



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

Seda Kaya

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2014

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Seda Kaya

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2014

KABUL VE ONAY

Seda KAYA tarafından hazırlanan "Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 12 Haziran 2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

(İmza)

(Başkan) Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

(Danışman) Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN
Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Doç. Dr. Gülşin ERİGÜÇ
Hacettepe Üniversitesi

(İmza)

Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ
Kırıkkale Üniversitesi

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumunyıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılmaz.

12.06.2014



Seda KAYA

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezimin her aşamasında, ilgiyle ve özveriyle yol gösterip, bilgi ve desteğini esirgemeyen, her türlü zorlukta büyük katkı sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet TOP'a,

Tez dönemi boyunca desteğini esirgemeyen sayın Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Nesrin AKÇA'ya ve sayın Yrd. Doç. Dr. Oğuz IŞIK'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve becerilerini paylaşan, yol gösteren bütün hocalarıma,

Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliğine ve çalışanlarına,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Her zaman yanımda olan, desteğini her daim hissettiren ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarıma,

Beni her zaman destekleyen, büyük emeklerle yetiştiren ve hayata tutunmamı sağlayan canım aileme,

Sonsuz minnetlerimi sunarak, en içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Kaya, Seda. “Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Araştırmanın amacı, ağız ve diş sağlığı hastalarında genel sağlık ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin incelenmesidir. Ayrıca araştırmada ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin genel sağlık yaşam kalitesi üzerine etkisi de değerlendirilmiştir. Çalışmaya Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran 527 yetişkin birey dâhil edilmiştir. Veriler sosyo-demografik özellikleri içeren sorular, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olan OHIP-14 ve OHQoL-UK ile genel sağlık yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36 kullanılarak oluşturulan bir anket formunun katılımcılara uygulanmasıyla toplanmıştır. Çalışmada katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi düzeyleri cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, diyabet ve hipertansiyon hastalığı varlığı gibi bireysel özelliklere göre ve çalışmanın yapıldığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan ödemeler ve bu hizmetler için ödenen katkı payları açısından değerlendirilmiştir. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin genel sağlık yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçekleri boyutlarının SF-36 ölçeğinin genel boyutları üzerine etkisi kurulan çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir.

Araştırma sonucunda belirlenen bireysel özelliklere ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelere göre OHIP-14, OHQoL-UK ve SF-36 ölçeklerinin bazı boyutlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Kurulan çoklu regresyon analizine göre OHIP-14 ölçeği boyutlarından fonksiyonel sınırlılık (std β =-0,173) ve fiziksel ağrının (std β =-0,193), OHQoL-UK ölçeği boyutlarından fiziksel durum (std β =0,354) ve sosyal durumun (std β =0,185) SF-36 genel fiziksel sağlık boyutu; OHIP-14 ölçeği boyutlarından fonksiyonel sınırlılık (std β =-0,231) ve fiziksel ağrının (std β =-0,139), OHQoL-UK ölçeği boyutlarından semptom (std β =0,156), fiziksel durum (std β =0,354) ve sosyal durumun (std β =0,185) SF-36 genel mental sağlık boyutu üzerine anlamlı etkisi bulunmuştur. Araştırma sonucundan elde edilen bulguların sağlık planlamalarında ve geri ödeme politikalarında sağlık yöneticilerine önemli kanıta dayalı bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi

ABSTRACT

Kaya, Seda. “*Evaluation of Quality of Life in Dental Patients*”. Master’s Thesis, Ankara, 2014.

The aim of this study to evaluate the general health and oral health related quality of life in dental patients. This study is also evaluate effects on general health related quality of life of oral health related quality of life dimensions. 527 outpatients of a public dental hospital, which is located in Kırıkkale province, are incorporate in to the study. Data were collected by the application of a survey form including different questions about socio-demographic features, and oral health related quality of life surveys OHIP-14 and OHQoL-UK and general health related quality of life survey SF-36. In this study participants’ general health and oral health related quality of life is evaluated by using personal characteristics like gender, marital status, age, education status, cause of visit, existence of diabetes and hypertension diseases and payments made by Social Security Institution for the oral health services in the period of study and patient share. The aim of evaluating effects on general health related quality of life of oral health related quality of life is examined with multiple regression analysis that OHIP-14 and OHQoL-UK scales dimensions’ effect on SF-36 scale general dimensions.

As a result of research OHIP-14, OHQoL-UK and SF-36 scales some dimensions according to personal characteristics and payments statistically significant differences were found. According to the multiple regression analysis OHIP-14scale dimensions of the functional limitation (std beta = -0.173) and physical pain (std beta = -0.193), OHQoL-UK scale dimensions of the physical status (std beta = 0.354) and social status (std beta = 0.185) on SF-36 physical health dimension; OHIP-14 scale dimensions of the functional limitation (std beta = -0.231) and physical pain (std beta = -0.139), OHQoL-UK scale dimensions of the symptom (std beta = 0.156), physical status (std beta = 0.354) and social status (std β = 0.185) on SF-36 mental health dimension were found to have a significant impact. The research results are expected to provide important evidence based information to health managers and decision makers in health planning and reimbursement policies.

KeyWords: Oral health, health related quality of life, oral health related quality of life

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	4
1.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	4
1.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı	7
1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramının Ölçülmesi ve Kullanılan Ölçekler.....	7
1.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramının Değerlendirilmesi	15
2. BÖLÜM: AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	19
2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı ve Genel Sağlık ile Olan İlişkisi	19
2.2. Dünya’da Ağız ve Diş Sağlığı	21
2.3. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı	24
2.4. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı	26
2.5. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinde Kullanılan Ölçekler ..	31
2.6. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	33
3. BÖLÜM: AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR.....	36
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
4.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi	42
4.2. Çalışmanın Yöntemi.....	43

4.3. Hipotezler.....	45
4.4. Varsayımlar.....	46
4.5. Verilerin Toplanması	46
4.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	47
4.5.2. Kısa Form-36 (SF-36) Ölçeği	47
4.5.3. Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14) Ölçeği	49
4.5.4. Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-BK (OHQoL-UK) Ölçeğ	50
4.6. Verilerin Analizi	50
4.7. Sınırlılıklar	51
5. BÖLÜM: BULGULAR	53
6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	90
7. BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER.....	95
KAYNAKLAR	98
EK 1. ANKET FORMU	109
EK 2. SF-36 ÖLÇEĞİ SKOR TABLOLARI.....	115
EK 3. İZİN YAZISI	116
ÖZGEÇMİŞ.....	117

SİMGELER VE KISALTMALAR

CPITN	: Community Periodontal Index of Treatment Needs
DMFT	: Decayed, Missed, Filled Teeth
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDI	: Fédération Dentaire Internationale
GOHAI	: General Oral Health Assessment Index
IADR	: International Association of Dental Research
OHIP	: Oral Health Impact Profile
OHQoL-UK	: Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom
OIDP	: Oral Impact on Daily Performance
P	: Anlamlılık düzeyi
R²	: Regresyon Tanımlayıcılık Katsayısı
SF-36	: Short Form-36
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SPSS	: İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)
VIF	: Variance Inflation Factor

ŞEKİLLER

Şekil 1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Temel Bileşenleri	28
Şekil 2. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Kavramının Kavramsal Modeli..	30
Şekil 3. Araştırma Modeli	44

TABLOLAR

Tablo 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Genel Çerçevesi	5
Tablo 2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Sınıflaması.....	13
Tablo 3. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinde Kullanılan Ölçekler.....	32
Tablo 4. Katılımcıların Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı.....	53
Tablo 5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelerin Genel Görünümü	54
Tablo 6.OHIP-14 Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 7. OHIP-14 Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 8. OHIP-14 Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 9. OHIP-14 Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	59
Tablo 10. OHIP-14 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 11. OHIP-14 Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması ..	61
Tablo 12. OHIP-14 Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 13. OHQoL-UK Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 14. OHQoL-UK Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	64
Tablo 15. OHQoL-UK Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 16. OHQoL-UK Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 17. OHQoL-UK Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması....	67
Tablo 18. OHQoL-UK Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Var. Göre Karşılaştırılması.....	68
Tablo 19. OHQoL-UK Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 20. SF-36 Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 21. SF-36 Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	71
Tablo 22. SF-36 Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	72

Tablo 23. SF-36 Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 24. SF-36 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 25. SF-36 Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 26. SF-36 Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Var. Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 27. OHIP-14 Ölçeği Toplam Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 28. OHQoL-UK Ölçeği Toplam Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 29. SF-36 Ölçeği Fiziksel Sağlık Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 30. SF-36 Ölçeği Mental Sağlık Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 31. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı Etki Profilinin Etkisi	84
Tablo 32. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Mental Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı Etki Profilinin Etkisi	85
Tablo 33. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı İlişkili Yaşam Kalitesinin Etkisi	87
Tablo 34. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Mental Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı İlişkili Yaşam Kalitesinin Etkisi	88

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (1948) sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamış ve böylece iyilik halinden hastalığa, hastalıktan engelliğe kadar çok geniş bir kavram olduğu vurgulanmıştır. Geçmişte sağlık kavramının ölçülmesinde mortalite ve morbidite oranları gibi klinik indikatörler kullanılmaktaydı. Ancak bu indikatörler bireyin ya da toplumların iyilik halleri hakkında bilgi sağlamamaktaydı (Gift ve Atchison, 1995:NS58). Bu nedenle çok boyutlu bir kavram olan sağlığın tüm boyutlarını dikkate alarak ölçülmesi gerekliliği sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmış ve sağlığın multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir (Atchison, 2002:15).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı bireylerin bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık algılarını ve bunların birbirleriyle olan etkileşimini, sağlık risklerini ve koşullarını, işlevselliği, sosyal desteği ve sosyoekonomik statüyü ve çevresel anlamda toplumun sağlık algısını ve işlevselliğini etkileyen kaynakları, koşulları, politikaları ve uygulamaları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler sayesinde yaşam süresinin uzaması sağlanmış; ancak bu durum beraberinde uzayan yaşam süresinin aynı zamanda da kaliteli olup olmadığı sorusunu gündeme getirmiştir (Cimprich ve Paterson, 2002:47). Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde uygulanmakta olan tedavinin temel amacı da bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmektir (Carr vd, 2003:10).

Ağız ve diş hastalıkları en yaygın kronik hastalıklar arasında yer almakta ve dünya genelinde sıklığının yüksek olması, bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisinin fazla olması ve tedavilerinin maliyetli olması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Sheiham, 2005:644). Ağız ve diş sağlığı aynı zamanda genel sağlığın önemli ve bütünleyici bileşenlerinden biridir. Ağız ve diş hastalıkları genel sağlığı etkilemekte ve sistemik hastalıklar da ağız boşluğu içerisinde birtakım semptomların gelişmesine neden olmaktadır (Beaglehole vd, 2009:18).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar ve bozukluklar bireylerin uzun ve daha iyi bir şekilde yaşama amacını olumsuz yönde etkilemekte, dış görünüşlerine ve kendilerine olan özgüvenlerine zarar vermekte ve genel olarak bireyin iyilik halini kötüleştirmektedir. Yüz ve ağız bölgesindeki ağrılar ve duyu motor fonksiyonlarındaki kayıplar, beslenme düzenini ve memnuniyetini, bireyin sosyal çevresini ve diğer bireylerle olan iletişimini engellemektedir. Ayrıca birçok sistemik hastalığın ortaya çıkardığı oral komplikasyonlar da bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Satcher, 2000:133). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar, bozukluklar ve sistemik hastalıklardan kaynaklı olarak ortaya çıkan oral komplikasyonlar bireyin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Petersen, 2003:3).

Bu tez çalışmasının amacı ağız ve diş sağlığı hastalarında genel sağlık ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin incelenmesidir. Ayrıca, genel sağlığın ağız ve diş sağlığını etkilemesinden dolayı genel sağlık yaşam kalitesinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkisi de değerlendirilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı problemlerinin Türkiye’de toplumun %96’sını etkilemesi, toplum genelinde yapılan taramalarda ise ağız ve diş sağlığının %85 oranında bozuk olması (www.ailehekimligi.gov.tr) ve yapılmış olan çalışmaların genellikle klinik bilgiler sağlaması nedeniyle bireyin psikolojik ve sosyal iyilik hali ile ilgili bilgilerin de değerlendirilmesi ve sağlık politikası ve planlaması kararlarında bu bilgilerden faydalanılabileceği gerekçesiyle bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca literatürde (Sheiham, 2005:644) ağız ve diş sağlığını genel sağlığın geliştirilmesine teşvik eden stratejiler ile birleştirerek ve ağız ve diş sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirerek, sağlık planlayıcılarının hem genel sağlığı hem de ağız ve diş sağlığını iyileştirebileceği ifade edilmektedir.

Hasta karmasının, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve o hizmetler için yapılan harcamaları etkilemesinden dolayı ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumların geri ödemeler ile ilgili kararları alırken sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgilerden faydalanmaları (Guyatt vd, 1993:626) çalışmanın sağlık kurumları yönetimi açısından önemini artırmaktadır.

Bu doğrultuda, çalışmanın bundaki sonraki bölümü olan yaşam kalitesi ile ilgili genel bilgiler bölümünde yaşam kalitesi kavramı, sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının ölçülmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının değerlendirilmesi açıklanmış; ikinci blmde ağız ve diş sağlığı kavramı ve ağız ve diş sağlığının genel sağlık ile olan ilişkisi, Türkiye’de ve Dünya’da ağız ve diş sağlığı ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi kavramı ile ilgili genel bilgiler verilmiş; üçüncü blmde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi çalışmalarına yer verilmiştir. Dördüncü blmde, çalışmanın gereç ve yöntemi, beşinci blmde ise araştırma bulguları sunulmuştur. Son blmde ise tartışma, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM

YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümde yaşam kalitesi kavramı ile ilgili genel bilgilere yer verilmiş, sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının ölçülmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının değerlendirilmesi ile ilgili konular açıklanmıştır.

1.1. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi kavramı, tarihte ilk kez Yunan filozof Aristoteles tarafından “mutluluk” kavramı çerçevesinde ele alınmıştır. Daha sonraki dönemlerde de yaşam kalitesi ile ilgili bu algı devam etmiş ve araştırmacılar tarafından bu kavramın tanımlanması ve ölçülmesi için çalışmalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ekonomik büyüme ve yaşam standartlarındaki gelişmeler sonucunda bireylerin memnuniyet, iyilik hali ve psikolojik durumlarıyla ilgili beklentileri artış göstermiştir. Bu nedenle eğitim, işgücü planlaması, sağlık ve toplumun geliştirilmesi gibi konularda politikalar belirlenirken bu kavram göz önünde bulundurulmuştur (Mandzuk ve McMillan, 2005:13).

Yaşam kalitesi kavramının ekonomiden sağlığa, politikadan sosyal bilimlere kadar birçok farklı disiplin tarafından ele alınması bu kavram için genel bir tanım yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi kavramı genellikle tanımlayıcı olarak değil, açıklayıcı olarak ortaya çıkmaktadır. Kavram bu açıdan incelendiğinde, Farquhar (1994) yaşam kalitesi ile ilgili tanımlamaları global tanımlar, tamamlayıcı öğelerden oluşan tanımlar ve odaklanmış tanımlar olarak üçe ayırmıştır.

Global tanımlar daha genel tanımları ifade etmektedir. Örneğin Abrams (1973) yaşam kalitesini bireylerin yaşamlarına farklı açılardan yaklaşan boyutlardaki memnuniyet ve memnuniyetsizlik düzeyleri olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle McCall (1975) yaşam kalitesini, mutluluk ve memnuniyet için gerekli koşulların sağlanması olarak daha basit bir şekilde ifade etmiştir.

Tamamlayıcı öğelerden oluşan tanımlar ise kavrama çok boyutlu yaklaşmakta ve yaşam kalitesini birbirinden farklı birçok boyuta ayırmaktadır. Örneğin George ve Bearon (1980) yaşam kalitesini, genel sağlık ve fonksiyonel statü ve sosyo ekonomik statü olmak üzere iki objektif boyuta; yaşamdan duyulan tatmin ve özsaygı olmak üzere iki sübjektif boyuta ayırmıştır. Buna karşın, Hughes (1990) bireysel özerklik, ifade edilen memnuniyet, fiziksel ve zihinsel iyilik hali, sosyo ekonomik statü, çevrenin kalitesi, amaçlı faaliyetler, sosyal uyum ve kültürel faktörler olmak üzere sekiz farklı boyuta ayırmıştır.

Son olarak odaklanmış tanımlar, bir ya da iki boyut üzerinde yoğunlaşmakta ve farklı disiplinlerin politik ya da mesleki gündemlerini etkileme eğiliminde olmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetleri araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı, sağlık ve fonksiyonel statü ölçümleri üzerinde yoğunlaşmakta (Bowling, 1996) ve fayda değerlendirmeleri ile ilişkili olarak sağlık ekonomisini etkilemektedir (Torrance, 1986).

Yaşam kalitesi kavramı birçok faktörden etkilenmekte ve bu faktörler kendi içerisinde farklı alanlara ayrılmaktadır. Ayrıca bu faktörlerin belirli alanlarıyla ilgili de birtakım göstergeler yer almaktadır. Aşağıdaki tabloda bu faktörler, alanlar ve göstergeler genel bir çerçevede ele alınmıştır.

Tablo 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Genel Çerçevesi

Alanlar	Boyutlar	Örnek Göstergeler
Bağımsızlık	Kişisel Gelişim	<input type="checkbox"/> Eğitim (başarılar, eğitim statüsü) <input type="checkbox"/> Kişisel yeterlilik (zihinsel, sosyal, fiziksel) <input type="checkbox"/> Performans (başarı, kazanım, verimlilik)
	Hür İrade	<input type="checkbox"/> Özerklik, kişisel kontrol <input type="checkbox"/> Amaçlar ve kişisel değerler (istekler, beklentiler) <input type="checkbox"/> Seçimler (fırsatlar, seçenekler, tercihler)

Tablo 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Genel Çerçevesi(Devam)

Alanlar	Boyutlar	Örnek Göstergeler
Sosyal Ortaklık	Kişilerarası İletişim	<input type="checkbox"/> Etkileşimler (sosyal iletişim örgüsü, sosyal görüşmeler) <input type="checkbox"/> İlişkiler (aile, arkadaşlar, eş) <input type="checkbox"/> Destekler (duygusal, fiziksel, finansal) <input type="checkbox"/> Boş zamanları değerlendirme
	Sosyal Katılım	<input type="checkbox"/> Toplumun bütünleşmesi ve katılım <input type="checkbox"/> Toplumdaki roller (katılımcı, gönüllü) <input type="checkbox"/> Sosyal destekler (sunulan hizmetleri destekleme)
	Haklar	<input type="checkbox"/> Beşeri özellikler (saygı, itibar, eşitlik) <input type="checkbox"/> Yasal özellikler (vatandaşlık, erişim, kanuni prosedürler)
İyilik Hali	Duygusal İyilik Hali	<input type="checkbox"/> Memnuniyet (tatmin olma, ruh hali, eğlenme) <input type="checkbox"/> Benlik kavramı (kimlik, bireyin kendine verdiği değer, kendine saygı)
	Fiziksel İyilik Hali	<input type="checkbox"/> Sağlık (fonksiyonellik, semptomlar, spor, beslenme) <input type="checkbox"/> Günlük aktiviteler (kendine yetebilme, hareketlilik) <input type="checkbox"/> Boş zamanları değerlendirmeyi de kapsayan fiziksel aktiviteler
	Maddi İyilik Hali	<input type="checkbox"/> Finansal statü (gelir, kazanç) <input type="checkbox"/> Çalışma durumu (çalışma ortamı ve statüsü) <input type="checkbox"/> Barınma (yaşanılan yerin türü, mülkiyet)

Kaynak: Schalock, 1996; www.communitylivingbc.ca

Tablo 1’de de görüldüğü gibi yaşam kalitesi kavramı birbirinden farklı birçok boyuttan etkilenmektedir. Bu özelliğine bağlı olarak yaşam kalitesi kavramının genel kapsamı dört temel ilke ile özetlenebilir. Bunlar (Cummins, 2005:700);

- Yaşam kalitesi kavramı, çok boyutludur ve hem bireysel hem de çevresel faktörlerden ve birey ve çevrenin etkileşiminden etkilenmektedir,
- Tüm bireyler için benzer bileşenlere sahiptir,
- Hem sübjektif hem de objektif olarak değerlendirilmektedir,
- Kendi kendine bakabilme, hayatta bir amacın olması ve ait olma hissi ile yaşam kalitesi iyileşmektedir.

1.2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü’nün (1948) sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında daha önemli hale gelmiş ve sağlık kavramının multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir (Testa ve Simonson, 1996:835; Atchison, 2002:15). Sağlığın bu tanımı, iyilik hali kavramını hastalığın ve herhangi bir engelin olmaması durumundan ayırmakta ve bu nedenle yapılan araştırmalarda sağlığın tüm bileşenleri dikkate alınmaktadır (Atchison, 2002:15).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) kavramı çok boyutlu ve kapsamlı bir kavram olması nedeniyle tanımının detaylı bir şekilde yapılması gerekmektedir. SYK tanımlanırken kapsamına göre üç sınıfa ayırmak mümkündür. Kavramın tanımları için yapılan bu sınıflamalar yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi belirli bir alanı değil, yalnızca ölçülmek istenen duruma bakış açısına göre şekillenmektedir. Sınıflamada yer alan tanım kategorileri en dar kapsamdan en geniş kapsama doğru ilerlemektedir. Bu sınıflamanın ilk kategorisinde fiziksel yetersizlik, zihinsel sağlık problemleri, semptomlar ve çalışma durumu ile ilgili yetersizliklerin yer aldığı hekim görüşünü kapsayan tanımlamalar yer almaktadır. Sağlık sistemi öncelikle var olan problemlerin doğruluğunu dikkate almaktadır. Bu özelliği nedeniyle negatif bir

yaklaşım içerisindedir ve yetersizliklere ve onların çözümüne odaklanmaktadır (Ferrans, 2005:18).

