDEKİ DEĞİŞİM ÜZERİNE ETKİSİNİN AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ (OHIP-14) VE DİŞ HEKİMİ KORKU SKALASI (DHKS) İLE İLİŞKİLENDİRİLEREK İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%22	%15	%6	%17
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	%4
2	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	%2
3	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	%1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	edergi.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
8	Submitted to Trakya University	

	Öğrenci Ödevi	%1
9	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
10	anadolu.dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
11	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
12	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
13	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
14	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
15	dent.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
16	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
17	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	ERGÜVEN, Sara Samur, IŞIK, Berrin and KILINÇ, Yeliz. "Diş hekimliği fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile son sınıf öğrencilerinin dental	<%1

kaygı-korku düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi", Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2013.

Yayın

19	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	www.yasadedergi.org İnternet Kaynağı	<% 1
21	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
22	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
23	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
24	www.turkcer.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
25	cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<% 1
26	eskidergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
27	GÖKALP, Saadet, DOĞAN, Bahar, Güçiz, TEKÇİÇEK, Meryem, BERBEROĞLU, Atilla and ÜNLÜER, Şengül. "Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004", Hacettepe Üniversitesi, 2007.	<% 1

28	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
29	www.erzincan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<% 1
31	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<% 1
33	www.akademikbilgisistemi.com İnternet Kaynağı	<% 1
34	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
35	www.ankilozanspondilit.com İnternet Kaynağı	<% 1
36	bekircakir.com İnternet Kaynağı	<% 1
37	Submitted to Galatasaray University Öğrenci Ödevi	<% 1
38	issuu.com İnternet Kaynağı	<% 1

39	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
40	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
41	openaccess.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
42	sbk2017.org İnternet Kaynağı	<% 1
43	Submitted to Anadolu University Öğrenci Ödevi	<% 1
44	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
45	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Öğrenci Ödevi	<% 1
46	GÖKÇE, Ceren and TONGUÇ, Mine Öztürk. "Antioksidan Besinlerin Periodontal Sağlıktaki Rolü", Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2018. Yayın	<% 1
47	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
48	www.capps.org İnternet Kaynağı	<% 1

49	www.toraks.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
50	Submitted to Ordu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
51	İPEK, Fikret and GÜL, Kadri. "Kronik periodontitisin klasik mekanik tedavisine ek olarak sistemik metronidazol uygulananının klinik ve mikrobiyolojik etkilerinin incelenmesi", Dicle Üniversitesi, 2007. Yayın	<% 1
52	Hatice Yasemin AYDIN, Hatice Deniz İLHAN, Yaşar DURANOĞLU. "Evaluation of Visual Functions After Surgical Treatment of Infantile Esotropia", Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology, 2015 Yayın	<% 1
53	"Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 Yayın	<% 1
54	SÖNMEZ, Seda and TOP, Mehmet. "Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi", SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, 2015. Yayın	<% 1
55	www.theta-research.nl İnternet Kaynağı	<% 1

56	B. S. Langenhoff. "Quality of life as an outcome measure in surgical oncology", British Journal of Surgery, 5/2001 Yayın	<% 1
57	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
58	DEĞERLİ, Serpil, MALATYALI, Erdoğan, ÖZÇELİK, Semra and ÇELİKSÖZ, Ali. "Enterobiosis in Sivas, Turkey from past to present, effects on primary school children and potential risk factors", Türkiye Parazitoloji Derneği, 2009. Yayın	<% 1
59	Submitted to Eskisehir Osmangazi University Öğrenci Ödevi	<% 1
60	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	<% 1
61	www.sosyolojikongresi.org İnternet Kaynağı	<% 1
62	Submitted to Middle East Technical University Öğrenci Ödevi	<% 1
63	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
64	www.sporbilim.com İnternet Kaynağı	<% 1

65	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
66	Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
67	Submitted to Giresun Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
68	"Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures", Springer Science and Business Media LLC, 2010 Yayın	<% 1
69	www.uroturk.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
70	www.ejgm.org İnternet Kaynağı	<% 1
71	Doğan Güçlühan GÜÇLÜ, Ömer ŞENORMANCI, Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ, Musa ÇIRAK, Ramazan KONKAN, Murat ERKIRAN. "The Effect of Psychopathology on the Quality of Life and the Disability of Patients with Chronic Neck Pain", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2013 Yayın	<% 1
72	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<% 1
73	tez.sdu.edu.tr	

	Internet Kaynağı	<% 1
74	Submitted to Erciyes Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
75	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<% 1
76	Submitted to Fırat Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
77	acikerisim.demiroglu.bilim.edu.tr:8080 Internet Kaynağı	<% 1
78	halkhemderkongre2018.org Internet Kaynağı	<% 1
79	Submitted to Mehmet Akif Ersoy Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
80	turkpsikiyatri.com Internet Kaynağı	<% 1
81	ÖZGÜN, Mahmut Tuncay, MURAT, Nurcan, BATUKAN, Ahmet Cem and BAŞBUĞ, Mustafa. "İntrauterin gelişme geriliğinde arteriyal ve venöz doppler bulguları ile perinatal sonuçların karşılaştırılması", Erciyes Üniversitesi, 2009. Yayın	<% 1
82	www.revayih.com Internet Kaynağı	<% 1

83 DELİCE, Murat and DUMAN, Ali. "Toplum destekli polislik kapsamında halkın polis algısının ölçülmesi: Erzurum ili örneği", Polis Akademisi Başkanlığı, 2012. <% 1

Yayın

84 B. S. Langenhoff, P. F. M. Krabbe, T. Wobbes, T. J. M. Ruers. "Quality of life as an outcome measure in surgical oncology", British Journal of Surgery, 2001 <% 1