Sınıflamada yer alan ikinci kategori belirli bir hastalığın etkisine ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Burada sağlık hizmeti sunucuları tarafından çoğunlukla ele alınan durumlar yer almakta, bununla birlikte hastalığın bireyin yaşamını etkileyen diğer boyutları da dikkate alınmaktadır. Örneğin, hastalığın birey için yaratmış olduğu finansal problemler bu kategoride incelenmektedir. Bu tanımlamada yer alan örnekler, fonksiyonellikten daha geniş kapsamlı olan iyilik hali kavramını ifade etmektedir. İyilik hali kavramı her ne kadar pozitif bir yaklaşımı çağırırsa da, hastalığın iyilik hali üzerindeki etkilerine odaklandığı için negatif bir ifadedir (Ferrans, 2005:18-19).

SYK'nın tanımlanmasında son kategoride belirli bir hastalığı olan bir bireyin yaşam kalitesine odaklanılmaktadır. Bu genişlikteki bakış açısı, hastalığın bireyin yaşamındaki tüm alanları etkilemesini daha iyi ifade etmektedir. Bununla birlikte önceki iki kategoride dikkate alınan konulara ek olarak bu kategoride yaşam kalitesine pozitif bakış açısıyla da yaklaşmaktadır. Örneğin, burada kişilerarası ilişkilerin gelişmesi, bireyin değerlerindeki ve önceliklerindeki değişimler gibi boyutlar da yer almaktadır. Özellikle hastalık ilerlemiş ve yaşamın sonuna gelmişse, hayatın anlamını bulma ve vicdanen rahatlama gibi var olma ile ilgili konular da göz önünde bulundurulmaktadır (Ferrans, 2005:19).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının bu üç bakış açısını da dikkate alarak genel bir tanımlama yapılacak olursa bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık algılarını ve bunların birbirleriyle olan etkileşimini, sağlık risklerini ve koşullarını, işlevselliği, sosyal desteği ve sosyoekonomik statüyü ve çevresel anlamda toplumun sağlık algısını ve işlevselliğini etkileyen kaynakları, koşulları, politikaları ve uygulamaları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Literatürde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve sağlık statüsü kavramları çoğunlukla birbirleri yerine kullanılmaktadır. Ancak bu iki kavram birbirleriyle ilişkili olmakla birlikte farklılık göstermektedir. Sağlık statüsü bireyin günlük yaşamında kısıtlılık

yaşayıp yaşamadığını değerlendirirken, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin bu kısıtlılıklardan ne ölçüde rahatsızlık duyduğunu değerlendirmektedir (van der Steeg vd, 2004:1052).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının kapsamı incelenirken, bu kavramın alt boyutlarını da dikkate almak gerekmektedir. Bu alt boyutlar arasında sakatlık; fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonellik; sağlık algısı, sağlık hizmetlerinde bireysel fırsat ve yaşamın devamlılığı yer almaktadır (Patrick ve Erickson, 1993a:77).

Sakatlık boyutu, klinik olarak hastalığın değerlendirilmesini sağlayan semptom ya da hastalık ile ilgili bireyin şikayetlerini, belirtileri, hastalığın bireysel değerlendirmesini, psikolojik ölçümleri, doku bozulmalarını ve hekim tarafından konulan tanıyı kapsamaktadır. Buradaki her bir bileşen konulan tanının yapılan araştırmalar ile kanıta dayalı olarak konulmasına, hekimin değerlendirmesine ve tanıyı koymak için kullanılan kanıtın nasıl elde edildiğine bağlı olmaktadır (Patrick ve Erickson, 1993a:82).

Fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonellik boyutu, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kritik bir öneme sahiptir. Bireyin bu fonksiyonlarının iyi olması ve bozulmasının önlenmesi özellikle yaşlanan nüfusta ve kronik hastalıkların tedavisinde birincil amaç olarak ortaya çıkmaktadır (Atchison, 2002:22).

Sağlık algısı boyutu, araştırmacılar tarafından bireyin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğini anlamak için kullanılmakta ve kendi içerisinde şu konuları kapsamaktadır: (1) bireyin kendi sağlık algısına karşın hekimin algısı, (2) değerlendirmede kültürün etkisi, (3) sağlık algısının kestiricileri, (4) sağlık algısının klinik anlamda elde edilen sonucun ölçümünde kullanılabilirliğinin denetlenmesi (Atchison, 2002:19).

Sağlık hizmetlerinde bireysel fırsat boyutu, yaşam kalitesi çalışmalarında optimum sağlık statüsü için gerekli olan bireysel potansiyeli ifade etmektedir. Bu bakış açısı ile yaşam kalitesi bireyin sağlığındaki potansiyel gelişimin değerlendirilmesini ifade etmektedir. Kapasite ya da potansiyel kavramı burada sosyal ya da kültürel dezavantaj

olarak negatif ve bireyin zorluklarla başa çıkabilme düzeyi olarak da pozitif bir bakış açısıyla ele alınabilir (Patrick ve Erickson, 1993a:104).

Yaşamın devamlılığı boyutu ise, ölüm, hayatta kalma ve yaşamdan kaybedilen yılları kapsamaktadır. Yaşamın uzunluğu ve ölüm zamanı bireyi olduğu kadar ailesini, arkadaşlarını ve sağlık hizmeti sunucularını da ilgilendirmektedir. Bireyin hayatta kalma süresinin uzunluğu, klinik etkililik araştırmalarında tedavinin etkililiğini ve hastalık yükünün değerlendirilmesinde birincilamaçtır. Toplum araştırmalarında ise, belirli bir nüfus, hastalık ya da durum için ölüm oranları ihtiyaçların belirlenmesinde, kaynakların tahsis edilmesinde ve kalkınmanın sağlanmasında önemli bir yere sahiptir (Atchison, 2002:25; Patrick ve Erickson, 1993a:78).

Sonuç olarak yaşam kalitesi kavramı, hem bireysel hem de toplumsal anlamda yapılan müdahalelerin ve sonuçların etkisini ve uygulanabilirliklerini değerlendirdiği için sağlık alanında önemli bir kavram haline gelmiştir (Wodchis vd, 2003:503).

1.3. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMININ ÖLÇÜLMESİ VE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genelde, bireylerin sağlıklarını ya da hastalıklarını nasıl tanımladıkları üzerinde bir yargıya varıp, bu sonucu özetlemeyi içeren ortak bir temayı paylaşmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümlerinin bu özelliği onu, merdivenleri çıkmak gibi belirli işlevleri yerine getirmeyi içeren engellilik kavramından ayırmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı hastalığın olup olmasını ya da günlük aktivitelerini yerine getirmedeki kısıtlılıklarını da kapsayan daha geniş bir kavramdır (Carr vd, 2003:10).

Bireylerin ve toplumların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi, sağlık alanında faaliyet gösteren farklı disiplinler tarafından ele alınan en önemli amaçlardan birisidir ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin uygulama alanları şöyledir (Fitzpatrickvd, 1992:1074; Patrick ve Erickson, 1993b: 55):

- Bireysel tabanda sunulan sağlık hizmetlerinde psikososyal problemlerin gözlenmesinde,
- Algılanan sağlık problemlerinin toplumsal açıdan araştırılmasında,
- Tıbbi incelemelerde,
- Sağlık hizmetlerinden ya da değerlendirme araştırmalarından elde edilen sonuçların ölçülmesinde,
- Klinik araştırmalarda,
- Maliyet fayda analizlerinde,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların belirlenmesi ve geri ödeme yöntemi ile ilgili kararların verilmesinde.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri yalnızca tıbbi bakımı sunanlar tarafından değil, sağlık yöneticileri tarafından da dikkate alınmaktadır. Çünkü hasta karması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve o hizmetler için yapılan harcamaları etkilemekte, SYK ile ilgili ölçümler sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve klinik etkililiği hakkında bilgi sağlamakta ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumlar geri ödemeler ile ilgili kararları alırken SYK araştırmalarından elde edilen bilgilerden faydalanmaktadır (Guyatt vd, 1993:622).

Geliştirilen yeni tanı ve tedavi yöntemleri gibi sağlık alanındaki ilerlemeler özellikle kronik hastalığı olan bireylerde yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerin yaşam süresinin uzaması üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinse de, aynı zamanda beraberinde fiziksel ve psikolojik iyilik hali üzerinde uzun dönemde zararlı etkilerinin de var olduğu bilinmektedir. Örneğin, yapılan kanser araştırmalarıyla geliştirilen yeni tanı ve tedavi yöntemleri sayesinde yaşam süresi uzamakta, ancak bu durum oluşabilecek komplikasyonlara karşı bireyin savunmasız kalmasına ve dolayısıyla bu tedaviler uygulanırken hastanın, ailesinin ve tedaviyi uygulayan uzmanların bu konuda yaşadıkları endişe artmaktadır (Cimprich ve Paterson, 2002:47–48). Kronik hastalıklarda uygulanmakta olan tedavinin temel amacı ise, hastalığın etkisini azaltarak bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır (Carr vd, 2003:10). Ayrıca geliştirilen yeni tedaviler ile ilgili yapılan yaşam kalitesi çalışmalarından elde edilen sonuçlar ile maliyet etkililiğin değerlendirilmesine de ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece artan yaşam süresinin

kalitesinin veriye dayalı olarak değerlendirilmesinde, geliştirilen yeni tedavilerin maliyet etkililiklerinin değerlendirilmesinde ve sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç ile ilişkili olarak uzun ve kısa dönemli sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesi çalışmalarından yararlanılmaktadır (Cimprich ve Paterson, 2002: 47-48).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ve boyutları anket formunda hazırlanmış olan ölçekler aracılığıyla değerlendirilmektedir. Bu ölçekler indeks ölçekler ve profil ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Eser, 2004:5).

İndeks ölçekler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin boyutları için tek bir skor sunmaktadır (Langenhoff vd, 2001:644). İndeks ölçeklerin avantajı elde edilen veriyi özetlemesi ve bir tedaviye ilişkin hayatta kalmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmesidir (Bulpitt, 1997:616). İndeks ölçekler de kendi içerisinde doğrudan ölçüm yapan (görsel analog ölçekler ya da tercihe dayalı ölçekler) ve dolaylı ölçüm yapan ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Doğrudan ölçüm yapılan ölçekler sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ağrı boyutunu ele alan bir görsel analog ölçek örnek olarak verilebilir. Bu ölçek, standart bir uzunluğa sahip üzerinde iki uçlu cevapları içeren bir çizgidir. Bu ölçekte sorulan soruya yönelik olarak çizginin uygun bir noktada işaretlenmesi istenmekte ve skor bir uçtan olan uzaklığın ölçülmesiyle elde edilmektedir (Langenhoff vd, 2001:646). Dolaylı ölçüm yapan ölçeklerde ise, birden çok indeks ölçümü bir araya getirilir ve bu ölçümlerin toplanması ile bir sonuç elde edilir (Eser, 2004:5).

Profil ölçekler ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonellik gibi birden fazla boyutunun ve bu boyutları oluşturan bölümlerin ölçüldüğü ölçek türüdür (Guyatt vd, 1993:623). Bir sağlık profili birbirinden farklı olan yaşam kalitesi boyutlarını ifade eden skorlar setidir. Başka bir deyişle profil ölçeklerden herbir boyut için ya da genel bir yaşam kalitesi ölçümü için bir skor elde edilebilmektedir (Bulpitt, 1997:616). Bu ölçeklerde her bir boyuta verilen ağırlık birbirinden farklı olabilmektedir. Örneğin, ağrı boyutuna verilen ağırlık ile semptom boyutuna verilen ağırlık eşit olmayabilir. Boyutlara verilen ağırlıkların eşit olmadığı durumlarda ölçülmek istenen durumun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkileri de farklılık göstermektedir (Guyatt vd, 1993:623). Bu ölçekler çoğunlukla nümerik olarak skorlanan bir dizi sorudan oluşmakta ve her biri bir yaşam kalitesi boyutunu

ifade etmektedir. Her bir soru için iki, üç, dört ya da beş seçenekli cevap kategorileri yer almaktadır (Langenhoff vd, 2001:646; Eser, 2004:5).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan indeks ve profil ölçekler araştırmanın türüne göre temel olarak genel ve spesifik ölçekler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Rubin ve Peyrot, 1999: 207). Genel ölçekler, hâlihazırda ulaşılabilir olma özelliği ile beraber, tek ölçekte yaşam kalitesini geniş ölçüde özetleyen bir içeriğe sahiptir (Atchison, 2002:25). Bu ölçekler, farklı türdeki hastalıklara, tedavilere ya da sağlık uygulamalarına ve farklı demografik ve kültürel özelliklere sahip bireylere uygulanabilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle deney ve kontrol grubu oluşturularak yapılan çalışmalarda kullanılabilirler (Coons vd, 2000:14).

Spesifik ölçekler ise, çalışılan alana yönelik olarak sadece bir bakış açısına odaklanan ölçeklerdir (Atchison, 2002:25). Bu ölçekler belirli bir hastalığa, popülasyona, işleve ya da probleme bağlı olarak oluşturulabilmektedir (Coons vd, 2000:14).Aşağıdaki tabloda bu sınıflamaya ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Sınıflaması

Genel Ölçekler

Sağlık profili (Short Form 36 (SF-36), the Nottingham Health Profile, theSicknessImpact Profile)

Fayda ölçekleri (EuroQolInstrument (EQ-5D), theHealth Utilities Index)

Spesifik Ölçekler

Hastalığa özgü ölçekler (DQOL-Diabetes Quality of Life Measure)

Popülasyona özgü ölçekler (PedsQL-Pediatric Quality of Life Inventory)

İşleve özgü ölçekler (the Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index)

Probleme özgü ölçekler (SS-QoL-Stroke Specific Quality of Life Scale)

Kaynak: Guyatt ve diğerleri (1993: 626)

Genel ölçekler içerisinde sağlık profili ölçekleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tüm boyutlarını ölçmektedir. Bu ölçeklerin en büyük avantajı herhangi bir koşula bağlı kalmadan çeşitli alanlarda farklı popülasyonlara uygulanabilmesidir. Böylece sunulmakta olan farklı sağlık hizmeti uygulamalarının göreceli etkisinin karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır. Genel ölçekler içerisinde yer alan fayda ölçekleri ise, ekonomi ve karar verme teorilerinden elde edilmiştir. Bu ölçeklerin temel özelliği tercihe dayalı ölçümleri içermesi ve ölüm ile ilişkili sağlık statüsü ile ilgili bilgi vermesidir. Fayda ölçeklerinden elde edilen sonuçlar 0 (ölüm) ve 1 (tamamen sağlıklı) arasında değişiklik göstermektedir. Ancak bazı durumlarda elde edilen sonuçlar negatif olabilmekte, bu da ölümden de daha kötü bir durumda olduğunu göstermektedir (Guyatt vd, 1993:626).

Spesifik ölçekler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin belirli bir alana yönelmesine olanak sağlamak ve yalnızca çalışılan alana ait önemli boyutları ele almaktadır. Bu nedenle spesifik ölçekler, çalışılan alana yönelik olarak genel ölçeklere göre daha hassas sonuçlar vermektedir (Guyatt vd, 1993:627; Patrick ve Deyo, 1989:S217).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri uzman bir görüşmeci tarafından mülakat yöntemiyle, telefon görüşmesiyle, ölçüm yapılmak istenen kişiye vekâlet eden biri tarafından (örneğin çocuklara yönelik olarak yapılan bir uygulamada ölçeğin çocuğun annesi tarafından doldurulması) ya da ölçeğin bireyin kendisi tarafından doldurulmasıyla uygulanmaktadır. Her bir ölçüm yönteminin avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Mülakat yöntemi ile yapılan görüşmeler diğer yöntemlere göre daha fazla kaynak gerektirmesine karşın, hataların ve eksik cevapların daha az olmasını sağlamaktadır. Ölçeği bireyin kendisinin doldurması nispeten daha ucuzdur, ancak eksik cevap sayısı da artabilmektedir. Bu iki yöntem bir araya getirilecek olursa, ölçeğin bireye bir gözlemcinin nezaretinde doldurtulması sağlanabilir. Bir diğer yöntem olan telefon görüşmesi hataları ve eksik verileri azaltmaktadır, ancak diğer ölçeklere göre daha basit bir ölçek yapısının kullanılmasını gerektirmektedir. Araştırmacılar aynı zamanda ölçekleri bilgisayar aracılığıyla uygulamayı da denemişler, fakat uygulama için bu yöntem henüz yeterli görülmemiştir. Ölçeğin uygulanmak istenen bireye vekâlet eden kişi tarafından doldurulması yönteminde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri,

ölçülmek istenen boyutlara ve vekâlet eden kişinin seçimine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Vekâlet eden kişi tarafından dikkat edilen boyutlar fiziksel fonksiyonellik gibi daha gözlemsel boyutlar olup, bireyler ise vekillerine göre sağlık problemlerini daha fazla rapor etme eğiliminde olmaktadır. Ayrıca vekilin bireye olan yakınlığı, onun fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlılıklarını anlamasında farklılık yaratmaktadır. Bu yöntemin avantajı özellikle çok hasta ve yaşlı olan bireylerin üzerindeki stresi azaltmasıdır (Guyatt vd, 1993: 623).

1.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramının Değerlendirilmesi

Farklı disiplinlerde çalışan araştırmacılar hangi amaçla olursa olsun birey ya da toplum için sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirirken aşağıdaki adımları izlemektedirler (Patrick ve Erickson, 1993b:12-55):

- **Çalışmanın amacının ve uygulamanın tanımlanması:** Çalışmanın ortaya çıkmasına neden olan problemlerin tanımlanmasını ve önceliklerin belirlenmesini içermektedir.
- **Mevcut kaynakların belirlenmesi:** Zaman, para ve insan gibi kaynakların belirlenmesini ve araştırmanın uygulamayı yapan kişiler üzerindeki yükünün tahmin edilmesini içermektedir.
- **Hedef popülasyonun tanımlanması:** Uygulamanın yapılacağı popülasyonun seçilmesini ve demografik özelliklerinin tanımlanmasını içermektedir.
- **Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçlarının kavramsallaştırılması:** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının kapsadığı boyutların belirlenmesini ve tanımlanmasını içermektedir.
- **Olası ölçüm araçlarının kavramsal ve metodolojik özelliklerinin belirlenmesi:** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ölçeklerin belirlenmesi ve uygun olan ölçeklerin özelliklerinin tanımlanmasını içermektedir.
- **Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeğinin seçilmesi ve uygulama yöntemine karar verilmesi:** Hedef popülasyona uygun olan ölçeğin seçilmesini ve bu ölçeğin hangi yöntem ile uygulanacağını içermektedir.

- **Bir ön çalışmanın ya da pilot çalışmanın uygulanması:** Hedef popülasyona uygulanacak olan bir sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği geliştiriliyorsa eğer, bu ölçeğin uygulanabilir olup olmamasıyla ilgili özelliklerin bir ön çalışmada ya da pilot çalışmada denetlenmesini içermektedir.
- **Veri toplama ve analiz yöntemi ile ilgili planların yapılması:** Verilerin hangi zaman aralığında toplanacağını belirlenmesini ve bu verilerin hangi analiz yöntemi kullanılarak değerlendirileceğini içermektedir.
- **Verilerin toplanması:** Bir önceki adımda yapılan planlamalara göre verilerin uygun bir yöntemle toplanmasını içermektedir.
- **Verilerin analiz edilmesi ve bulguların sunulması:** Analiz yöntemiyle ilgili daha önce yapılan planlamalara göre analizlerin yapılmasını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve var ise boyutları ile ilgili bulguların sunulmasını ve bu bulguların hedef popülasyonun cinsiyet, yaş, medeni durum gibi özelliklerle olan ilişkisini gösteren analiz sonuçlarının yorumlanmasını içermektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının çok boyutlu olması ve kavramsal açıdan kesin çizgilerinin olmaması nedeniyle, değerlendirmede kullanılan mükemmel bir ölçek bulunmamaktadır. Bununla birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirilirken bir ölçeğin sahip olması gereken genel kriterler mevcuttur. Bu kriterler arasında geçerlik, güvenilirlik, hassasiyet, standartlaştırma, nesnellik ve kabul edilebilirlik kavramları yer almaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı değerlendirilirken, değerlendirme araçlarının aşağıdaki bu özelliklere sahip olup olmadığına dikkat edilmesi gerekmektedir (Patrick ve Erickson 1993b:41; Aydemir, 2004:7; Fitzpatrick vd, 1992:1076).

Geçerlik, bir testin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ifade etmektedir. Eğer bir test, ölçülmek isteneni doğru ve diğer özellikler ile karıştırmadan ölçüyor ise, bu testin geçerli bir test olduğu söylenmektedir. Bir testin geçerli bir test olup olmadığı kapsam açısından, mantıksal açıdan, bir referansa göre (ölçüt bağıntılı) ve yapısal olarak değerlendirilebilmektedir. Geçerliği kabul edilen bir testin taşıması gereken bir diğer özellik güvenilir olmasıdır (Alpar, 2012:410).

Güvenirlilik, ölçülmek istenen kavramın bağımsız olarak tekrarlanan ölçümlerindeki kararlılıktır. Başka bir deyişle, bir test aynı bireylere birden çok kez uygulandığında testten elde edilen sonuçların benzer olmasıdır. Güvenirlilik ölçümleri genel anlamda iki başlık altında toplanmaktadır: göreceli güvenirlilik ve mutlak güvenirlilik. Göreceli güvenirlilik, içsel tutarlılık (bir gün içerisinde aynı bireyler üzerinde denemeden denemeye), değişmezlik veya kararlılık (aynı bireyler üzerinde günden güne yapılan ölçümler) ve değerlendiriciler (ölçümlerin farklı değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilmesi) açısından ele alınmaktadır. Mutlak güvenirlilik ise, bir birey üzerinde aynı gün içerisinde ya da birkaç gün ara ile yapılan ölçümlerde, bireyin skorları arasındaki beklenen değişiklik miktarını ifade etmektedir (Alpar, 2012:411–413).