Yayın

85 ÜNLÜ, Nimet, ŞENER, Sevgi and KARABEKİROĞLU, Said. "Genç yetişkinlerde birinci büyük azı dışında çürük görülme sıklığı ve ağız bakım faktörleri ile ilişkisi", Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2014. <% 1

Yayın

86 Cubukcu, Nida, and Sezgi Cinar. "Can oral mucositis be prevented in patients receiving chemotherapy", Journal of Marmara University Institute of Health Sciences, 2012. <% 1

Yayın

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

Ek 4. Tez Yazım Değerlendirme Formu

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Pedodontoloji Anabilim Dalında yürütülen "Periodontitis Şiddetinin Yaşam Kalitesindeki Değişim Üzerine Etkisinin Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) ve Dental Hijyen Korku Skalası (DHKS) ile İlişkilendirilerek İncelenmesi" başlıklı ve uzmanlık öğrencisi Resul Çolak tarafından hazırlanan uzmanlık tezinde;

- DİŞ KAPAK SAYFASI
- İÇ KAPAK SAYFASI
- TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI
- ÖNSÖZ SAYFASI
- TÜRKÇE ÖZET
- İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)
- İÇİNDEKİLER
- SİMGELER ve KISALTMALAR
- ŞEKİL DİZİNİ (Gerekli ise)
- TABLO DİZİNİ (Gerekli ise)
- GİRİŞ
- GENEL BİLGİLER
- GEREÇ ve YÖNTEM
- BULGULAR
- TARTIŞMA
- SONUÇLAR
- KAYNAKLAR
- EKLER (Etik kurul onayı vb.)
- ÖZGEÇMİŞ
- İNTİHAL RAPORU
- FORMATLA İLGİLİ DİĞER HUSUSLAR (Alt bölümler, Latince isimler, Ondalık ayraçlar, Metin içerisindeki göndermeler ve kaynak göstermeler, Alıntılar, Dipnotlar, Simgeler ve kısaltmalar vb.)

Tez yazım kılavuzunda belirtildiği gibi hazırlanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususlar tarafımdan kontrol edilmiştir.

Danışmanın Adı-Soyadı: Prof. Dr. M. İnanç CENGİZ

Tarih: 17.06.2020

İmza: 

Kontrol Eden

Adı-Soyadı: Doç. Dr. Nurhat ÖZKAYAĞCI

Tarih: 17.06.2020

İmza: 

Ek 5. Anket Formu

Bu anket formunun uygulanmasındaki amaç diş eti hastalıklarının şiddetinin yaşam kalitesi ve diş hekimi korkusu ile ilişkilendirilmesidir. Ayrıca diş eti hastalıklarına ve yaşam kalitesine etkili olabilecek çevresel faktörlerin değerlendirilmesidir.

Hastanın Adı-Soyadı:	
Yaş:	
Cinsiyet:	<input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> Erkek
Medeni Durum:	<input type="radio"/> Evli <input type="radio"/> Bekar
Meslek:	
Eğitim Seviyesi:	<input type="radio"/> İlköğretim <input type="radio"/> Lise <input type="radio"/> Üniversite <input type="radio"/> Yüksek Lisans
Ailenin Aylık Geliri:	<input type="radio"/> <1000 <input type="radio"/> 1000-2000 <input type="radio"/> >2000
1.Günlük diş fırçalama sıklığınız nedir?	<input type="radio"/> Fırçalamıyor ve/veya düzensiz <input type="radio"/> Günde 1 <input type="radio"/> Günde 2 ve/veya üzeri
2.İlave bakım araçları kullanıyor musunuz? Kullandıklarınızı işaretleyiniz.	<input type="radio"/> Diş ipi <input type="radio"/> Ara yüz fırçası <input type="radio"/> Gargara <input type="radio"/> Kürdan
3.Diş hekimine gitme sıklığınız nedir?	<input type="radio"/> Yakınma olunca <input type="radio"/> Ara sıra <input type="radio"/> Düzenli
4.En son diş hekimine gitme zamanınız nedir?	<input type="radio"/> Son 1 yıl içinde <input type="radio"/> 1 yıldan daha uzun süre içinde
5.Sigara kullanıyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet Günde kaç adet kullanıyorsunuz? (...) <input type="radio"/> Hayır
6.Daha önce diş taşı temizliği yaptırдыңız mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır

AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ PROFİLİ (OHIP-14)

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

	Hiçbir zaman	Ender olarak	Ara sıra	Sıklıkla	Çok sıklıkla
1.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etmekte sorunu nuz oldu mu?					
2.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizi zayıfladığını hissediyor musunuz?					
3.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağrılı bir durumu yaşadınız mı?					
4.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?					
5.Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?					
6.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?					
7.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diyetinizi (beslenmenizi) tatmin edici olmadığını buldunuz mu?					
8.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmakta zorlandınız mı?					
9.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gevşemede (rahatlama ve dinlenme) zorlandığınızı buldunuz mu?					
10.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?					
11.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara az da olsa asabi davrandığınızı buldunuz mu?					
12.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile her zaman yaptığınız işinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?					
13.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici ve keyifsiz olduğunu hissettiniz mi?					
14.Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?					

DİŞ HEKİMİ KORKU SKALASI (DHKS)

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

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

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Resül ÇOLAK

Doğum Yeri/ Tarihi: Balıkesir/ 05.06.1991

e-posta: dtcolakresul@gmail.com

Yabancı dil: İngilizce

Eğitim Bilgileri

Bandırma Ayyıldız Anadolu Lisesi, 2005-2009

Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2010-2015

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Periodontoloji Anabilim Dalı,
2017