Hassasiyet, ölçeğin değişikliklere olan duyarlılığıdır. Örneğin, belirli bir zamanda belirli bir hastalığı olan bir grubun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçülmek istendiğinde genel bir ölçek yerine spesifik bir ölçeğin kullanılması daha hassas sonuçlar elde edilmesini sağlar. Bunun nedeni, genel bir ölçeğin doğrudan araştırılan hastalık ile ilgili sorular içermemesi ya da hastalığın seyri ile ilgili daha dinamik sorular yerine durağan sorular içermesidir. Ayrıca bazı ölçekler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının çok boyutlu özelliğini göz ardı edip, yalnızca birkaç boyutu ele alarak ölçümler yapmaktadır. Bu durumda bireyin yaşam kalitesi ile ilgili elde edilen bulgular, çok boyutlu bir ölçekten elde edilen bulgular kadar hassas olmamaktadır (Fitzpatrick vd, 1992:1076).

Standartlaştırma, bir ölçeğin alabileceği en düşük ve en yüksek puan, ölçeğin doldurulması için gereken tahmini süre, uygulanacak olan popülasyonun yaş aralığı, eğitim durumu ve ölçek doldurulurken boş bırakılabilecek azami soru sayısı gibi özelliklerin belirlenmesidir. Bu özelliklerin belirlenmesi sayesinde ölçekten elde edilen puanlar karşılaştırılabilir bir anlam taşır ve yorumlama hatasının en aza inmesini sağlar. Ancak standartlaştırma özellikle bir ya da daha fazla grubun karşılaştırıldığı araştırmalarda olması gereken bir özellik değildir (Aydemir, 2004:7). Bununla birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarında kullanılan ölçeklerin standart hale getirilmesine ya da standartlaştırılmış ölçeklerin kullanımına duyulan ihtiyaç da artış göstermektedir (Patrick ve Erickson, 1993b: 55).

Nesnellik, ölçeğin bireysel hatalardan ne kadar uzaklaştığıyla ilişkili bir kavram olup, güvenilirlik hesaplanırken içerisinde bir katsayı olarak yer almaktadır. Bu kavram özellikle açık uçlu soruların bulunduğu ölçeklerde bireysel hatanın yüksek düzeyde beklenmesinden dolayı çoktan seçmeli soruların bulunduğu ölçeklere göre daha önemlidir (Aydemir, 2004:7).

Kabul edilebilirlik, genel anlamda yapılan araştırmanın amacına ve kaynaklarına göre kullanılmak istenen ölçeğin uygunluğunu ve uygulanabilirliğini ifade etmektedir. Bir ölçeğin araştırmada kullanıma uygunluğuna bakarken şu özelliklere dikkat etmek gerekmektedir: (1) ölçeğin uzunluğu ve bunun çalışmadaki diğer değerlendirmeler üzerindeki etkisi, (2) ölçeğin araştırmada kullanılmasının yarattığı kaynak gereksinimleri ve maliyetleri ve (3) ölçeğin daha önce benzer çalışmalarda kullanılıp kullanılmadığının denetlenmesi (Patrick ve Erickson, 1993b: 44).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olması ve birçok farklı disiplin tarafından farklı amaçlar için kullanılması nedeniyle değerlendirilirken araştırmacılar tarafından çoğunlukla genel ölçekler, belirli bir popülasyona, hastalığa, işleve ya da probleme özgü geliştirilen ölçekler ile bir arada kullanılmaktadırlar (Patrick ve Erickson, 1993b: 55).

2. BÖLÜM

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümde ağız ve diş sağlığı kavramı ve ağız ve diş sağlığının genel sağlık ile olan ilişkisi, Türkiye’de ve Dünya’da ağız ve diş sağlığı ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi kavramı ile ilgili genel bilgiler verilmiştir.

2.1. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KAVRAMI VE GENEL SAĞLIK İLE OLAN İLİŞKİSİ

Ağız ve diş sağlığı yalnızca diş çürüğü ve kaybının, ağız ve boğaz kanserlerinin, tükürük bezi hastalıklarının, kronik ağrıların, oral mukoza lezyonlarının, yarık dil gibi doğuştan gelen rahatsızlıkların ve ağız içi boşluğunu ve kraniyofasiyel (kafa ve yüz) dokuları etkileyen diğer hastalıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halini ifade etmektedir (Petersen, 2003:3). Bu tanım ile ağız ve diş sağlığının yalnızca ağız içerisinde ortaya çıkan hastalıkları ya da diş problemlerini kapsamadığı ifade edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı kapsamı içerisinde dişler, dişetleri ve onları destekleyen dokular, bağ dokular ve kemikler, sert ve yumuşak damak, ağız boşluğunu ve boğazı bağlayan yumuşak mukoza dokusu, dil, dudaklar, tükürük bezleri, çiğneme kasları ve temporomandibular eklemler tarafından iskelete tutunan alt ve üst çene yer almaktadır (Satcher, 2000:17). Ağız içi boşluğu bireylerin temel olarak konuşma, tat alma, nefes alma, yemek yeme ve içme gibi işlevlerini yerine getirmesini sağlamaktadır. Sağlıksız bir ağız içi boşluğu, bireylerin bu işlevlerini yerine getirmesini kısıtlayabilir; bunun sonucunda da bireyin günlük işlerini yapmasına engel olabilir. Ayrıca bireyin sosyal hayatını da etkileyerek, kişilerarası iletişiminin azalmasına neden olabilmektedir (Beaglehole vd, 2009:15).

Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın önemli ve bütünleyici bileşenlerinden biridir. Ağız ve diş hastalıkları genel sağlığı etkilemekte ve sistemik hastalıklar da ağız boşluğu içerisinde birtakım semptomların gelişmesine neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ağız

ve diş sağlığı ve genel sağlık birbirleriyle etkileşim içerisinde. Örneğin, şiddetli bir periodontal hastalık (diş eti hastalıkları) kalp ve damar hastalıkları riskini artırabilir. Diğer taraftan periodontal hastalıklar diyabet hastalığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu özelliği nedeniyle ağız içi boşluğu sağlık hizmeti sunucuları için bireyin vücuduna bir giriş kapısıdır ve bu sayede birçok hastalığın erken teşhisinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, ağız içi lezyonları HIV enfeksiyonunun varlığı ile ilgili ilk belirtiler olabilir ve bu enfeksiyonun AIDS hastalığına doğru ilerlemesinin takip edilmesinde bir gösterge olarak kullanılabilir. Yapılan ağız içi muayeneler sayesinde diğer hastalıklar ortaya çıkabilir ve genel sağlık statüsü ve sigara ve ilaç kullanımı gibi alışkanlıklar hakkında bilgi verebilir (Beaglehole vd, 2009:18-19; Schütte ve Walter, 2010:1845). Ağız ve diş muayeneleri ayrıca vücudun daha az erişilebilen organ ya da sistemleri hakkında da önemli bilgiler sağlayabilir. Örneğin, tükürük bezleri, diğer salgı bezlerinin bir modeli olarak görülüp, tükürüğün incelenmesiyle genel sağlık statüsü ya da var olan bir sistemik hastalık hakkında önemli ipuçları sağlayabilir veya yüz bölgesindeki ağrının temelinde yatan sinir sistemine ait dokular, vücudun başka bir yerindeki sinir dokusunun benzeridir. Ağız ve diş sağlığı muayeneleri sistemik hastalıklar, enfeksiyonlar, bağışıklık hastalıkları, yaralanmalar ya da kanserler ile ilgili bilgi sağladığı kadar beslenme eksiklikleri ile ilgili de önemli bilgiler sağlamaktadır (Satcher, 2000:17).

Bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları ağrı, yeme ve çiğnemedeki zorluklar, diş kayıplarının neden olduğu iletişim kurma zorlukları ve sararmış ya da zarar görmüş dişler bireyin günlük faaliyetlerini ve fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Petersen vd, 2005:662). Ağız ve diş hastalıklarının diğer hastalıklar ile olan ilişkisini belirlemede öne çıkan konular diyabet hastalığı, kalp ve akciğer hastalıkları, felç, düşük yeni doğan ağırlığı ve erken doğumlardır. Diyabet hastalığının periodontal hastalıklar ile ilişkisi ise uzun zamandır bilinmektedir (Satcher, 2000:17).

Sağlık politikalarını planlayanlar, geri ödeme kurumları ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından ağız ve diş sağlığı kavramı genel sağlıktan ayrı olarak düşünölmüş ve kararlar o çerçevede verilmiştir. Ancak son zamanlarda ağız ve diş sağlığı ile genel sağlığın birbirlerini etkilemelerinden ya da başka bir deyişle ağız ve diş sağlığı ile ilgili

yaşanan bir problemin sistemik bir hastalığın komplikasyonu olması veya bireyin vücudunda meydana gelen patolojik değişimlere ağız boşluğu içerisindeki hastalıkların yol açması nedeniyle araştırmacılar bu konuya dikkat çekmiş ve ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık arasındaki ilişkinin açıklanması ve kanıtlanması için çalışmalar yapmışlardır (Committee on an Oral Health Initiative, 2011:32). Burada sağlık yöneticilerine düşen en önemli rol, ağız ve diş sağlığı ve genel sağlık arasındaki ilişkiye dayanarak, ağız ve diş hastalıklarının yapılan plan ve programlar ile önlenmesine çalışmaktır. Bu konuya yönelik olarak yapılan ölçümler, günlük ağız hijyeni prosedürlerini ve diğer yaşam tarzı davranışlarını, tütün kullanımının azaltılması gibi toplumu ilgilendiren programları ve bu hastalıkların birey üzerindeki etkilerini ele alan yaşam kalitesi ölçümleri gibi konuları içermelidir (Satcher, 2000:18).

2.2. DÜNYA'DA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

Ağız ve diş hastalıklarının sıklığı genel olarak klinik ya da istatistiksel indeksler ile ölçülmektedir. Ancak bu hastalıkların bireyin ve toplumların yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkisini ölçmek de oldukça önemlidir. Ağız ve diş hastalıklarının bireyin genel sağlık yaşam kalitesi üzerine olan etkisi, özellikle düşük gelirli ülkelerde ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda tedavi maliyetlerinin yüksek olmasına bağlı olarak daha yüksektir (Beaglehole vd, 2009:38).

Ağız ve diş hastalıkları bireyin kendisine duyduğu güveni, sosyal hayatını ve iletişimini etkileyebilir. Ayrıca çiğnemek, konuşmak, uyumak ve yemek yeme gibi önemli fonksiyonların yerine getirilmesini engelleyebilir. Bu nedenle gün içerisinde dikkat eksikliğine ve okul ya da iş günlerinden kayıplara yol açmaktadır. Bireyler, toplumlar, çalışma hayatı ve sağlık sistemi üzerine ağız ve diş hastalıklarının etkisinin belirlenmesi bir hastalığın toplum sağlığı problemi olup olmadığına karar verilmesinde önemli bir kriterdir. Doğuştan gelen problemler ve ağız kangreni (noma hastalığı) gibi hastalıkların birey üzerindeki etkisi oldukça yüksek iken, toplum üzerindeki etkisi düşüktür; diş çürükleri gibi hastalıkların toplum üzerindeki kümülatif etkisi ise oldukça yüksektir (Beaglehole vd, 2009: 38–39).

Diş çürükleri, periodontal (dişeti) hastalıklar, oral mukoza lezyonları ve ağız-yutak yolu kanserleri, HIV/AIDS ile ilişkili ağız ve diş hastalıkları ve ağız ve diş ile ilgili yaralanmalar dünya genelinde en yaygın ağız ve diş sağlığı problemleri arasında yer almaktadır (Petersen vd, 2005:661).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yılı verilerine göre; dünya genelinde okul çağındaki çocuklarının %60-90'ı ve yetişkinlerin de yaklaşık olarak %100'ü diş çürüğü problemi yaşamaktadır. Bu da bireylerde ağrı ve rahatsızlık hissinin oluşmasına neden olmaktadır. Diş kaybına neden olan şiddetli periodontal hastalıklar orta yaşlı yetişkinlerin (35-44 yaş) %15-20'sinde görülmektedir. Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar yaşanan diş kayıplarının temel nedenleri arasında yer almaktadır. Doğal dişlerin tamamının kaybedilmesi oldukça yaygın bir durumdur ve özellikle yaşlı bireyleri etkilemektedir. Dünya genelinde 65-74 yaş arası bireylerin yaklaşık olarak %30'unun hiç doğal dişi bulunmamaktadır. Birçok ülkede ağız kanserlerinin insidansı 100.000 kişi başına 1 ile 10 vaka arasında değişmektedir. Ağız kanserlerinin prevalansı göreceli olarak erkeklerde, yaşlı bireylerde, eğitim seviyesi düşük bireylerde ve düşük gelirli ülkelerde daha fazladır. HIV pozitif olan bireylerin %40-50'sinde ağız içerisinde mantar, bakteriyel ve virüs enfeksiyonları görülmektedir. Ağız kangreni, özellikle Afrika ve Asya'da aşırı yoksul ülkelerde çocuklarda görülen bir hastalıktır. Lezyonlar, dudak ve yanaklardaki dokunun ölümü ile sonuçlanan şiddetli dişeti hastalıklarıdır. Tedavi edilemeyen noma hastalığı sonucunda çocukların yaklaşık %90'ı ölmektedir. Yarık dil ve damak gibi doğuştan gelen hastalıklar tüm yeni doğanlar arasında görülme sıklığı 500 ile 700 arasında değişmektedir. Ayrıca dünya genelinde 6-12 yaş arası çocukların %16-40'ı güvenli olmayan oyun alanları, okul ortamı ve trafik kazaları ya da şiddete bağlı olarak ağız ve diş yaralanmalarına maruz kalmaktadır (www.who.int).

Ağız ve diş hastalıklarının geleneksel tedavileri oldukça maliyetlidir. Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda tedavi edilen en pahalı hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Gelişmekte olan çoğu ülkede ağız ve diş sağlığı alanında yapılan yenilikler oldukça azdır. Bu ülkelerde, kaynaklar öncelikli olarak acil ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ve hastalıkların neden olduğu ağrının azaltılması için tahsis edilmektedir (Petersen vd, 2005:665).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ağız ve diş sağlığı ile ilgili dünya genelinde farkındalığı artırmak ve ağız ve diş sağlığının genel sağlığın önemli bir bileşeni olduğunu ve yaşam kalitesinin ölçülmesinde belirleyici bir faktör olduğunu ifade etmek için Küresel Ağız Sağlığı Programı'nı geliştirmiştir. Bu program dâhilinde DSÖ'nün, dünya genelinde ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi için öncelikli faaliyet alanları şu şekildedir: Florürün etkili kullanımı, sağlıklı diyet ve beslenme, tütün kontrolü çocuklarda ve gençlerde ağız ve diş sağlığı, yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi, ağız sağlığı, genel sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, ağız ve diş sağlığı sistemleri, HIV/AIDS ve ağız sağlığı, ağız ve diş sağlığı bilgi sistemleri, ağız ve diş sağlığı ile ilgili hedeflerin gerçekleştirilmesinde ve politikaların belirlenmesinde kanıta dayalı uygulama ve ağız ve diş sağlığı alanında yapılar araştırmalar (Petersen, 2009:2). Ayrıca Dünya Dental Birliği (FDI), Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Dental Araştırmaları Birliği (IADR) tarafından ağız ve diş sağlığı ile ilgili 2020 yılı için hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler arasında ağız ve diş hastalıklarının genel sağlık üzerindeki etkisini en aza indirmek, ağız ve diş hastalıkları yükünün fazla olduğu toplumlarda ağız ve diş sağlığının geliştirilmesini sağlamak, ağız ve diş hastalıklarının sistemik hastalıklar üzerindeki etkisini en aza indirmek ve ortaya çıkan bu oral komplikasyonları sistemik hastalıkların erken teşhisinde, önlenmesinde ve etkili yönetiminde kullanmak yer almaktadır (Hobdell vd, 2003:286).

Ağız ve diş hastalıkları dünyadaki tüm ülkelerde en önemli toplum sağlığı problemlerinden biridir. Bu hastalıklar sonucunda hissedilen ağrı ve rahatsızlıkların bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisi fonksiyonelliği azaltarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Genel olarak bakıldığında özellikle düşük gelirli ülkelerde ve yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan çoğu ülkede toplumun geneline bakıldığında koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanmadıkları görülmektedir. Gelecek yıllarda şeker tüketiminin artması ve florürün yeteri kadar kullanılmamasına bağlı olarak ülkelerin birçoğunda diş çürüğü insidansının artacağı beklenmektedir. Ayrıca tütün kullanımının artmasıyla özellikle gelişmekte olan ülkelerde periodontal hastalıkların, diş kayıplarının ve ağız kanserlerinin oluşma riski artmaktadır. Periodontal hastalıklar ve diş kaybı ayrıca diyabet gibi kronik hastalıklar ile ilişkilidir ve diyabetin artan insidansı birçok ülkede bireylerin ağız sağlığını negatif

yönde etkilemektedir. Bu nedenle, ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplum sağlığı programları genel sağlık da dikkate alınarak global düzeyde planlanmalı ve bu hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan yaygın risk faktörleri ulusal sağlık programları ile kontrol altına alınmalıdır (Petersen vd, 2005:667-668).

2.3. TÜRKİYE'DE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

Türkiye'de toplum sağlığı sorunları içerisinde en önemli sorunlardan birisi ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler olup; ağız, diş ve dişetlerine ait hastalıklar toplumun %96'sını etkilemektedir. Toplum genelinde yapılan taramalarda ağız ve diş sağlığının %85 oranında bozuk olduğu dolayısıyla da ülke ekonomisine zararının büyük olduğu bilinmektedir (www.ailehekimligi.gov.tr).

Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetleri diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, üniversiteler, Savunma Bakanlığı ve özel sağlık kuruluşları tarafından ağız ve diş sağlığı merkezlerinde, ağız ve diş sağlığı polikliniklerinde, diş hekimliği fakültelerinde ve muayenehanelerde verilmektedir. 2008 yılında uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortası sistemi ağız ve diş sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Genel sağlık sigortasının amacı temelde sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmektir. Bu sistem beraberinde bazı düzenlemeleri de getirmiştir. Örneğin, 5–15 yaş arası çocuklar kamuda herhangi bir sağlık kuruluşuna ya da özel sektörde hizmet veren bir kuruluşa ortodonti tedavisi, diş onarımı ve birincil ve ikincil kalıcı azı dişlerin kök kanal tedavisi için ücret ödememektedirler (Kargül ve Bakkal, 2010:117; Topaloğlu-Ak vd, 2009:2).

Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmeti veren 160 ağız ve diş sağlığı merkezi, 166 ağız ve diş sağlığı polikliniği, 28 diş tedavi ve protez merkezi, 7 diş hastanesi, 23 diş eğitim hastanesi, 1005 diş polikliniği (hastane) ve 1009 diş polikliniği olmak üzere toplamda 2398 kurum bulunmaktadır (Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2013:79). Ayrıca Türkiye genelinde kişi başına düşen diş hekimi müracaat sayısı 0,47 bulunurken; 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı da 28 olarak bulunmuştur. Avrupa Birliği ortalaması (2011 yılında 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 62) ile

karşılaştırıldığında bu oranının düşük olduğu görülmektedir (Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2013:98-133).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili planlamalar yapılırken bu hizmetlerin kullanımı önemli bir faktördür. Belirli bir zamanda diş hekimini ziyaret eden popülasyonun oranı ve bir diş hekimine düşen yıllık kişi sayısı, o bölgede ihtiyaç duyulan diş hekimi sayısının tahmin edilmesinde önemli bir değişkendir ve diş hekimine neden gidilip gidilmediğiyle ilgili ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin planlanması için önemli bilgiler sunmaktadır (Mumcu vd, 2004:90). Türkiye’de Mumcu ve diğerleri (2004) tarafından ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya dokuz ilden rastgele seçilen 866 yetişkin birey dâhil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre geçen yılda bireylerin %40.4’ü diş hekimini ziyaret etmiştir. Ağız ve diş sağlığının kullanımını etkileyen faktörler ise cinsiyet ve eğitim düzeyi olarak bulunmuştur. Alınan hizmetlerden duyulan memnuniyet boyutunda ise, özel sağlık kuruluşlardan alınan hizmetten duyulan memnuniyet, kamu sağlık kuruluşlarından alınan hizmetten daha yüksek çıkmıştır. Diş hekimini ziyaret etmede yaş önemli bir değişken iken, diş hekimi ziyaretinin en son yapıldığı kurum da memnuniyet boyutunda en önemli belirleyici olarak bulunmuştur. Sonuç olarak Türkiye’de yetişkin bireyler arasında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kullanımı düşük bulunmuştur.

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı ile ilgili ortaya çıkan problemlere bakıldığında, Gökalp ve diğerlerinin (2010) yapmış olduğu 2004–2005 yıllarını kapsayan çalışmada 7833 katılımcı 5, 12, 15, 35–44 ve 65–74 yaş gruplarına ayrılmış ve diş çürüğü problemi açısından incelenmiştir. DMFT (çürük+dolgulu+çekilen diş sayısı) değerleri 5 yaş grubunda ortalama 3.7, 12 yaş grubunda ortalama 1.9, 15 yaş grubunda ortalama 2.3, 35–44 yaş grubunda ortalama 10.8 ve 65–74 yaş grubunda ortalama 25.8 olarak bulunmuştur. Ayrıca dişeti problemlerinin şiddeti kırsal bölgede yaşayan toplumda kentsel bölgede yaşayan topluma göre daha yüksek çıkmıştır.

Ağız ve diş hastalıklarında önemli bir bölümü oral mukoza hastalıkları oluşturmaktadır. Cebeci ve diğerlerinin (2009) Türkiye’de yetişkin bireyler üzerinde yapmış oldukları 2004–2005 yıllarını kapsayan çalışmaya göre 5000 katılımcının %46’sında paslı dil,

%20'sinde çatlamış dil, %10'unda kabarmış atrofi, %6'sında coğrafik dil ve %16'sında diğer (varikoz, papilit, tüylenmiş dil, büyük dil, ankiloglosi, median rhomboid glossit, tonsilla lingualis, papillary hiperplazi ve tırtıklı dil) oral mukoza hastalıklarının var olduğu görülmüştür.

Ağız ve diş sağlığı problemlerinde total dişsizliğin bireyin yaşam kalitesi ve genel sağlığı üzerinde negatif etkisinin olduğu bilinmektedir (Astrom vd, 2005:294). Türkiye'de Doğan ve Gökalp (2012) tarafından 2004–2005 yılları arasında yaşlı bireylerde kısmi ve tam dişsizlik oranını belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya 1545 birey dahil edilmiş ve 65–74 yaş arası bireylerden %48'inin total dişsizlik problemi olduğu bulunmuş ve bu oran kadınlarda, daha yaşlı bireylerde ve kırsal kesimde daha yüksek çıkmıştır. Yaş, diş hekimi ziyareti ve sağlık sigortası değişkenlerinin total dişsizlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak Türkiye'de düzenli olarak diş hekimi ziyaret edilmemektedir ve gelişmiş bir ağız sağlığı kültürü bulunmamaktadır. Toplumun diş hekimi ziyaretlerinin avantajı hakkında bilgilendirilmesi ve özellikle genç bireylerde ağız ve diş hastalıkları insidansının düşürülmesi için ana çocuk sağlığı merkezlerinde, gündüz bakım evlerinde ve ilköğretim düzeyindeki okullarda uygulanılmak üzere programların geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Türkiye'de gerçekleştirilmekte olan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin uygunluğunu ve etkililiğini değerlendiren çalışmaların sayısı yeterli değildir (Kargül ve Bakkal, 2010:117; Topaloğlu-Ak vd, 2009:6).

2.4. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar ve bozukluklar bireylerin uzun ve daha iyi bir şekilde yaşama amacını olumsuz yönde etkilemekte, dış görünüşlerine ve kendilerine olan özgüvenlerine zarar vermekte ve genel olarak bireyin iyilik halini kötüleştirmektedir. Yüz ve ağız bölgesindeki ağrılar ve duyu motor fonksiyonlarındaki kayıplar, beslenme düzenini ve memnuniyetini, bireyin sosyal çevresini ve diğer bireylerle olan iletişimini engellemektedir. Ayrıca birçok sistemik hastalığın ortaya çıkardığı oral komplikasyonlar da bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Konuşma, çiğneme, tat alma, tükürük bezi ve koku alma ile ilgili

problemler Parkinson hastalığı gibi hastalıklarda yaygın nörodejeneratif durumlardır. AIDS hastalığının oral komplikasyonları, yüz ve ağız bölgesindeki ağrıları, ağız kuruluşunu, mukoza enfeksiyonlarını içermekte; kanser tedavisi sonucunda ağız içerisinde ağrılı ülserler ve şiddetli diş çürükleri oluşmakta ve diyabet hastalığı sonucunda da diş eti hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bazı ilaçların ağız kuruluşu gibi yan etkileri bulunmaktadır (Satcher, 2000:133). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar, bozukluklar ve sistemik hastalıklardan kaynaklı olarak ortaya çıkan oral komplikasyonlar bireyin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar üzerinde yapılan çalışmalar genel olarak DMFT ya da CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) indeksi gibi klinik göstergeler kullanılarak yapılmaktaydı. Bu indeksler, klinik açıdan önemli bilgiler sunmaktadır. Örneğin, herhangi bir ağız ve diş hastalığının olup olmadığıyla ya da daha önceden varlığı ve buna bağlı olarak da ihtiyaç duyulan tedavinin belirlenmesi ile ilgili bilgiler vermektedir. Ancak bu indeksler, bireyin fonksiyonel durumu ya da hastalığın sosyal ve psikolojik etkileri hakkında bilgi vermemektedir (Locker, 1988). Bu durum da ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ve yalnızca ağız ve yüz bölgesine ait ağrı ve rahatsızlıkların bireyin iyilik halini nasıl etkilediği ile ilgili değerlendirmesini ifade etmektedir (Inglehart ve Bagramian, 2002:2). Bu tanım aşağıdaki şekilde görsel olarak ifade edilmiştir. Başka bir deyişle, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, bireylerin beslenmesini, uyumasını, diğer bireylerle iletişim kurmasını ve kendilerine olan özgüvenlerini etkileyen değişkenleri ve ağız ve diş sağlıklarından duydukları memnuniyeti kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Satcher, 2000:7).



Şekil 1: Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Temel Bileşenleri

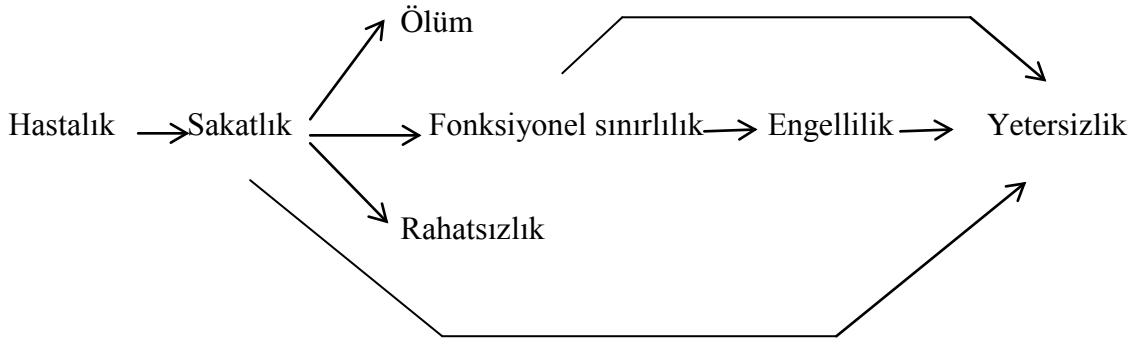
Kaynak: Inglehart ve Bagramian, 2002:3

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ağız ve diş sağlığı alanında, karşılıklı altı dişin çiğneme gibi oral fonksiyonlarını yerine getirebilmesi ve iyilik hali için yeterli bir özellik olarak ilk kez İkinci Dünya Savaşı sırasında dikkate alınmış ve sunulan hizmetlerin uygunluğunun değerlendirilmesi için kullanılmıştır (Cunningham ve Hunt, 2001: 152). 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 uluslar arası konferans düzenlenmiştir (Slade, 2002:30). Ağız ve diş hastalıkları oldukça sık görülmekte ve sonucunda bireyleri yalnızca fiziksel olarak değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan da etkilemektedir. Bu da önemli düzeyde bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve fiziksel ve zihinsel fonksiyonellik, dış görünüş ve kişilerarası ilişkiler

gibi birçok yaşam kalitesi boyutunu etkilemektedir (Cunningham ve Hunt, 2001: 152-153).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı birbiriyle ilişkili olan üç varsayıma dayanmaktadır. Bunlar: (1) ağız içi boşluğu değerlendirmelerden elde edilen bir sonuçtur, (2) ağız içi boşluğunu etkileyen koşullar, genel sağlığı da etkilemektedir, (3) sistemik hastalıklar ve genel sağlık yaşam kalitesi ağız içi boşluğunu ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. İlk varsayım herhangi bir bireyin ağız sağlığının optimum düzeyde olmasını önermektedir. Örneğin, ağız içi boşluğunda ağrı ya da rahatsızlığın olmaması istenen bir durumdur. İkinci varsayım ağız ve diş sağlığının genel sağlığın bir bileşeni olduğu varsayımına dayanmakta ve ağız ve diş sağlığı genel sağlık yaşam kalitesine katkıda bulunmaktadır. Üçüncü varsayım ise, genel sağlığın da ağız ve diş sağlığı üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir ve birçok sistemik hastalık ağız içi boşluğunda komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu da bireyin hem genel sağlık yaşam kalitesinin hem de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Gift ve Atchison, 1995: NS61).

Locker (1988) DSÖ'nün Uluslararası Sakatlık, Özürlülük ve Handikap Sınıflamasını kullanarak ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı için çok boyutlu kavramsal bir model geliştirmiştir (Şekil 2). Bu modele göre, hastalıklar herhangi bir anatomik işlev kaybı ya da anormallikler olarak ifade edilen sakatlıklara neden olmaktadır. Meydana gelen sakatlıklar örneğin diş kaybı sonucunda bazı seslerin tam olarak çıkarılamaması gibi fonksiyonel sınırlılıklara neden olmaktadır. Yaşanan sakatlık sonucunda fonksiyonel sınırlılıkların yanı sıra ağrı ve rahatsızlık hissi de ortaya çıkmaktadır. Hem ortaya çıkan fonksiyonel sınırlılıklar hem de bireyin duyduğu rahatsızlık sonucunda fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutta engellikler meydana gelmektedir. Burada engellikler günlük faaliyetlerin yerine getirilmesindeki sınırlılıkları ifade etmektedir. Yaşanan engellikler son olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal yetersizliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Engellikler, hem fonksiyonel sınırlılıklar hem de rahatsızlık hissi olduğu zaman ortaya çıkma eğilimindedirler ve yetersizliklerin ise hem engellikler hem fonksiyonel sınırlılıklar hem de rahatsızlık hissi olduğu zaman ortaya çıkma ihtimali daha yüksek olmaktadır (Schütte ve Walter, 2010:1848).



Şekil 2. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Kavramının Kavramsal Modeli

Kaynak: Locker, 1988

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı da alt boyutlara ayrılmaktadır ve yalnızca bir boyutun ölçülmesiyle değerlendirilememektedir. Bu alt boyutlar arasında, (1) yaşamın devamlılığı boyutunda ağız kanseri gibi hastalıkların olmayışını ve dişlerin varlığını, (2) hastalık/sakatlık boyutunda ağız içerisinde herhangi bir rahatsızlığın ya da doğuştan gelen bir engelin olmamasını, (3) fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonellik boyutunda çiğneme, konuşma, gülme gibi fonksiyonların yerine getirilebilmesini ve sosyal çevre ile iletişimin kurulabilmesini, (4) sağlık algısı boyutunda ağız ve diş sağlığının mükemmel olarak algılanmasının sağlanmasını ve memnuniyetin artırılmasını, (5) bireysel fırsat boyutunda ise, bireyin ağız ve diş sağlığını etkileyecek herhangi bir sosyal ya da kültürel dezavantajının olmamasını içermektedir (Gift ve Atchison, 1995:NS61-NS65; Atchison, 2002:19–26; Patrick ve Erickson, 1993a:77).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlık hizmetleri sunumuna ve araştırmalarına yeni bir bakış açısı kazandırmış, yalnızca ağız içi boşluğunun değil, bireyin hem ağız ve diş sağlığı hem de genel sağlığının dikkate alınmasını sağlamıştır. Böylece, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetlerinin sunumuna, bu alanda yapılan araştırmalara ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili verilen eğitimlere önemli katkılarda bulunmaktadır (Inglehart ve Bagramian, 2002:3).

2.5. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı genel olarak ağız ve diş hastalıkları ile ilgili problemlerin tanımlanmasında ve önceliklerin belirlenmesinde, algılanan ağız ve diş sağlığı problemlerinin hangi nüfus grubunda ortaya çıktığının araştırılmasında, sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyet fayda ve maliyet etkililik analizlerinin yapılmasında, sistemik hastalıkların ve ağız ve diş sağlığı hastalıklarının birbirleri üzerinde olan etkisinin araştırılmasında kullanılmaktadır (Schütte ve Walter, 2010:1848–1849).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi doğrudan gözlemlenememekte olup, uygun göstergeler ile ölçülmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu göstergeler, (1) bireyin hastalığı/sağlığı ile ilgili algısını, (2) fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkilerini, (3) günlük aktiviteleri gerçekleştirmeye engel olan sınırlılıkları, (4) bireyin almış olduğu tedaviye ilişkin değerlendirmesini içermelidir (Schütte ve Walter, 2010:1847).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ölçekler temel olarak üçe ayrılmaktadır: (1) toplumsal göstergeler, (2) küresel öz değerlendirme ölçekleri ve (3) çok boyutlu ölçeklerdir. Toplumsal göstergeler ağız ve diş hastalıklarının toplumsal düzeyde olan etkisini incelemekte ve sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bilgiler sağlamaktadır. Örneğin, geniş çaplı bir toplum araştırmasında toplumsal göstergeler ağız ve diş hastalıklarının bireyin okul ve çalışma hayatı ya da günlük faaliyetleri üzerindeki yükünün ifade edilmesinde kullanılabilir. Küresel öz değerlendirme ölçekleri aynı zamanda tek sorulu ölçekler olarak da bilinmektedir. Bu ölçeklerde bireye kategorik ya da görsel analog ölçek formatında ağız ve diş sağlığı ile ilgili genel bir soru yöneltilir. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde çok boyutlu ölçekler en sık kullanılanlardır. Bu ölçekler genellikle birden fazla boyutu kapsayan sorulardan oluşmaktadır (Slade, 2002:31-35). Ağız ve diş sağlığı kavramına bağlı olarak araştırmacılar ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için bir dizi ölçek geliştirmişlerdir. Bu ölçeklerden bazıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinde Kullanılan Ölçekler

Ölçeğin Adı	Ölçülen Boyutlar	Cevap Formatı	Yazar
Ağız ve Diş Hastalıklarının Sosyal Etkisi	Çiğneme, konuşma, gülme, ağrı ve görünüm	Evet/Hayır	Cushing ve diğerleri, 1986
RAND Ağız ve Diş Sağlığı İndeksi	Ağrı, endişe, iletişim	“Hiç” ile “Çok fazla” arasında 4 kategori	Dolan ve Gooch, 1991
Genel Ağız ve Diş Sağlığını Değerlendirme İndeksi	Çiğneme, beslenme, sosyal iletişim, görünüm, ağrı, öz farkındalık	“Her zaman” ile “Hiçbir zaman” arasında 6 kategori	Atchinson ve Dolan, 1990
Dental Etki Profili	Görünüm, beslenme, konuşma, güven duyma, mutluluk, sosyal yaşam, ilişkiler	“İyi etkiliyor”, “Kötü etkiliyor” ve “Etkisi yok” cevaplarından oluşan 3 kategori	Strauss ve Hunt, 1993
Ağız ve Diş Sağlığı Etki Profili	Fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handikap	“Her zaman” ile “Hiçbir zaman” arasında 5 kategori	Slade ve Spencer, 1994
Subjektif Ağız ve Diş Sağlığı Durumu Göstergeleri	Çiğneme, konuşma, semptomlar, beslenme, iletişim, sosyal ilişkiler	Sorunun formatına göre çeşitlilik göstermektedir.	Locker ve Miller, 1994
Ağız ve Diş Sağlığı Yaşam Kalitesi Envanteri	Ağız ve diş sağlığı, beslenme, bireyin ağız ve diş sağlığı ile ilgili öznel değerlendirmesi, genel sağlık yaşam kalitesi	Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde “Hiç önemli değil” ve “Çok önemli” arasında 4 kategorili cevaplardan ikinci bölümde ise, “Hiç mutlu değilim” ile “Oldukça mutluyum” arasında 4 kategorili cevaplardan oluşmaktadır.	Cornell ve diğerleri, 1997
Dental Sağlığın Günlük Yaşam Üzerindeki Etkileri	Rahatlık, görünüm, ağrı, günlük faaliyetler, beslenme	Sorunun formatına göre çeşitlilik göstermektedir.	Leao ve Sheiam, 1996
Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık	Semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum	“Çok iyi etkiliyor” ile “Çok kötü etkiliyor” arasında 5 kategori	McGrath ve Bedi, 2000
Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi	Günlük faaliyetler, sosyal faaliyetler, iletişim	“Her zaman” ile “Hiçbir zaman” arasında 6 kategori	Kressin ve diğerleri, 1996
Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri	Beslenme, konuşma, ağız ve diş sağlığı hijyeni, uyuma, görünüm ve duygusal performans	Sorunun formatına göre çeşitlilik göstermektedir.	Adulyanon ve Sheiam, 1997

Kaynak: Slade, 2002: 36; Allen, 2003:3

Tablo 3’te de görüldüğü gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini ölçmek için birçok spesifik ölçek geliştirilmiştir. Ancak tüm araştırmalarda kullanılacak mükemmel bir ölçek bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırılmak istenen konuya ve araştırmanın

kaynaklarına göre en uygun ölçeğin kullanılması önerilmektedir. Mevcut durumda araştırmalarda hem genel ölçekler hem de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesine özgü spesifik ölçekler kullanılmaktadır. Genel ölçeklerin psikometrik özelliklerinin araştırma için uygun olduğu bilinmektedir ve bu ölçekler kullanılarak farklı problemler için farklı nüfus grupları arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Ancak genel ölçekler, ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş olan ölçeklere göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili sonuçların elde edilmesinde daha az hassas sonuçlar sunmaktadır. Bu nedenle spesifik ölçekler belirli koşullarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili meydana gelen değişimlerin tespit edilmesinde daha etkilidir ve böylece cevap verilebilirlik özelliği daha baskındır. Aynı zamanda bu ölçekler yalnızca ağız ve diş sağlığını ilgilendiren boyutlar ve durumlar ile ilgili sorular içermektedir (Allen, 2003:4).

2.6. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesine özgü değerlendirmelerin yapılması ilk olarak Cohen ve Jago (1976) tarafından ele alınmış; aynı zamanda ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlerin psikososyal etkisi ile olan ilişkisine ait verilerin eksikliğine de dikkat çekmişlerdir (Allen, 2003:4). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesigeneral olarak birey (P), bireyin içerisinde bulunduğu durum (S) ve birey ve içerisinde bulunduğu durumun arasındaki etkileşimden (PxS) oluşan bir fonksiyon olarak ifade edilebilir (Inglehart ve Bagramian, 2002:2).

$$Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi = f [P+S+(PxS)]$$

Bireyin sahip olduğu deneyim ve kültürel değerleri, ağız ve diş hastalıkları ya da sağlık hizmetlerine ilişkin tecrübesi, depresyon ya da mutlu olma gibi psikolojik durumu ve gelecek için umut ettiği sağlık durumu ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesine ilişkin sorulara vereceği cevapları belirlemektedir. Bir bireyin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi değerlendirilirken, daha önce kavramın ilişkili olduğu belirtilen fonksiyonellik, psikolojik durum, ağrı/rahatsızlık ve sosyal durum boyutları ile ilişkisi dikkate alınmalıdır (Inglehart ve Bagramian, 2002:2-3).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ölçekler daha önce anlatıldığı gibi temel olarak toplumsal göstergeler, küresel öz değerlendirme ölçekleri ve çok boyutlu ölçekler olarak üçe ayrılmaktaydı. Ağız ve diş hastalıklarının toplumsal etkisi değerlendirilirken, geniş çaplı toplum araştırmaları ağız ve diş hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen işe ve okula devamsızlık günlerini içermelidir. Bu tip araştırmalar genellikle belirli bir yıl içerisinde bireyler için önemsiz olan, ancak toplumun geneli için önemli olan hastalık yükünü vermektedir. Örneğin, ağız ve diş hastalıklarının prevalansının yüksek olması nedeniyle baş ve boyun bölgesinde ağrılara neden olmakta ve bireylerin günlük faaliyetlerini ve birçok aktiviteyi yerine getirmesini engellemektedir. Reisine (1985) ağız ve diş hastalıklarının toplum üzerindeki etkisini araştırmak için yapmış olduğu çalışmada Amerika’da yaşayan bireylerin ağız ve diş hastalıklarından dolayı yaşadıkları iş kaybının felç nedeniyle yaşanan iş kaybından daha fazla olduğunu bulmuştur (Slade, 2002:31).

Küresel öz değerlendirme ölçekleri değerlendirilirken bireylere “Ağız ve diş sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” gibi bir soru sorulmaktadır ve “Mükemmel” ve “Çok kötü” arasında değişen kategorilere göre cevaplandırmaları istenmektedir. Sorulardan alınan cevaplar bireyden bireye farklılık göstermektedir; örneğin uzun zamandır ağız ve diş rahatsızlığı olmayan biri ağız ve diş sağlığını mükemmel olarak değerlendirirken, birden fazla dişini kaybetmiş bir birey ise orta olarak değerlendirebilir. Bireylerin ağız ve diş sağlıklarını değerlendirirken farklı ölçütleri dikkate alması bir sınırlılık olarak değil, yöntemin güçlü yönü olarak görülmelidir. Çünkü bireylerin birden çok boyuta ilişkin deneyimlerinin birleştirilmesine olanak sağlanmakta ve ağız ve diş sağlıklarına ilişkin en çarpıcı deneyimin ne olduğuna karar verebilmektedirler. Küresel öz değerlendirme ölçekleri aynı zamanda özellikle ağrı boyutu değerlendirilirken görsel analog ölçek formatında da olabilmektedir. Sonuç olarak küresel öz bildirim ölçeklerinin hem soru hem de cevap formatı basit olmalıdır. Çünkü genellikle geniş çaplı olan ulusal sağlık araştırmalarında kullanılmaktadır. Örneğin Gift ve diğerleri (1998) tarafından yapılan çalışmada yetişkin bireylerden oluşan 7336 katılımcıya “Doğal dişlerinizin durumunu nasıl tanımlarsınız?” sorusu sorulmuş ve “mükemmel” ile “kötü” arasında değişen beş cevap kategorisinden birisini cevaplamaları istenmiştir. Katılımcılardan elde edilen

cevapların yüzdeleri yaklaşık olarak eşit çıkmıştır (Slade, 2002:32–33; Gift vd, 1998; Schütte ve Walter, 2010:1849).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin birden çok boyutunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan yöntem çok boyutlu ölçeklerdir. Örneğin, bazı ölçekler fonksiyonelliğe, ağrıya ve rahatsızlığa odaklanırken; bazı ölçekler öz güvene ve kişilerarası iletişime odaklanmaktadır. Bu nedenle bu ölçeklerin içerdikleri soru sayısı, odak noktaları ve cevap formatları farklılık göstermektedir (Tablo 3). Bu ölçekler birden fazla dile çevrilip uygulandıkları için diğer yaşam kalitesi ölçeklerine benzer olarak geçerlik ve güvenirlik gibi psikometrik özelliklere sahip olmaları gerekmektedir (Slade, 2002:35).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçümleri değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta ölçeklerin uygulandığı nüfus, ölçeğin içerdiği soruların formatı ve araştırmanın modelidir. Örneğin, küresel öz değerlendirme ölçekleri ve çok boyutlu ölçekler özellikle yetişkin bireyler üzerinde yapılan kesitsel araştırmalarda kullanılırken, toplumsal göstergeler ağız ve diş hastalıklarının makro düzeyde toplum üzerindeki yükünü değerlendirmek için kullanılmaktadır. Özellikle ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan çok boyutlu ölçekler ile bireylerin kişisel özelliklerine ilişkin veriler birlikte değerlendirilmekte, böylece kişisel özelliklere göre alt boyutlara ilişkin farklılıklar elde edilebilmektedir (Slade, 2002:37–42).

3. BÖLÜM

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Bu bölümde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine yapılmış bazı çalışmalardan bahsedilmiştir.

Chen ve Hunter (1996) tarafından ağız ve diş sağlığı statüsü ile ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılan çalışmada Yeni Zelanda Ulusal Ağız Sağlığı Araştırması'ndan elde edilen veriler kullanılarak 12–13 yaşındaki çocuklar ile 35–44 yaş ve 65–74 yaş arasındaki yetişkin bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizine göre genel sağlık, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak bulunmuş ve hem çocuklarda hem de yetişkinlerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ile ağız ve diş sağlığı statüsü arasında yakın bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

McGrath ve Bedi (2002) tarafından İngiltere'de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ile ilişkili olan kilit unsurları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada 2718 hanehalkına OHQoL-UK ölçeği uygulanmıştır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin yaş, sosyal sınıf ve birey tarafından bildirilen ağız sağlığı statüsü (sahip olunan diş sayısı) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin sosyo-demografik faktörler ve ağız sağlığı statüsü ile ilişkili olarak bireyleri hem pozitif hem de negatif bir şekilde etkilediği belirlenmiştir.

Locker ve diğerleri (2002) tarafından uzun dönemli bakım alan yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için yapılan kesitsel çalışmada yaş ortalaması 83 olan 225 kişiye Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) ile OHIP-14 ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda en önemli oral komplikasyonların diş kaybı, ağız kuruluğu ve çiğneme güclüğü olduğu ve bu problemlerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur.

Heydecke ve diğ erleri (2003) tarafından implant ve protez tedavisi uygulanan yaşlı hastalarda (65-75 yaş) ağız sağlığı ve genel sağlık yaşam kalitesinin değ erlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla OHIP-20 ve genel sağlık yaşam kalitesini belirlemek amacıyla da SF-36 ölç ekleri tedaviden önce ve sonra olmak üzere 6 ay ara ile uygulanmıştır. Çalışmada implant uygulanan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ayrıca fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, fiziksel engellilik ve psikolojik engellilik boyutlarında daha üstün olduğu bulunmuştur. Grupların genel sağlık yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, implant uygulanan hastaların tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmasında duygusal rol kısıtlamaları, enerji/canlılık ve sosyal fonksiyon boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur.

John ve diğ erleri (2004) tarafından ağız ve diş sağlığı statüsü, demografik faktörler ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değ erlendirmek amacıyla yapılan çalışmada 16–79 yaş arasında 1230 bireye OHIP-G 53 ölç eđ i uygulanmıştır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerinde ağız ve diş sağlığı statüsünün demografik değ işkenlerden daha güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuş ve demografik değ işkenlerden yalnızca yaşanılan yer (kırsal-kentsel) anlamlı bulunurken; yaş ve eğitim düzeyi değ işkenleri anlamlı bulunmamıştır.

Brennan ve Spencer (2005) tarafından genel sağlık statüsü ölç eđ i olan EQ-5D ile spesifik ağız sağlığı yaşam kalitesi ölç eđ i olan OHIP–14 ölç eklerinin ayırt edici geçerliliğ ini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada 375 hastanın verisi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda OHIP–14 ölç eđ inin diş sayısı, protez varlığı ve kaybedilen diş sayısı gibi ağız sağlığı faktörleri ile ilişkili olduğu bulunurken, EQ-5D ölç eđ inin kaybedilen diş ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Her iki ölç ekte de yaş, hastanın hastaneye geliş nedeni ve sigorta durumu değ işkenleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak OHIP–14 ölç eđ i ağız sağlığı ile ilişkili faktörlerde daha hassas iken, EQ-5D ölç eđ i de demografik faktörlerde OHIP-14 kadar veya daha iyi sonuçlar vermektedir.

Hassel ve diğ erleri (2006) tarafından yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ile ilişkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada 158 bireye

OHIP ölçeği uygulanmıştır. Yapılan iki değişkenli analizlerde protezin yaşı, durağan oklüzyondaki diş sayısı, genel ağrı durumu ve eğitim düzeyinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca yapılan doğrusal regresyon analizinde genel ağrı durumu, eğitim düzeyi ve protezin korunması değişkenlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinde yaşanan değişimi açıklamada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ikebe ve diđerleri (2007) tarafından yapılan çalıřmada dūřuk tūkūruk salgısı ve ađız kuruluđu ile ađız ve diř sađlıđı ile ilgili yařam kalitesi arasındaki iliřkiyi belirlemek amacıyla 287 kiřiye OHIP-14 ölçeđi uygulanmıřtır. Yapılan lojistik regresyon analizine gōre ađız ve diř sađlıđı ile ilgili yařam kalitesinin dūřuk olması diř sayısının az olması, yemek yerken ađız kuruluđu algısı ve tūkūruk salgısının az olması ile iliřkili olduđu bulunmuřtur.

Nickenig ve diğerleri (2008) tarafından kısmi olarak dişsiz olan bireylerde implant tedavisinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada 343 hastaya implant tedavisi ōncesi ve sonrasında OHIP-G21 ölçeği uygulanmıştır. Sonuç olarak implant tedavisinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerinde pozitif yōnde bir etkisinin olduğu bulunmuştur.

Berretin-Felix ve diğerleri (2008) tarafından yapılan çalışmada implant tedavisinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla tamamen dişsiz 15 yaşlı bireye ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ōlekleri olan OHIP-14 ve OIDP ōlekleri ile genel bir yaşam kalitesi ōleđi olan WHOQoL-Bref tedaviden ōnce, tedaviden 3-6 ve 18 ay sonra uygulanmıştır. Sonuç olarak implant tedavisinin yaşlı bireylerde yaşam kalitesini artırdığı ve genel ōleklerin spesifik ōleklere gōre daha az hassas olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Smith ve diğerleri (2009) tarafından implant tedavisine ihtiyaç duyan hastalarda Ağız Sağlığı Etki Profili-14 ile Genel Sağlık Őleđi-12 (GHQ-12) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 216 yetişkin bireye (18-83) bu ōlekler uygulanmış ve bireylerin restoratif tedavi ihtiyaçları hipodonti, travmaya bağlı diş kaybı, tamamen dişsizlik ve

kısmi dişsizlik olarak sınıflandırılmıştır. Çalışma sonunda bu iki ölçek arasında tüm tedavi ihtiyacı gruplarında güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Güzeldemir ve diğerlerinin (2009) hemodiyaliz alan hastaların periodontal statüsünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 47 hastaya OHIP-14 ve GOHAI ölçeklerini uygulamışlardır. Araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu bulmuşlardır.

Başkırt (2009) Türkiye’de yapmış olduğu doktora tez çalışmasında hemofili hastalarından oluşan çalışma grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun ağız-diş sağlıklarına ve genel sağlıklarına bağlı yaşam kalitelerinin ölçülmesi; oral muayenelerinden elde edilen bilgilerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesini amaçlamıştır. Araştırmada yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 90 hemofili hastası ve 98 sağlıklı bireye ulaşılmıştır. Araştırmada katılımcılara veri ölçüm aracı olarak OHIP-14, OHQoL-UK ve SF-36 ölçekleri uygulanmıştır. OHIP-14 ve OHQoL-UK anketleri kullanılarak yapılan ağız-diş sağlıklarına bağlı yaşam kalitesi değerlendirmesinde hemofili grubunun skorlarının istatistiksel olarak daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. SF-36 kullanılarak yapılan sağlığa bağlı yaşam kalitesi değerlendirmesinde, vitalite ve mental sağlık alanında gruplar arasında fark bulunmadığı; diğer alanlarda hemofili grubunun skorlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Chen ve diğerleri (2012) tarafından total protezi olan yaşlı bireylerde (65 yaş ve üzeri) ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada 400 bireye OHIP-14 ölçeği uygulanmıştır. Protezin ömrü, hareketliliği ve kapanması ile OHIP-14 ölçeği ve boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak protezin ömrü ve hareketliliği yaşlı bireylerde oral fonksiyonların yerine getirilebilmesi için optimal koşulları sağlamakta ve ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi düzeyini artırmaktadır.

Michaud ve diğerleri (2012) tarafından yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ile hastaların tam protez ya da implant üzerine protez tedavilerine ilişkin duydukları memnuniyet arasındaki ilişkinin düzeyini değerlendirmek ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeyindeki değişimi açıklayan tedavi memnuniyetinin

belirleyicilerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmada 255 hastaya ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için OHIP-20 ölçeği ve tedavi memnuniyetini belirlemek için de McGill Protez Memnuniyeti Ölçeği uygulanmıştır. Sonuçlar tedaviden önce, tedaviden 6 ay ve 12 ay sonra değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre tedaviden duyulan memnuniyet boyutlarından çiğneme kabiliyeti ve ağız ve diş sağlığı durumu ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini açıklamada istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıca tedavi memnuniyetinden elde edilen puanlar ile birleştirildiğinde dahi, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinde meydana gelen değişimler tedavinin türü, cinsiyet, yaş ve diğer sosyo-demografik değişkenlerden etkilenmemektedir.

Nagarajan ve Chandra (2012) tarafından periodontal risk değerlendirme modeline dayanarak belirlenen periodontal hastalık riski taşıyan bireylerde periodontal tedavi öncesi ve sonrasında ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada 183 hastaya OHQoL-UK ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda periodontal hastalıkların düşük ve orta düzeydeki risk grubunda yer alan bireyler ile karşılaştırıldığında yüksek risk grubundaki bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiledikleri bulunmuştur.

Reissmann ve diğerleri (2013) tarafından algılanan ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini belirlemek amacıyla OHIP-49, genel sağlık yaşam kalitesini ölçmek için de SF-36 ölçeği yetişkin bireylere (18-99 yaş) uygulanmıştır. Ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişki yapısal eşitlik modeline dayanarak doğrulayıcı faktör analizi ve path analizi yapılarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak algılanan ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasında birbiri içerisine geçmiş ve çok yakın bir ilişki bulunmuştur.

Durham ve diğerleri (2013) tarafından kronik periodontitisin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kronik periodontitisi olan 89 hastaya ve bu hastalar ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu olan 89 sağlıklı bireye OHIP-49 ve OHQoL-UK ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma

sonucunda kronik periodontitisin bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Eltaş ve Uslu (2013) tarafından Türkiye’de agresif periodontitisi olan hastalarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini belirlemek için katılımcılara OHQoL-UK ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenin dişsizlik olduğunu ve agresif periodontitisin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini önemli derecede düşürdüğünü bulmuşlardır.

Enoki ve diğerleri (2014) tarafından yaşlı bireylerde (60 yaş ve üzeri) ağız kuruluğu ve diş kaybının ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada 99 birey beş yıl boyunca izlenmiş ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitelerini ölçmek için OHIP-14 ölçeği kullanılmıştır. Kurulan doğrusal regresyon modeli ile diş kaybı ve ağız kuruluğunun beş yıl boyunca kötüleşen ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin önemli belirleyicileri olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak diş kaybı ve ağız kuruluğu ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

4.BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler tüm Dünya’da ve Türkiye’de önemli sağlık konuları arasında yer almaktadır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşanan bu problemler, çiğnemek, konuşmak, uyumak ve yemek yeme gibi önemli fonksiyonların yerine getirilmesini engellemektedir. Bu nedenle gün içerisinde dikkat eksikliğine ve okul ya da iş günlerinden kayıplara yol açmaktadır. Ağız ve diş sağlığı aynı zamanda genel sağlığın önemli ve bütünlüğü bileşenlerinden biri olup; ağız boşluğu içerisinde meydana gelen hastalıklar sonucunda hissedilen ağrı ve rahatsızlıklar bireylerin ve dolayısıyla toplumların fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğini azaltarak sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı ağız ve diş sağlığı hastalarının genel sağlık yaşam kalitesi ve ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin Türkiye’de toplumun büyük bir çoğunluğunu etkilemesi ve yapılmış olan çalışmaların genellikle klinik bilgiler sağlaması nedeniyle bireyin psikolojik ve sosyal iyilik hali ile ilgili bilgilerin de değerlendirilmesi ve sağlık politikası ve planlaması kararlarında bu bilgilerden faydalanabileceği gerekçesiyle bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Hasta karmasının, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve o hizmetler için yapılan harcamaları etkilemesinden dolayı ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumların geri ödemeler ile ilgili kararları alırken sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgilerden faydalanmaları (Guyatt vd, 1993:626) çalışmanın sağlık kurumları yönetimi açısından önemini ifade etmektedir.

4.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

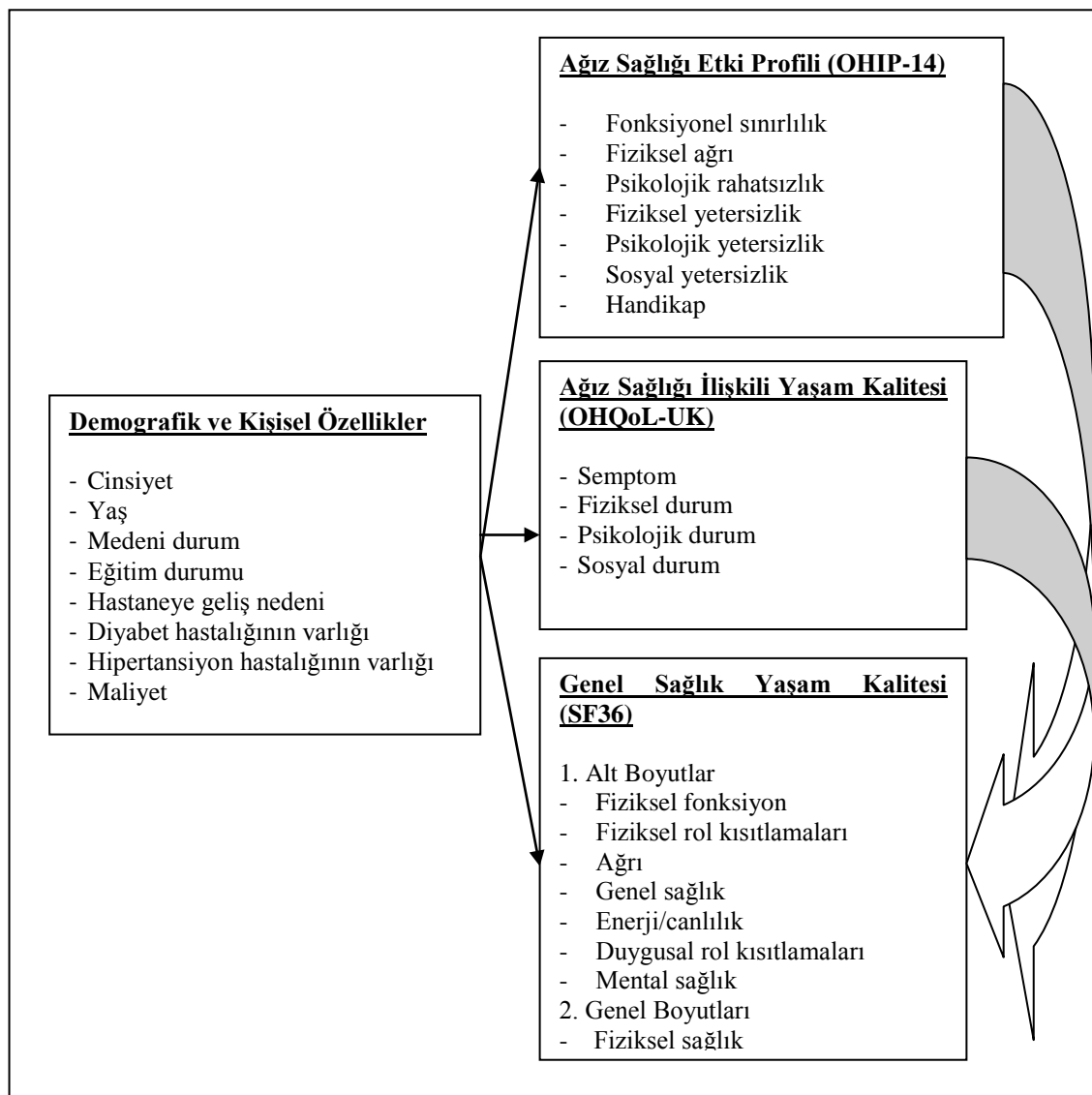
Bu araştırmakantitatif nitelikte kesitsel bir çalışmadır. Araştırma Kasım 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne ağız ve diş sağlığı hizmeti almak için gelen 527 hasta üzerinde yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların genel sağlık yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 (Short Form-36), ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için de OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) ve OHQoL-UK (Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom) ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada ağız ve diş sağlığına özgü her iki ölçeğin de birlikte kullanılmasının nedeni OHIP-14 ölçeğinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin yalnızca olumsuz etkilerine odaklanmasıdır. Ancak ağız ve diş sağlığı ile ilgili herhangi bir problemi olmayan bireyler (yalnızca muayene için gelen katılımcılar) için pozitif bakış açısının da ele alındığı bir ölçeğin kullanılması adına OHIP-14 ölçeği ile birlikte OHQoL-UK ölçeği de kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yetişkin bireylere uygulanan ölçekler olması nedeniyle 18 yaş ve üzeri ağız ve diş sağlığı hastalarına anketlerin uygulanması kararlaştırılmıştır.

Yapılan literatür incelemesi (John vd, 2004; Brennan ve Spencer, 2005; Michaud vd, 2012; Durham vd, 2013) sonucunda ağız ve diş sağlığı hastalarının genel sağlık yaşam kalitesini ve ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen bireysel değişkenlerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, bireyin hastaneye geliş nedeni ve kronik hastalıkların varlığı (diyabet ve hipertansiyon) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bir sağlık sonucu olması ve bunun diğer sağlık sonuçları ile birlikte verilmesi düşünüldüğünden katılımcıların almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan ödemeler, katılımcıların almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ödedikleri katılım payları ve toplam ödemeler (hem SGK tarafından ödenen hem de birey tarafından ödenen katılım payları) açısından da ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi boyutları incelenmiştir.

Çalışmanın amacına yönelik olarak katılımcıların hem genel sağlık hem de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi boyutları belirlenen kişisel özelliklere (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, diyabet hastalığı ve hipertansiyon

hastalığı varlığı) göre karşılaştırılmıştır. Ayrıca genel sağlığın ağız ve diş sağlığını etkilediği ve aralarında ilişki olduğu (Löe, 1993) bilinmektedir. Bu nedenle çalışmada ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin (OHIP-14 boyutları: fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handikap ve OHQoL-UK boyutları: semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum) genel sağlık yaşam kalitesi üzerine (SF-36 genel boyutları: fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık) olan etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan çalışma modeli aşağıda şematize edilmektedir.



Şekil 3. Araştırma Modeli

4.3. HİPOTEZLER

Yukarıda açıklanan araştırma amaçlarına ulaşmak için aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

Hipotez 1. Ağız ve diş sağlığı hastalarının ağız sağlığı etki profili (OHIP-14) boyutları (fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handikap) a) cinsiyete, b) medeni duruma, c) yaş gruplarına, d) eğitim durumuna, e) hastaneye geliş nedenine, f) diyabet hastalığının varlığına ve g) hipertansiyon hastalığının varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 2. Ağız ve diş sağlığı hastalarının ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi (OHQoL-UK) boyutları (semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum) a) cinsiyete, b) medeni duruma, c) yaş gruplarına, d) eğitim durumuna, e) hastaneye geliş nedenine, f) diyabet hastalığının varlığına ve g) hipertansiyon hastalığının varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 3. Ağız ve diş sağlığı hastalarının genel sağlık yaşam kalitesi (SF-36) alt boyutları (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, genel sağlık, enerji/canlilik, duygusal rol kısıtlamaları, mental sağlık) ve genel boyutları (fiziksel sağlık ve mental sağlık) cinsiyete, b) medeni duruma, c) yaş gruplarına, d) eğitim durumuna, e) hastaneye geliş nedenine, f) diyabet hastalığının varlığına ve g) hipertansiyon hastalığının varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 4. Ağız ve diş sağlığı hastalarının ağız sağlığı etki profili toplam puanı ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelere (SGK tarafından, katkı payları, hem SGK hem katkı payı toplamı) göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5. Ağız ve diş sağlığı hastalarının ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi toplam puanı ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelere (SGK tarafından, katkı payları, hem SGK hem katkı payı toplamı) göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 6. Ağız ve diş sağlığı hastalarının genel sağlık yaşam kalitesi (SF-36) genel boyutları a) fiziksel sağlık ve b) mental sağlık ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelere (SGK tarafından, katkı payları, hem SGK hem katkı payı toplamı) göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 7. Ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı etki profilinin (OHIP-14) yedi boyutunun (fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handicap) anlamlı etkisi vardır.

Hipotez 8. Ağız ve diş sağlığı hastalarının mental (ruhsal) yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı etki profilinin (OHIP-14) yedi boyutunun (fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handicap) anlamlı etkisi vardır.

Hipotez 9. Ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi (OHQoL-UK) dört boyutunun (semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum) anlamlı etkisi vardır.

Hipotez 10. Ağız ve diş sağlığı hastalarının mental (ruhsal) yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi (OHQoL-UK) dört boyutunun (semptom, fiziksel durum, psikolojik durum, sosyal durum) anlamlı etkisi vardır.

4.4. VARSAYIMLAR

Çalışmaya katılan bireylerin anket formunda yer alan sorulara verdiği cevapların doğru olduğu varsayılmaktadır.

4.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerin yapılması için kullanılan veri toplama araçlarının bireylere uygulanabilmesi adına gerekli izin Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliğinden alınmıştır (EK 3). Kişisel bilgi formu, SF-36 ölçeği ve OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçeklerinden oluşan anket formu gelen hastalara gönüllülük esasına dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Katılımcılara anketin uygulama amacı anlatılmış, anket içerisinde yer alan veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş ve sorulara açık ve net cevaplar vermeleri istenmiştir. Edinilen kişisel bilgilerin gizli kalacağı konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanmasında ortalama görüşme süresi 25–30 dakikadır. Toplamda 562 katılımcıya ulaşılmış, ancak 35 katılımcının anketi soruların yarısından fazlasının cevaplanamamış olması nedeniyle analiz dışında bırakılmış olup, 527 hastanın anketi araştırmada değerlendirilmiştir.

Çalışmada ayrıca katılımcılar adına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından anketin uygulandığı dönemde verilen ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemeler ve bireylerin bu hizmetler için ödemiş olduğu katkı payları da değerlendirilmiştir. Bireyler yalnızca protez tedavisi için katılım payı ödemektedirler. Gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 katılım payı alınmaktadır (www.sgk.gov.tr). Bu verilerin elde edilmesi için kişisel bilgi formunda yer alan hastanın adı ve soyadı ve protokol numarası sorularından faydalanılmıştır. Alınan ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemeler ile ilgili bilgiler hastanenin faturalama biriminden destek alınarak hasta faturalarından çekilmiştir.

4.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmada varılmak istenen hipotezler doğrultusunda yapılan literatür taraması sonucunda bireylerin kişisel özelliklerini içeren 7 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan sorular hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni ve diyabet ve hipertansiyon hastalığının varlığı değişkenlerini içermektedir. Kişisel bilgi formunda ayrıca hastaya ait fatura bilgilerine ulaşabilmek için hastanın adı ve soyadı ile protokol numarası soruları yer almaktadır.

4.5.2. Kısa Form–36 (SF–36) Ölçeği

Kısa form–36 ölçeği RAND Corporation tarafından yapılan Tıbbi Sonuçlar Araştırması'nda (Medical Outcomes Study) kullanılan indeks ve profillerin seçilmiş sorularından yola çıkarak uluslararası çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ya da

sağlık statüsünü ölçmek için John Ware tarafından geliştirilmiştir (Jenkinson vd, 1993:1437; Wood-Dauphinee, 2000:283; Ware ve Sherbourne, 1992:474).

Ölçekte fiziksel fonksiyonellik (10 soru), sosyal fonksiyonellik (2 soru), fiziksel rol kısıtlamaları (4 soru), duygusal rol kısıtlamaları (3 soru), akıl ve ruh (mental) sağlığı (5 soru), enerji/vitalite (4 soru), ağrı (2 soru), genel sağlık algısı (5 soru) olmak üzere sekiz alt boyutu bulunmakta ve toplamda 36 sorudan oluşmaktadır. Soruların cevapları 2'li, 3'lü, 5'li ve 6'lı Likert tipindedir (Jenkinson vd, 1993:1437). Ölçekten toplam bir puan elde edilememekte; genel fiziksel sağlık ve genel akıl ve ruh (mental) sağlığı olmak üzere iki özet boyutu bulunmaktadır (Ware ve Gandek, 1998:905).

Ölçeğin skorlanması iki aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşamada EK 2'de yer alan Tablo A'da herbir soruya verilen cevap 0 ile 100 arasında değişen skorlara dönüştürülmektedir. Burada 0 en düşük yaşam kalitesi değerini ifade ederken 100 de en yüksek yaşam kalitesi değerini ifade etmektedir. İkinci aşamada Tablo B'de yer alan bilgilere göre her boyutu oluşturan soruların Tablo A'ya göre aldığı puanlar toplanır ve ortalaması alınır. Böylece her boyuta ilişkin skorlar elde edilmiş olur. Genel fiziksel sağlık ve genel akıl ve ruh (mental) sağlığı toplam skorlarını elde etmek için de aynı yöntemle fiziksel sağlık ile ilişkili tüm soruların ortalama değeri fiziksel sağlık toplam skorunu; akıl ve ruh sağlığı ile ilgili tüm soruların ortalama değeri de akıl ve ruh sağlığı toplam skorunu ifade etmektedir. Yalnızca bireyin geçen yıla göre sağlığını değerlendirdiği soru ölçeğin skorlanmasına dahil edilmemektedir. Alınan puanın 0'a yakın olması istenmeyen kötü sağlık durumunu ifade ederken, 100'e yaklaşması ise istenen iyi sağlık durumunu ifade etmektedir (Ware ve Sherbourne, 1992; Hays ve Shapiro, 1992; Stewart vd, 1992).

Ölçek bireyin tek başına doldurabilmesi ya da araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ya da telefonla doldurulabilmesi için uygundur. Ölçek aynı zamanda 14 yaş ve üzeri bireylere uygulanmakta ve 10 dakika gibi bir sürede doldurulabilmektedir (Ware ve Gandek, 1998:908). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Koçyiğit ve diğerleri tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir.

4.5.3. Ağız Sağlığı Etki Profili–14 (OHIP–14) Ölçeği

Ağız Sağlığı Etki Profili, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşanan rahatsızlıklar, sakatlıklar ve yetersizliklerin kapsamlı bir şekilde ölçülmesi adına 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin kapsadığı boyutların tanımlanmasında Locker'ın (1988) ağız sağlığı modeli kullanılmıştır. Ölçek, fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handicap olmak üzere 7 boyut ve 49 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin modeli Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Sakatlık, Özürlülük ve Yetersizlik Sınıflaması'na dayanmaktadır. Cevap kategorileri 5li Likert tipinde olup, "Her zaman" ve "Hiçbir zaman" arasında değişmektedir. Ölçek yetişkin bireylere uygulanmaktadır (Slade 1997a, 94–95).

49 soruluk olan orijinal ölçek, Slade (1997b) tarafından 14 soruya indirilmiştir. Elde edilen bu yeni formun da ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede yeterli olduğu ve orijinal formla karşılaştırıldığında %94'lük bir geçerlilik elde edildiği ifade edilmiştir (Aktaş vd, 2009:61). OHIP–14 formunda da yine aynı boyutlar yer almakta ve herbir boyut için iki soru sorulmaktadır. Ölçeğin skorlanmasında sorulara verilen cevaplardan hiçbir zaman için 0, nadiren için 1, bazen için 2, sıklıkla için 3 ve her zaman için 4 puan verilmektedir. Boyutlara ve ölçeğin toplamına ilişkin skor bu puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Sonuç olarak ölçekten elde edilebilecek olan en düşük puan 0 olurken, elde edilebilecek en yüksek puan da 56 olmaktadır. Soruların tamamının olumsuz formda olması nedeniyle ölçekten elde edilen puanın 0 puan ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu ifade ederken, 56 puan ise ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir (Slade, 1997a: 96–97). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Mumcu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış ve ölçeğin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiş ve ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,94 olarak bulunmuştur. Başkirt (2009) yaptığı çalışmada OHIP-14 ölçeğinin iç tutarlılık katsayısını ağız ve diş sağlığı hastası ve hemofili hastalığı olan bireyler için 0,78, sadece ağız ve diş sağlığı hastalığı olanlar için ise 0,69 olarak hesaplamıştır. Bu tez çalışmasında ise OHIP -14 ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır.

4.5.4. Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHQoL-UK) Ölçeği

Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık ölçeği Dünya Sağlık Örgütü'nün “yapı-fonksiyon-yetenek-katılım” modeline dayanarak 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından ağız ve diş sağlığının bireylerinağız ve diş sağlıklarına ve genel sağlıklarına ilişkin yaşam kalitesini hem pozitif hem de negatif yönde etkileyebileceği görüşüne dayanarak oluşturulmuştur (Mumcu vd, 2006:145; Aktaş vd, 2009:61). Ölçekte toplamda 16 soru ve semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru) ve sosyal durum (4 soru) olmak üzere 4 boyut bulunmaktadır. Cevap kategorileri “Çok kötü etkiliyor” ve Çok iyi etkiliyor” arasında değişen 5’li Likert tipindedir. Değerlendirme her boyut ve ölçekten elde edilen toplam puan için yapılmaktadır. Buna göre çok kötü etkiliyor için 1, kötü etkiliyor için 2, etkisi yok için 3, iyi etkiliyor için 4 ve çok iyi etkiliyor için 5 puan verilmektedir. Sonuç olarak ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 16 ve en yüksek puan da 80 olmaktadır. 16 puan ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin çok kötü olduğunu ifade ederken, 80 puan ise ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu ifade etmektedir (McGrath ve Bedi, 2002:522; Aktaş vd, 2009:61). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Mumcu ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış ve ölçeğin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiş ve ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Başkırt (2009) yaptığı çalışmada OHQoL ölçeğinin iç tutarlılık katsayısını ağız ve diş sağlığı hastası ve hemofili hastalığı olan bireyler için 0,95, sadece ağız ve diş sağlığı hastalığı olanlar için ise 0,95 olarak hesaplamıştır. Bu tez çalışmasında ise OHQoL-UK ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır.

4.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı yardımıyla analiz edilmiştir. Araştırmada kişisel bilgiler ile ilgili frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Daha sonra kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri ve alt boyutlarının ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelerin minimum ve maksimum değerleri ile aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Öncelikle normal dağılıma uygunluk çalışması Kolmogrov-Smirnov testi ile yapılmış ve

veri analizinde ulaşılan örneklem sayısının çok olması durumunda normal dağılımla sağlanabileceği (Lumley vd, 2002:166; Alpar, 2012:130) olasılığından da hareket edilmiştir. Kurulan çoklu regresyon modellerinde ise elde edilen artık değerlere ilişkin histogram ve p-p grafikleri normal dağılım varsayımını desteklemektedir.

Araştırmada SF-36, OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçekleri ve alt boyutlarının kişisel özelliklere göre (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, d,yabet hastalığı varlığı, hipertansiyon hastalığı varlığı) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini (Hipotez 1-3) test etmek için Student t testi ve tek yönlü varyans analizi (F testi) yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc (Tukey HSD) testi yapılmıştır. Katılımcıların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi boyutlarından aldıkları puanların ağız ve diş sağlığı hizmetleri için SGK tarafından yapılan ödemeler, katkı payları ve hem katkı payı hem de SGK tarafından yapılan toplam ödemelere göre (Hipotez 4-6) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Student t testi kullanılmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi genel boyutlarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi boyutları üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla (Hipotez 7-10) çoklu regresyon çözümlenmesinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluğu çoklu regresyon modellerinde test etmek için artık değerler grafiğinden yararlanılmıştır.

4.7. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıda yer almaktadır:

1. Araştırmanın bulguları ve sonuçları Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne gelen hastalar ile sınırlı kalmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçlarının Türkiye sağlık sistemine genellenmesi söz konusu değildir.
2. Araştırmada ağız ve diş sağlığı hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için genel bir ölçek olan SF-36 ölçeği ile spesifik ölçekler olan OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçekleri kullanılmıştır. Farklı ölçüm araçlarından elde edilecek sonuçlar, bu araştırmadan elde edilen sonuçlardan farklı olabilir.

3. Araştırmada kullanılan anketteki bireysel değişkenler cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni ve diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının varlığı ile sınırlı tutulmuştur.
4. Araştırma Kasım 2013-Mart 2014 dönemini kapsamaktadır. Araştırmanın bir yıllık süreci kapsamaması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

5. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları tablolar aracılığıyla sunulmaya çalışılacaktır. Bulgular, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ile genel sağlık yaşam kalitesi ölçeğinin kişisel özelliklere (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, diyabet ve hipertansiyon hastalığının varlığına) göre karşılaştırması ve kurulan çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre açıklanacaktır.

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Kişisel Özelliklere Göre Dağılımı (n=527)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	331	62,80
Erkek	196	37,20
<u>Medeni Durum</u>		
Bekar	32	6,10
Evli	495	93,90
<u>Yaş Grupları</u>		
30-49 Yaş	96	18,22
50-69 Yaş	365	69,26
70 Yaş ve üzeri	66	12,52
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okuryazar değil	141	26,80
İlköğretim	354	67,20
Lise ve üzeri	32	6,10
<u>Hastaneye Geliş Nedeni</u>		
Muayene	51	9,70
Diş eti problemi	85	16,10
Diş çürüğü	32	6,10
Diş çekimi	103	19,50
Protez	207	39,30
Kanal tedavisi	49	9,30
<u>Diyabet Hastalığı Varlığı</u>		
Olan	259	49,14
Olmayan	268	50,86
<u>Hipertansiyon Hastalığı Varlığı</u>		
Olan	160	30,36
Olmayan	367	69,64

Tabloda araştırma kapsamında ulaşılan katılımcıların kişisel özelliklerine göre sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde 527 katılımcının %62,80'i kadın, %37,20'si ise erkektir. Medeni durum açısından bakıldığında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%93,90) evli olduğu görülmektedir. Yaş grupları açısından

bakıldığında katılımcıların yarısından fazlasının (365 kişi) 50-69 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yetişkin bireylere uygulanan ölçekler olması nedeniyle 18 yaş üstü bireyler çalışmaya dahil edilmiş, ancak araştırmaya katılan bireyler arasında minimum yaş 30 olmuştur. Bu nedenle yaş değişkeninin sınıflandırılmasında 30 yaştan başlanmıştır. Eğitim durumu değişkeninde üniversite mezunu olan yalnızca 5 kişinin yer alması ve hiç lisansüstü mezununun olmaması nedeniyle lise grubu ile birleştirilmiş ve lise ve üzeri olarak ifade edilmiştir. Araştırmadaki katılımcıların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu (%67,20) görülmektedir. Katılımcılar hastaneye geliş nedenine göre muayene, diş eti problemi, diş çürüğü, diş çekimi, protez ve kanal tedavisi olarak gruplandırılmıştır. Tabloya bakıldığında katılımcıların en çok protez tedavisi (%39,30) için geldiği görülmektedir. Katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ve genel sağlık yaşam kalitesi düzeyleri ayrıca ağız ve diş sağlığı ile ilgili komplikasyonların oluşmasına neden olan kronik hastalıklardan diyabet (Löe, 1993) ile hipertansiyon (Kumar vd, 2012) hastalığının varlığına göre de değerlendirilmiştir.

Tablo 5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelerin Genel Görünümü

	Değişkenler	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
OHIP-14 ÖLÇEĞİ	Fonksiyonel sınırlılık	,00	8,00	1,93	2,03
	Fiziksel ağrı	,00	8,00	3,80	1,88
	Psikolojik rahatsızlık	,00	8,00	4,21	1,28
	Fiziksel yetersizlik	,00	8,00	4,06	1,72
	Psikolojik yetersizlik	,00	8,00	1,87	2,13
	Sosyal yetersizlik	,00	8,00	1,63	2,03
	Handikap	,00	8,00	0,85	1,46
	Toplam puan	2,00	56,00	18,39	10,86
OHQOL-UK ÖLÇEĞİ	Semptom	2,00	6,00	4,11 (2,055)*	1,14
	Fiziksel durum	5,00	15,00	11,26 (2,252)*	2,58
	Psikolojik durum	5,00	15,00	12,31 (2,462)*	2,27
	Sosyal durum	4,00	12,00	9,27 (2,315)*	2,01
	Toplam puan	16,00	59,00	37,03	7,47

*: Toplam puan ortalamaları 5 esas alınarak ortalamaya dönüştürülmüştür. $(4,11*5)/10=2,055$

Tablo 5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelerin Genel Görünümü (Devam)

	Değişkenler	n	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
SHORT FORM -36 (SF-36) ÖLÇEĞİ	Fiziksel fonksiyon	527	,00	100,00	60,54	23,80
	Fiziksel rol kısıtlamaları	527	,00	100,00	48,86	38,98
	Ağrı	527	,00	100,00	49,38	25,24
	Genel sağlık	527	,00	100,00	41,59	26,55
	Vitalite/Enerji/Canlılık	527	,00	100,00	56,05	19,97
	Sosyal fonksiyon	527	,00	100,00	64,68	27,43
	Duygusal rol kısıtlamaları	527	,00	100,00	54,85	40,30
	Mental sağlık	527	16,00	100,00	65,98	17,43
	Genel fiziksel sağlık	527	13,50	61,70	37,36	10,19
	Genel mental sağlık	527	20,80	63,50	46,15	9,92
ÖDEMELER	SGK tarafından yapılan ödeme	527	4,00	2040,15	216,59	289,28
	Katkı payı	527	,00	205,00	18,36	31,42
	Toplam ödeme	527	4,00	2196,20	234,95	317,14

Tablo 5'te ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olan OHIP-14 ve OHQoL-UK ölçekleri, genel sağlık yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36 ölçeği ve bireylerin anketin uygulandığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemeler ile ilgili temel tanımlayıcı istatistikler sunulmaktadır. Tablo incelendiğinde OHIP-14 ölçeği boyutlarından psikolojik rahatsızlık (4,21) boyutunun en yüksek, handicap (0,85) boyutunun da en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Buradan OHIP-14 ölçeğine göre katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları problemlerin en çok psikolojik durumlarını etkilediği söylenebilir. OHQoL-UK ölçeğine bakıldığında ise, psikolojik durum (2,462) boyutunun en yüksek, semptom boyutunun ise en düşük (2,055) ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. OHQoL ölçeğinde boyutların altındaki soru sayısı eşit olmadığından toplam puan yerine aritmetik ortalamalar esas alınmıştır. Bir başka ifade ile boyutlara verilen yanıtların toplamı alınmış, boyut altındaki soru sayısına bölünmüş ve böylece 5'li Likert kullanıldığından 5 esas alınarak ortalamalar alınmıştır. Buradan OHQoL-UK ölçeğine göre katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları problemlerin en çok semptom boyutunu etkilediği söylenebilir. SF-36 ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde genel

sağlık boyutunun (41,59) en düşük, mental sağlık boyutunun (65,98) ise en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca SF-36 ölçeğinin genel boyutlarına bakıldığında fiziksel sağlığın (37,36) mental sağlıktan (46,15) daha çok etkilendiği görülmektedir. Katılımcıların aldıkları ağız ve diş sağlığı hizmeti için SGK tarafından yapılan ödemelere bakıldığında en az 4 TL en çok 2040,15 TL ödeme yapıldığı; ortalama olarak da hasta başına 216,59 TL ödeme yaptıkları görülmektedir. Bireylerin almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için ödedikleri katkı paylarına bakıldığında (gereç ve yöntem bölümünde anlatıldığı gibi yalnızca protez tedavisi yaptıran hastalardan katkı payı alınmakta) en çok 205 TL, ortalama olarak da 18,36 TL ödeme yaptıkları görülmektedir.

Tablo 6. OHIP-14 Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fonksiyonel sınırlılık	Kadın	331	2,23	2,12	4,503	<0,0001*
	Erkek	196	1,42	1,75		
Fiziksel ağrı	Kadın	331	4,20	1,78	6,573	<0,0001*
	Erkek	196	3,12	1,86		
Psikolojik rahatsızlık	Kadın	331	4,31	1,34	2,320	0,021*
	Erkek	196	4,05	1,14		
Fiziksel yetersizlik	Kadın	331	4,38	1,64	5,614	<0,0001*
	Erkek	196	3,52	1,72		
Psikolojik yetersizlik	Kadın	331	2,28	2,24	5,947	<0,0001*
	Erkek	196	1,17	1,74		
Sosyal yetersizlik	Kadın	331	1,96	2,09	4,817	<0,0001*
	Erkek	196	1,09	1,83		
Handikap	Kadın	331	1,05	1,60	4,184	<0,0001*
	Erkek	196	0,51	1,08		
Toplam puan	Kadın	331	20,46	11,12	5,850	<0,0001*
	Erkek	196	14,90	9,46		

*:p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 6’da OHIP-14 ölçeğinin cinsiyete göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanından almış olduğu ortalama puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı kadın katılımcıların ağız ve diş

sağlığına bağlı yaşam kalitesi erkek katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Bir başka ifade ile ölçek olumsuz ifadeler içeren sorulardan oluştuğundan, ölçeğin puan hesaplamasında skorların yüksek çıkması yaşam kalitesinin yüksekliğine, skorların yüksek çıkması ise yaşam kalitesinin düşüklüğüne işaret etmektedir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 1a ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 7. OHIP-14 Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fonksiyonel sınırlılık	Bekar	32	3,40	2,32	3,732	0,001*
	Evli	495	1,83	1,97		
Fiziksel ağrı	Bekar	32	4,96	1,97	3,452	0,001*
	Evli	495	3,72	1,85		
Psikolojik rahatsızlık	Bekar	32	5,09	1,48	3,464	0,001*
	Evli	495	4,16	1,24		
Fiziksel yetersizlik	Bekar	32	4,96	1,97	2,693	0,011*
	Evli	495	4,00	1,69		
Psikolojik yetersizlik	Bekar	32	3,53	2,34	4,165	<0,0001*
	Evli	495	1,76	2,08		
Sosyal yetersizlik	Bekar	32	3,28	2,24	4,295	<0,0001*
	Evli	495	1,53	1,97		
Handikap	Bekar	32	2,06	2,04	4,930	0,001*
	Evli	495	0,77	1,38		
Toplam puan	Bekar	32	27,37	12,61	4,193	<0,0001*
	Evli	495	17,81	10,49		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 7’de OHIP–14 ölçeğinin medeni duruma göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde bekâr olan katılımcıların evli olan katılımcılara göre OHIP–14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanından aldığı ortalama puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı bekâr katılımcıların ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi evli katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak Hipotez1b ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 8. OHIP-14 Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Fonksiyonel sınırlılık	30-49 Yaş	96	1,57	2,13	3,859	0,022*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	1,92	2,00			
	70 yaş ve üzeri	66	2,46	1,93			
	Toplam	527	1,93	2,02			
Fiziksel ağrı	30-49 Yaş	96	3,45	1,90	2,406	0,091	-
	50-69 Yaş	365	3,84	1,88			
	70 yaş ve üzeri	66	4,07	1,81			
	Toplam	527	3,80	1,88			
Psikolojik rahatsızlık	30-49 Yaş	96	4,03	1,35	2,316	0,100	-
	50-69 Yaş	365	4,22	1,25			
	70 yaş ve üzeri	66	4,46	1,27			
	Toplam	527	4,21	1,27			
Fiziksel yetersizlik	30-49 Yaş	96	3,78	1,83	1,523	0,219	-
	50-69 Yaş	365	4,06	1,75			
	70 yaş ve üzeri	66	4,45	1,25			
	Toplam	527	4,06	1,72			
Psikolojik yetersizlik	30-49 Yaş	96	1,48	2,04	3,000	0,051	-
	50-69 Yaş	365	1,92	2,18			
	70 yaş ve üzeri	66	2,10	1,94			
	Toplam	527	1,87	2,13			
Sosyal yetersizlik	30-49 Yaş	96	1,33	2,04	2,067	0,128	-
	50-69 Yaş	365	1,68	2,05			
	70 yaş ve üzeri	66	1,84	2,01			
	Toplam	527	1,64	2,04			
Handikap	30-49 Yaş	96	0,63	1,20	2,606	0,075	-
	50-69 Yaş	365	0,85	1,46			
	70 yaş ve üzeri	66	1,16	1,71			
	Toplam	527	0,85	1,45			
Toplam puan	30-49 Yaş	96	16,30	10,82	3,193	0,042*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	18,55	10,96			
	70 yaş ve üzeri	66	20,59	9,97			
	Toplam	527	18,39	10,86			

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 8’de OHIP-14 ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHIP-14 ölçeği boyutlarından yalnızca fonksiyonel

sınırlılık ile ölçeğin toplam boyutunda yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan çoklu karşılaştırma analizine (Tukey HSD) göre fonksiyonel sınırlılık boyutunda ve ölçeğin toplam boyutunda aradaki farklılık 30-49 yaş ve 70 yaş ve üzeri grupta yer alan bireylerden kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak Hipotez 1c fonksiyonel sınırlılık boyutu ve ölçeğin toplam puanı için kabul, diğer tüm boyutlar için reddedilmiştir.

Tablo 9. OHIP-14 Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Eğitim durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Fonksiyonel sınırlılık	Okuryazar değil	141	3,09	2,07	35,163	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	1,52	1,83			
	Lise ve üzeri	32	1,33	2,00			
	Toplam	527	1,93	2,03			
Fiziksel ağrı	Okuryazar değil	141	4,71	1,82	24,166	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	3,47	1,80			
	Lise ve üzeri	32	3,33	1,86			
	Toplam	527	3,80	1,88			
Psikolojik rahatsızlık	Okuryazar değil	141	4,65	1,38	14,464	<0,0001*	Okuryazar değil İlköğretim
	İlköğretim	354	4,01	1,19			
	Lise ve üzeri	32	4,56	1,28			
	Toplam	527	4,22	1,28			
Fiziksel yetersizlik	Okuryazar değil	141	4,65	1,74	11,327	<0,0001*	Okuryazar değil İlköğretim
	İlköğretim	354	3,85	1,68			
	Lise ve üzeri	32	3,85	1,83			
	Toplam	527	4,06	1,73			
Psikolojik yetersizlik	Okuryazar değil	141	2,85	2,12	21,957	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	1,50	2,01			
	Lise ve üzeri	32	1,67	2,35			
	Toplam	527	1,87	2,14			
Sosyal yetersizlik	Okuryazar değil	141	2,62	2,02	24,367	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	1,25	1,88			
	Lise ve üzeri	32	1,59	2,53			
	Toplam	527	1,64	2,05			
Handikap	Okuryazar değil	141	1,64	1,89	31,116	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	0,55	1,13			
	Lise ve üzeri	32	0,59	1,08			
	Toplam	527	0,86	1,46			
Toplam puan	Okuryazar değil	141	24,19	10,91	30,698	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	16,17	9,93			
	Lise ve üzeri	32	16,93	11,58			
	Toplam	527	18,40	10,87			

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 9'da OHIP-14 ölçeğinin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcılardan okuryazar olmayan grubun tüm boyutardan aldığı ortalama puanlar diğer eğitim düzeylerine göre yüksek çıkmıştır. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı okuryazar olmayan grubun ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeyi

diğer eğitim düzeyi gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre Hipotez 1d tüm boyutlar ve toplam puan için kabul edilmiş ve eğitim düzeyi ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerden biridir sonucu çıkarılmıştır. Yapılan Post Hoc (Tukey HSD) analizi sonucunda aradaki farklılığı yaratan gruplara bakıldığında en çok okuryazar olmayan grubun bu farklılığa neden olduğu görülmektedir.

Tablo 10. OHIP-14 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Hastaneye geliş nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Fonksiyonel sınırlılık	Muayene	51	0,61	1,02	83,678	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	4,38	1,93			
	Diş çürüğü	32	0,97	1,23			
	Diş çekimi	103	0,60	1,02			
	Protez	207	2,42	1,75			
	Kanal tedavisi	49	0,45	1,00			
	Toplam	527	1,93	2,03			
Fiziksel ağrı	Muayene	51	2,16	1,78	49,335	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	5,86	1,33			
	Diş çürüğü	32	3,38	1,43			
	Diş çekimi	103	2,95	1,32			
	Protez	207	3,99	1,79			
	Kanal tedavisi	49	3,24	1,11			
	Toplam	527	3,80	1,88			
Psikolojik rahatsızlık	Muayene	51	3,37	1,18	42,516	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	5,56	1,13			
	Diş çürüğü	32	3,84	1,55			
	Diş çekimi	103	3,68	0,92			
	Protez	207	4,35	1,06			
	Kanal tedavisi	49	3,57	0,91			
	Toplam	527	4,22	1,28			
Fiziksel yetersizlik	Muayene	51	2,33	1,52	64,879	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	6,11	1,56			
	Diş çürüğü	32	3,53	1,32			
	Diş çekimi	103	3,26	1,27			
	Protez	207	4,25	1,34			
	Kanal tedavisi	49	3,57	1,10			
	Toplam	527	4,06	1,73			
Psikolojik yetersizlik	Muayene	51	0,59	1,24	63,289	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	4,38	1,85			
	Diş çürüğü	32	1,03	1,45			
	Diş çekimi	103	0,50	1,17			
	Protez	207	2,21	1,97			
	Kanal tedavisi	49	0,84	1,64			
	Toplam	527	1,87	2,14			
Sosyal yetersizlik	Muayene	51	0,51	1,17	62,018	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	4,11	1,95			
	Diş çürüğü	32	0,94	1,39			
	Diş çekimi	103	0,39	1,06			
	Protez	207	1,88	1,85			
	Kanal tedavisi	49	0,63	1,52			
	Toplam	527	1,64	2,05			

Tablo 10. OHIP-14 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması
(Devam)

OHIP-14 Boyutları	Hastaneye geliş nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratın Grup/Gruplar
Handikap	Muayene	51	0,25	0,93	45,543	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	2,55	1,92			
	Diş çürüğü	32	0,72	1,55			
	Diş çekimi	103	0,12	0,45			
	Protez	207	0,85	1,22			
	Kanal tedavisi	49	0,20	0,71			
	Toplam	527	0,86	1,46			
Toplam puan	Muayene	51	9,82	7,02	93,327	<0,0001*	Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	32,94	9,62			
	Diş çürüğü	32	14,41	7,68			
	Diş çekimi	103	11,50	5,53			
	Protez	207	19,98	8,69			
	Kanal tedavisi	49	12,51	6,49			
	Toplam	527	18,40	10,87			

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 10'da OHIP-14 ölçeğinin hastaneye geliş nedenine göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcılardan diş eti problemi nedeniyle hastaneye gelen bireylerin tüm boyutlardan aldığı ortalama puanlar diğer geliş nedenlerine göre yüksek çıkmıştır. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı diş eti hastalığı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeyi diğer nedenlerle hastaneye gelen bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre diş eti hastalıkları ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerden biridir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 1e ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Katılımcıların hastaneye geliş nedenine göre OHIP-14 ölçeği boyutlarının çoklu karşılaştırma analizi (Tukey HSD) sonuçları incelendiğinde yalnızca fiziksel yetersizlik boyutunda farklılığı yaratan grupların muayene, diş eti problemi ve protez tedavisi nedeniyle hastaneye gelen gruplar olduğu görülmektedir. Fiziksel yetersizlik boyutu dışındaki boyutlar ve toplam puandan elde edilen sonuçlara göre farklılığı yaratan gruplar diş eti problemi ve protez tedavisi nedeniyle gelen bireylerden oluşmaktadır. Sonuç olarak ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi düzeyinin düşmesinde diş eti problemleri ve protez tedavisini önemli değişkenlerdir.

Tablo 11. OHIP-14 Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Diyabet Hastalığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fonksiyonel sınırlılık	Var	259	3,28	1,96	19,833	<0,0001*
	Yok	268	0,62	0,95		
Fiziksel ağrı	Var	259	5,02	1,67	18,993	<0,0001*
	Yok	268	2,61	1,20		
Psikolojik rahatsızlık	Var	259	4,91	1,26	14,558	<0,0001*
	Yok	268	3,54	0,86		
Fiziksel yetersizlik	Var	259	4,97	1,67	13,868	<0,0001*
	Yok	268	3,18	1,26		
Psikolojik yetersizlik	Var	259	3,51	1,88	26,596	<0,0001*
	Yok	268	0,27	0,64		
Sosyal yetersizlik	Var	259	3,21	1,85	26,366	<0,0001*
	Yok	268	0,12	0,48		
Handikap	Var	259	1,68	1,71	15,400	<0,0001*
	Yok	268	0,05	0,23		
Toplam puan	Var	259	26,62	9,41	25,613	<0,0001*
	Yok	268	10,44	4,22		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 11’de OHIP-14 ölçeğinin diyabet hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı diyabet hastalarında OHIP-14 ölçeğine göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi diyabet hastası olmayan bireylere göre daha düşüktür. Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 1f OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 12. OHIP-14 Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

OHIP-14 Boyutları	Hipertansiyon Hastalığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fonksiyonel sınırlılık	Yok	367	1,67	1,97	-4,560	<0,0001*
	Var	160	2,53	2,04		
Fiziksel ağrı	Yok	367	3,51	1,87	-5,542	<0,0001*
	Var	160	4,47	1,72		
Psikolojik rahatsızlık	Yok	367	4,07	1,25	-3,989	<0,0001*
	Var	160	4,55	1,28		
Fiziksel yetersizlik	Yok	367	3,85	1,71	-4,392	<0,0001*
	Var	160	4,55	1,66		
Psikolojik yetersizlik	Yok	367	1,49	2,05	-6,419	<0,0001*
	Var	160	2,74	2,08		
Sosyal yetersizlik	Yok	367	1,29	1,97	-6,186	<0,0001*
	Var	160	2,45	1,98		
Handikap	Yok	367	0,64	1,30	-5,050	<0,0001*
	Var	160	1,33	1,66		
Toplam puan	Yok	367	16,53	10,48	-6,162	<0,0001*
	Var	160	22,66	10,54		

Tablo 12’de OHIP-14 ölçeğinin hipertansiyon hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için hipertansiyon hastası olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin ters puanlanmasından dolayı hipertansiyon hastalarında OHIP-14 ölçeğine göre ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi hipertansiyon hastası olmayan bireylere göre daha düşüktür. Sonuç olarak hipertansiyon hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 1g OHIP-14 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 13. OHQoL-UK Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Semptom	Kadın	331	3,98	1,09	-3,291	0,001*
	Erkek	196	4,32	1,21		
Fiziksel durum	Kadın	331	10,74	2,45	-6,238	<0,0001*
	Erkek	196	12,16	2,56		
Psikolojik durum	Kadın	331	11,94	2,29	-4,984	<0,0001*
	Erkek	196	12,94	2,11		
Sosyal durum	Kadın	331	8,95	1,93	-4,747	<0,0001*
	Erkek	196	9,81	2,04		
Toplam puan	Kadın	331	35,68	7,21	-5,507	<0,0001*
	Erkek	196	39,31	7,37		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 13'te OHQoL-UK ölçeğinin cinsiyete göre durumu ve karşılaştırması yer almaktadır. OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanında erkekler kadınlara göre ortalama daha yüksek puan almışlardır. Sonuç olarak erkeklerin ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi düzeyleri kadınlara göre daha yüksektir ve kurulan Hipotez 2a ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 14. OHQoL-UK Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Medeni durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Semptom	Bekar	32	3,43	1,26	5222,00	0,001*
	Evli	495	4,15	1,12		
Fiziksel durum	Bekar	32	9,40	2,55	4543,50	<0,0001*
	Evli	495	11,38	2,54		
Psikolojik durum	Bekar	32	10,87	2,59	5124,50	0,001*
	Evli	495	12,40	2,22		
Sosyal durum	Bekar	32	8,34	2,37	5891,50	0,013*
	Evli	495	9,33	1,97		
Toplam puan	Bekar	32	32,21	8,15	4947,50	<0,0001*
	Evli	495	37,34	7,32		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 14'te OHQoL-UK ölçeğinin medeni duruma göre durumu ve karşılaştırması yer almaktadır. OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanında evli bireyler

bekârlara göre ortalama daha yüksek puan almışlardır. Sonuç olarak evli bireylerin ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi düzeyleri bekârlara göre daha yüksektir ve kurulan Hipotez 2b ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 15. OHQoL-UK Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratın Grup/Gruplar
Semptom	30-49 Yaş	96	4,33	1,13	3,079	0,047*	30-49 Yaş 70 Yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	4,09	1,12			
	70 Yaş ve üzeri	66	3,89	1,25			
	Toplam	527	4,11	1,14			
Fiziksel durum	30-49 Yaş	96	11,79	2,41	5,328	0,005*	70 Yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	11,27	2,56			
	70 Yaş ve üzeri	66	10,45	2,75			
	Toplam	527	11,26	2,58			
Psikolojik durum	30-49 Yaş	96	12,66	2,26	3,383	0,035*	30-49 Yaş 70 Yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	12,32	2,24			
	70 Yaş ve üzeri	66	11,72	2,36			
	Toplam	527	12,31	2,27			
Sosyal durum	30-49 Yaş	96	9,82	1,81	6,225	0,002*	30-49 Yaş
	50-69 Yaş	365	9,22	1,98			
	70 Yaş ve üzeri	66	8,72	2,27			
	Toplam	527	9,27	2,01			
Toplam puan	30-49 Yaş	96	38,83	7,39	5,615	0,004*	30-49 Yaş 70 Yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	36,94	7,31			
	70 Yaş ve üzeri	66	34,89	7,89			
	Toplam	527	37,03	7,47			

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 15'te OHQoL-UK ölçeğinin yaş gruplarına göre durumu ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanında yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sonuç olarak yaş değişkeni ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerden biridir ve kurulan Hipotez 2c ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir. Tukey HSD analizine göre semptom, psikolojik durum ve ölçeğin toplam puanında katılımcılar arasındaki farklılığa 30–49 yaş ile 70 yaş ve üzeri grupta yer alan bireyler neden olurken, fiziksel durum boyutunda 70 yaş ve üzeri bireyler,

sosyal durum boyutunda ise 30–49 yaş arasındaki bireylerin neden olduğu görülmektedir.

Tablo 16. OHQoL-UK Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Eğitim durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratın Grup/Gruplar
Semptom	Okuryazar değil	141	3,56	1,06	17,739	<0,0001*	Okuryazar değil İlköğretim
	İlköğretim	354	4,34	1,09			
	Lise ve üzeri	27	4,11	1,25			
	Toplam	527	4,11	1,15			
Fiziksel durum	Okuryazar değil	141	9,79	2,37	24,911	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	11,86	2,38			
	Lise ve üzeri	27	11,44	2,91			
	Toplam	527	11,27	2,58			
Psikolojik durum	Okuryazar değil	141	11,09	2,44	21,170	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	12,78	1,98			
	Lise ve üzeri	27	12,63	2,71			
	Toplam	527	12,31	2,27			
Sosyal durum	Okuryazar değil	141	8,37	2,02	14,305	<0,0001*	Okuryazar değil İlköğretim
	İlköğretim	354	9,63	1,87			
	Lise ve üzeri	27	9,33	2,34			
	Toplam	527	9,27	2,01			
Toplam puan	Okuryazar değil	141	32,84	7,10	23,596	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	38,70	6,82			
	Lise ve üzeri	27	37,52	8,76			
	Toplam	527	37,03	7,47			

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 16’da OHQoL-UK ölçeğinin eğitim gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde tüm boyutlarda okuryazar olmayan bireylerin aldığı ortalama puanlar diğer eğitim düzeyi gruplarına göre düşük çıkmıştır. Buna göre okuryazar olmayan bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi düzeyleri diğer eğitim düzeyi grubunda yer alan bireylere göre daha düşüktür ve kurulan Hipotez 2d kabul edilmiştir. Yapılan çoklu karşılaştırma analizine (Tukey HSD) göre semptom boyutunda ve toplam puanda okuryazar olmayan diğer boyutlarda ise okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan bireylerin farklılığa neden olduğu görülmektedir.

Tablo 17. OHQoL-UK Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Hastaneye Geliş Nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratın Grup/Gruplar
Semptom	Muayene	51	5,07	1,07	57,621	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	2,85	0,91			
	Diş çürüğü	32	4,37	0,97			
	Diş çekimi	103	4,73	0,82			
	Protez	207	3,90	0,94			
	Kanal tedavisi	49	4,63	0,83			
	Toplam	527	4,11	1,14			
Fiziksel durum	Muayene	51	13,19	1,91	75,340	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	8,04	2,15			
	Diş çürüğü	32	11,90	1,95			
	Diş çekimi	103	12,88	1,49			
	Protez	207	10,88	2,18			
	Kanal tedavisi	49	12,63	1,69			
	Toplam	527	11,26	2,58			
Psikolojik durum	Muayene	51	13,90	1,66	73,326	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	9,35	2,05			
	Diş çürüğü	32	12,75	1,95			
	Diş çekimi	103	13,65	1,22			
	Protez	207	12,14	1,90			
	Kanal tedavisi	49	13,36	1,36			
	Toplam	527	12,31	2,27			
Sosyal durum	Muayene	51	10,47	1,41	52,643	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Diş çürüğü Diş çekimi Protez
	Diş eti problemi	85	6,90	1,92			
	Diş çürüğü	32	9,31	1,80			
	Diş çekimi	103	10,35	1,43			
	Protez	207	9,18	1,70			
	Kanal tedavisi	49	10,20	1,39			
	Toplam	527	9,27	2,01			
Toplam puan	Muayene	51	43,07	6,01	84,645	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	27,22	6,33			
	Diş çürüğü	32	38,50	5,41			
	Diş çekimi	103	41,63	4,32			
	Protez	207	36,15	5,87			
	Kanal tedavisi	49	40,83	4,75			
	Toplam	527	37,03	7,47			

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 17’de OHQoL-UK ölçeğinin hastaneye geliş nedenine göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ölçeğin semptom, fiziksel durum, psikolojik durum boyutları ve toplam puanında diğer grupta yer alan bireylere göre en düşük ortalama puanları diş eti problemi olan ve protez tedavisi için gelen bireyler alırken; sosyal durum boyutunda diş eti problemi, diş çürüğü ve protez tedavisi için gelen bireyler diğer grupta yer alan bireylere göre en düşük ortalama puanı almışlardır. Sonuç olarak sosyal durum boyutu için bakıldığında diş eti problemi, diş çürüğü ve protez tedavisi için gelen bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kaliteleri düşük iken, diğer boyutlar ve toplam puan için diş eti problemi olan ve protez tedavisi için gelen bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kaliteleri diğer grupta yer alan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak kurulan Hipotez 2e ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir. Hastaneye geliş nedenine göre çoklu karşılaştırma analizi sonuçları incelendiğinde sosyal durum boyutunda farklılığı yaratan grupların muayene, diş eti problemi, diş çürüğü, diş çekimi ve protez tedavisi için gelen bireylerin oluşturduğu gruplar olduğu belirlenirken; diğer boyutlar ve toplam puan için farklılığı yaratan grupların muayene, diş eti problemi ve protez tedavisi için gelen bireylerin oluşturduğu grupların olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak hastaneye geliş nedeni ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli bir değişkendir ve ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi düzeyi en düşük grup diş eti problemi yaşayan bireylerdedir.

Tablo 18. OHQoL-UK Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Diyabet Varlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Semptom	Var	259	3,31	0,93	-21,555	<0,0001*
	Yok	268	4,88	0,71		
Fiziksel durum	Var	259	9,22	2,04	-28,519	<0,0001*
	Yok	268	13,24	1,05		
Psikolojik durum	Var	259	10,81	2,24	-19,553	<0,0001*
	Yok	268	13,76	1,02		
Sosyal durum	Var	259	7,77	1,82	-24,481	<0,0001*
	Yok	268	10,71	0,70		
Toplam puan	Var	259	31,26	6,27	-26,748	<0,0001*
	Yok	268	42,60	2,90		

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 18’de OHQoL-UK ölçeğinin diyabet hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde OHQoL-UK ölçeğine göre de önemli bir değişkendir ve Hipotez 2f ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 19. OHQoL-UK Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

OHQoL-UK Boyutları	Hipertansiyon Varlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Semptom	Yok	367	4,27	1,12	5,273	<0,0001*
	Var	160	3,72	1,09		
Fiziksel durum	Yok	367	11,73	2,51	6,682	<0,0001*
	Var	160	10,18	2,42		
Psikolojik durum	Yok	367	12,67	2,13	5,648	<0,0001*
	Var	160	11,48	2,37		
Sosyal durum	Yok	367	9,63	1,91	6,435	<0,0001*
	Var	160	8,43	1,99		
Toplam puan	Yok	367	38,33	7,12	6,202	<0,0001*
	Var	160	34,03	7,40		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 19’da OHQoL-UK ölçeğinin hipertansiyon hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde OHQoL-UK ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için hipertansiyon hastası olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak hipertansiyon hastalığı ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin düşmesinde OHQoL-UK ölçeğine göre de önemli bir değişkendir ve Hipotez 2g ölçeğin tüm boyutları ve toplam puanı için kabul edilmiştir.

Tablo 20. SF-36 Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Kadın	331	57,17	21,68	-4,292	<0,0001*
	Erkek	196	66,23	26,09		
Fiziksel rol kısıtlamaları	Kadın	331	45,16	39,11	-2,867	0,004*
	Erkek	196	55,10	38,05		
Ağrı	Kadın	331	46,68	24,55	-3,181	0,002*
	Erkek	196	53,94	25,79		
Genel sağlık	Kadın	331	37,82	24,71	-4,308	<0,0001*
	Erkek	196	47,96	28,34		
Vitalite/Enerji/Canlılık	Kadın	331	54,77	19,56	-1,899	0,058
	Erkek	196	58,22	20,51		
Sosyal fonksiyon	Kadın	331	60,61	25,56	-4,506	<0,0001*
	Erkek	196	71,55	29,13		
Duygusal rol kısıtlamaları	Kadın	331	49,24	39,30	-4,193	<0,0001*
	Erkek	196	64,338	40,30		
Mental sağlık	Kadın	331	63,61	16,20	-4,111	<0,0001*
	Erkek	196	69,98	18,71		
Genel fiziksel sağlık	Kadın	331	36,22	9,43	-3,385	0,001*
	Erkek	196	39,30	11,11		
Genel mental sağlık	Kadın	331	44,71	9,25	-4,427	<0,0001*
	Erkek	196	48,59	10,54		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 20’de SF-36 ölçeğinin cinsiyet değişkenine göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde erkeklerin tüm alt boyutlarda ve iki genel boyutta kadınlardan ortalama daha fazla puan aldığı gözlemlenmiştir. Sonuç olarak enerji boyutu haricinde tüm alt boyutlarda ve iki genel boyutta erkeklerin genel sağlık yaşam kalitesi düzeyi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ve kurulan Hipotez 3a ölçeğin enerji boyutu hariç tüm boyutları için kabul edilmiş, enerji boyutu için ise reddedilmiştir.

Tablo 21. SF-36 Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Medeni durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Bekar	32	47,65	25,11	-3,007	0,005*
	Evli	495	61,37	23,50		
Fiziksel rol kısıtlamaları	Bekar	32	35,93	41,60	-1,820	0,077
	Evli	495	49,69	38,70		
Ağrı	Bekar	32	37,37	24,70	-2,834	0,008*
	Evli	495	50,15	25,10		
Genel sağlık	Bekar	32	25,96	19,75	-3,470	0,001*
	Evli	495	42,60	26,63		
Vitalite/Enerji/Canlılık	Bekar	32	45,94	22,01	-2,700	0,011*
	Evli	495	56,71	19,68		
Sosyal fonksiyon	Bekar	32	50,39	30,20	-2,779	0,009*
	Evli	495	65,60	27,02		
Duygusal rol kısıtlamaları	Bekar	32	40,62	42,95	-1,942	0,060
	Evli	495	55,78	40,01		
Mental sağlık	Bekar	32	58,00	16,28	-2,848	0,007*
	Evli	495	66,49	17,39		
Genel fiziksel sağlık	Bekar	32	31,22	9,88	-3,623	0,001*
	Evli	495	37,76	10,09		
Genel mental sağlık	Bekar	32	42,42	9,11	-2,372	0,023*
	Evli	495	46,39	9,93		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 21’de SF-36 ölçeğinin medeni duruma göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde evli olan bireylerin tüm alt boyutlarda ve iki genel boyutta bekâr olan bireylerden ortalama daha fazla puan aldıkları görülmektedir. Sonuç olarak fiziksel rol kısıtlamaları ve duygusal rol kısıtlamaları boyutları hariç diğer tüm alt boyutlarda ve genel iki boyutta evli olan bireylerin genel sağlık yaşam kalitesi bekar olan bireylerden daha yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kurulan Hipotez 3b ölçeğin fiziksel rol kısıtlamaları ve duygusal rol kısıtlamaları boyutu hariç tüm boyutları için kabul, fiziksel rol kısıtlamaları ve duygusal rol kısıtlamaları boyutları için ise reddedilmiştir.

Tablo 22. SF-36 Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratın Grup/Gruplar
Fiziksel fonksiyon	30-49 Yaş	96	80,10	20,91	96,341	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	60,03	21,13			
	70 yaş ve üzeri	66	34,92	14,58			
	Toplam	527	60,54	23,80			
Fiziksel rol kısıtlamaları	30-49 Yaş	96	79,94	32,36	73,901	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	47,05	37,01			
	70 yaş ve üzeri	66	13,63	19,70			
	Toplam	527	48,86	38,98			
Ağrı	30-49 Yaş	96	62,28	22,86	33,271	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	49,27	25,34			
	70 yaş ve üzeri	66	31,21	14,66			
	Toplam	527	49,38	25,24			
Genel sağlık	30-49 Yaş	96	58,02	28,74	43,008	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	40,87	24,94			
	70 yaş ve üzeri	66	21,66	14,44			
	Toplam	527	41,59	26,55			
Vitalite/Enerji /Canlılık	30-49 Yaş	96	70,05	17,22	56,033	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	55,36	18,88			
	70 yaş ve üzeri	66	39,54	15,11			
	Toplam	527	56,05	19,97			
Sosyal fonksiyon	30-49 Yaş	96	79,29	25,18	35,616	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	64,48	26,37			
	70 yaş ve üzeri	66	44,50	23,21			
	Toplam	527	64,68	27,43			
Duygusal rol kısıtlamaları	30-49 Yaş	96	79,16	32,89	45,781	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	54,36	39,12			
	70 yaş ve üzeri	66	22,23	32,21			
	Toplam	527	54,85	40,30			
Mental sağlık	30-49 Yaş	96	76,45	15,62	34,977	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	65,22	16,65			
	70 yaş ve üzeri	66	54,90	16,14			
	Toplam	527	65,98	17,43			

Tablo 22. SF-36 Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Devam)

SF-36 Boyutları	Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Genel fiziksel sağlık	30-49 Yaş	96	45,33	9,63	81,808	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	37,11	9,29			
	70 yaş ve üzeri	66	27,16	4,56			
	Toplam	527	37,36	10,19			
Genel mental sağlık	30-49 Yaş	96	51,99	7,67	36,253	<0,0001*	30-49 Yaş 70 yaş ve üzeri
	50-69 Yaş	365	45,83	9,73			
	70 yaş ve üzeri	66	39,42	9,14			
	Toplam	527	46,15	9,92			

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 22’de SF-36 ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde ölçeğin tüm alt boyutları ve genel iki boyutunda yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sonuç olarak yaş değişkeni genel sağlık yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 3c ölçeğin tüm alt boyutları ve genel iki boyutu için kabul edilmiştir. SF-36 ölçeğinin yaş gruplarına göre aradaki farklılığı yaratan grup ya da grupları belirlemek için çoklu karşılaştırma analizinden Tukey HSD analizi sonuçlarına göre tablo incelendiğinde ölçeğin tüm boyutlarında farklılığın 30-49 yaş ve 70 yaş ve üzerinde yer alan bireylerden kaynaklandığını bulunmuştur.

Tablo 23. SF-36 Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Fiziksel fonksiyon	Okuryazar değil	141	47,94	22,35	33,850	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	64,23	22,42			
	Lise ve üzeri	32	75,25	23,16			
	Toplam	527	60,54	23,80			
Fiziksel rol kısıtlamaları	Okuryazar değil	141	33,68	38,26	18,663	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	52,96	37,94			
	Lise ve üzeri	32	69,44	32,76			
	Toplam	527	48,86	38,98			

Tablo 23. SF-36 Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (Devam)

SF-36 Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Ağrı	Okuryazar değil	141	36,74	21,57	26,537	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	53,85	25,03			
	Lise ve üzeri	32	52,88	22,99			
	Toplam	527	49,38	25,24			
Genel sağlık	Okuryazar değil	141	26,68	21,10	34,153	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	47,01	26,21			
	Lise ve üzeri	32	45,25	26,83			
	Toplam	527	41,59	26,55			
Vitalite/Enerji/Ca nlılık	Okuryazar değil	141	45,99	20,41	27,340	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	59,45	18,61			
	Lise ve üzeri	32	60,92	18,19			
	Toplam	527	56,05	19,97			
Sosyal fonksiyon	Okuryazar değil	141	51,86	26,47	24,176	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	68,71	26,41			
	Lise ve üzeri	32	75,92	24,00			
	Toplam	527	64,68	27,43			
Duygusal rol kısıtlamaları	Okuryazar değil	141	37,82	40,48	21,091	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	59,72	38,90			
	Lise ve üzeri	32	74,08	31,12			
	Toplam	527	54,85	40,30			
Mental sağlık	Okuryazar değil	141	55,97	16,03	36,533	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	69,37	16,54			
	Lise ve üzeri	32	70,66	16,26			
	Toplam	527	65,98	17,43			
Genel fiziksel sağlık	Okuryazar değil	141	32,22	8,56	27,760	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	39,06	10,06			
	Lise ve üzeri	32	40,71	9,93			
	Toplam	527	37,36	10,19			
Genel mental sağlık	Okuryazar değil	141	41,02	9,26	29,540	<0,0001*	Okuryazar değil
	İlköğretim	354	47,81	9,64			
	Lise ve üzeri	32	49,50	7,76			
	Toplam	527	46,15	9,92			

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 23'te SF-36 ölçeği boyutlarının eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde tüm alt boyutlarda ve iki genel boyutta eğitim

düzeyi arttıkça bireylerin aldıkları ortalama puanlar artış göstermiş ve bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak Hipotez 3d kabul edilmiş ve eğitim durumunun genel sağlık yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olduğu bulunmuştur. Eğitim durumuna göre çoklu karşılaştırma analizi (Tukey HSD) sonuçları incelendiğinde ölçeğin tüm alt boyutlarında ve iki genel boyutunda farklılığı yaratan grubun okuryazar olmayan bireylerden oluştuğu bulunmuştur.

Tablo 24. SF-36 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Hastaneye Geliş Nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Fiziksel fonksiyon	Muayene	51	72,45	20,40	15,736	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	49,94	21,31			
	Diş çürüğü	32	67,34	22,75			
	Diş çekimi	103	66,01	21,38			
	Protez	207	54,69	23,31			
	Kanal tedavisi	49	75,30	22,96			
	Toplam	527	60,54	23,80			
Fiziksel rol kısıtlamaları	Muayene	51	64,70	32,85	10,521	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Diş çekimi Kanal tedavisi
	Diş eti problemi	85	34,70	37,01			
	Diş çürüğü	32	57,03	37,15			
	Diş çekimi	103	50,00	37,54			
	Protez	207	42,75	39,35			
	Kanal tedavisi	49	75,00	32,67			
	Toplam	527	48,86	38,98			
Ağrı	Muayene	51	66,50	23,55	29,274	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	28,25	19,30			
	Diş çürüğü	32	55,25	23,20			
	Diş çekimi	103	56,79	20,66			
	Protez	207	45,68	23,80			
	Kanal tedavisi	49	64,38	23,11			
	Toplam	527	49,38	25,24			
Genel sağlık	Muayene	51	56,25	26,01	24,765	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez Kanal tedavisi
	Diş eti problemi	85	24,41	17,34			
	Diş çürüğü	32	43,71	22,39			
	Diş çekimi	103	50,13	23,86			
	Protez	207	35,65	25,65			
	Kanal tedavisi	49	61,89	25,58			
	Toplam	527	41,59	26,55			

Tablo 24. SF-36 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması (Devam)

SF-36 Boyutları	Hastaneye Geliş Nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Vitalite/Enerji/ Canlılık	Muayene	51	64,41	18,01	15,511	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Diş çekimi Protez
	Diş eti problemi	85	46,23	19,78			
	Diş çürüğü	32	62,81	18,44			
	Diş çekimi	103	59,80	18,50			
	Protez	207	51,91	19,17			
	Kanal tedavisi	49	69,59	16,00			
	Toplam	527	56,05	19,97			
Sosyal fonksiyon	Muayene	51	78,18	23,29	19,033	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	47,94	23,53			
	Diş çürüğü	32	71,09	27,39			
	Diş çekimi	103	73,42	23,72			
	Protez	207	59,11	27,13			
	Kanal tedavisi	49	80,61	24,48			
	Toplam	527	64,68	27,43			
Duyusal rol kısıtlamaları	Muayene	51	70,59	33,10	9,893	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez Kanal tedavisi
	Diş eti problemi	85	38,42	39,00			
	Diş çürüğü	32	63,54	40,03			
	Diş çekimi	103	61,16	38,23			
	Protez	207	48,15	40,70			
	Kanal tedavisi	49	76,38	34,67			
	Toplam	527	54,85	40,30			
Mental sağlık	Muayene	51	76,86	13,95	21,579	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Protez
	Diş eti problemi	85	56,09	14,61			
	Diş çürüğü	32	67,87	16,36			
	Diş çekimi	103	71,92	14,54			
	Protez	207	61,62	17,18			
	Kanal tedavisi	49	76,48	17,14			
	Toplam	527	65,98	17,43			
Genel fiziksel sağlık	Muayene	51	42,88	9,88	21,136	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Diş çekimi Protez
	Diş eti problemi	85	31,11	7,38			
	Diş çürüğü	32	39,25	9,45			
	Diş çekimi	103	39,57	9,28			
	Protez	207	35,35	9,80			
	Kanal tedavisi	49	45,04	9,74			
	Toplam	527	37,36	10,19			

Tablo 24. SF-36 Ölçeğinin Hastaneye Geliş Nedenine Göre Karşılaştırılması (Devam)

SF-36 Boyutları	Hastaneye Geliş Nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Farklılığı Yaratan Grup/Gruplar
Genel mental sağlık	Muayene	51	50,98	8,29	17,277	<0,0001*	Muayene Diş eti problemi Diş çekimi Protez
	Diş eti problemi	85	40,84	8,69			
	Diş çürüğü	32	48,17	8,47			
	Diş çekimi	103	49,11	8,93			
	Protez	207	43,94	9,93			
	Kanal tedavisi	49	52,11	9,09			
	Toplam	527	46,15	9,92			

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 24'te SF-36 ölçeği boyutlarının hastaneye geliş nedenine göre dağılımı ve karşılaştırması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarında ve iki genel boyutunda en düşük ortalama puanları hastaneye diş eti problemi ve protez tedavisi için gelen bireyler almıştır. F testi sonucuna göre tüm boyutlarda hastaneye geliş nedenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sonuç olarak bireylerin hastaneye geliş nedeni genel sağlık yaşam kalitesi düzeyini etkileyen önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 3f ölçeğin tüm boyutları için kabul edilmiştir. SF-36 ölçeğinin hastaneye geliş nedenine göre çoklu karşılaştırma analizi (Tukey HSD) sonuçları incelendiğinde fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı yaratan gruplar muayene, diş eti problemi ve protez tedavisi için gelen bireylerden oluşan gruplardır. Fiziksel rol kısıtlamaları boyutunda farklılığı yaratan muayene, diş eti problemi, diş çekimi ve kanal tedavisi; genel sağlık ve duygusal rol kısıtlamaları boyutunda muayene, diş eti problemi, protez ve kanal tedavisi; enerji ve genel fiziksel sağlık boyutunda muayene, diş eti problemi, diş çekimi ve protez tedavisi ve genel mental sağlık boyutunda muayene, diş eti problemi, diş çekimi ve protez tedavisi için gelen bireylerdir. Sonuç olarak hastaneye geliş nedeni bireylerin genel sağlık yaşam kalitesinin farklı boyutlarını etkileyen önemli değişkenlerden biridir ve aradaki farklılığa en çok diş eti problemi olan, muayene ve protez tedavisi için gelen bireyler neden olmuştur.

Tablo 25. SF-36 Ölçeğinin Diyabet Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Diyabet varlığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Var	259	46,79	20,45	-15,802	<0,0001*
	Yok	268	73,83	18,74		
Fiziksel rol kısıtlamaları	Var	259	34,94	38,63	-8,599	<0,0001*
	Yok	268	62,31	34,38		
Ağrı	Var	259	35,52	20,62	-14,715	<0,0001*
	Yok	268	62,76	21,86		
Genel sağlık	Var	259	22,89	14,41	-22,017	<0,0001*
	Yok	268	59,66	22,83		
Vitalite/Enerji/Canlılık	Var	259	46,89	19,25	-11,595	<0,0001*
	Yok	268	64,91	16,35		
Sosyal fonksiyon	Var	259	48,11	24,05	-16,923	<0,0001*
	Yok	268	80,69	20,01		
Duyusal rol kısıtlamaları	Var	259	36,67	38,90	-11,347	<0,0001*
	Yok	268	72,42	33,28		
Mental sağlık	Var	259	54,30	14,52	-20,080	<0,0001*
	Yok	268	77,26	11,61		
Genel fiziksel sağlık	Var	259	31,50	7,50	-15,744	<0,0001*
	Yok	268	43,03	9,19		
Genel mental sağlık	Var	259	40,03	8,53	-17,471	<0,0001*
	Yok	268	52,06	7,22		

*:p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 25'te SF-36 ölçeğinin diyabet hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SF-36 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için diyabet hastası olan katılımcıların, diyabet hastası olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak diyabet hastalığı genel sağlık yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 3g ölçeğin tüm boyutları ve genel iki alt boyutu için kabul edilmiştir.

Tablo 26. SF-36 Ölçeğinin Hipertansiyon Hastalığının Varlığına Göre Karşılaştırılması

SF-36 Boyutları	Hipertansiyon Hastalığı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Yok	367	63,44	25,39	4,309	<0,0001*
	Var	160	53,88	18,05		
Fiziksel rol kısıtlamaları	Yok	367	53,40	38,74	4,114	<0,0001*
	Var	160	38,43	37,60		
Ağrı	Yok	367	52,95	26,94	5,041	<0,0001*
	Var	160	41,17	18,42		
Genel sağlık	Yok	367	46,34	28,49	6,458	<0,0001*
	Var	160	30,69	17,07		
Vitalite/Enerji/Canlılık	Yok	367	58,17	20,40	3,921	<0,0001*
	Var	160	51,18	18,08		
Sosyal fonksiyon	Yok	367	68,90	28,77	5,496	<0,0001*
	Var	160	55,00	21,17		
Duygusal rol kısıtlamaları	Yok	367	59,51	39,89	4,104	<0,0001*
	Var	160	44,16	39,31		
Mental sağlık	Yok	367	68,30	18,38	4,727	<0,0001*
	Var	160	60,65	13,66		
Genel fiziksel sağlık	Yok	367	38,93	10,94	5,511	<0,0001*
	Var	160	33,76	6,99		
Genel mental sağlık	Yok	367	47,57	10,16	5,097	<0,0001*
	Var	160	42,89	8,51		

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 26’da SF-36 ölçeğinin hipertansiyon hastalığına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde SF-36 ölçeğinin tüm boyutları ve toplam puanı için hipertansiyon hastası olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre aldıkları ortalama puanlar daha düşük bulunmuştur. Sonuç olarak hipertansiyon hastalığı genel sağlık yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir değişkendir ve kurulan Hipotez 3h ölçeğin tüm boyutları ve genel iki alt boyutu için kabul edilmiştir.

Tablo 27. OHIP-14 Ölçeği Toplam Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması

Ödemeler	OHIP-14 Ölçeği Toplam Puanı				
	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
SGK Ödeme					
217 TL ve altı	377	17,53	11,39	-2,919	0,004*
217,1 TL ve üzeri	150	20,57	9,09		
Katkı payları	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
18 TL ve altı	321	17,43	11,98	-2,760	0,006*
18,1 TL ve üzeri	206	19,91	8,66		
Toplam ödeme	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
235 TL ve altı	376	17,60	11,46	-2,683	0,008*
235,1 TL ve üzeri	151	20,39	8,96		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 27’de katılımcıların anketin uygulandığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için SGK tarafından yapılan ödemelerin, bu hizmetler için bireyler tarafından ödenen katkı paylarının ve hem SGK tarafından hem de bireyler tarafından ödenen katkı payının toplamı açısından OHIP-14 ölçeğinin toplam puanına göre karşılaştırması yer almaktadır. Yapılan ödemelerin ortalama değerleri alınmış ve ortalamanın altında ve üstünde kalan bireyler olarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo incelendiğinde yapılan ödemelerde ortalamanın altında kalan bireylerin OHIP-14 ölçeği toplam puanından aldıkları değerlerin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha düşük olduğu ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu görülmektedir. Bu da ortalamanın altında kalan bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha iyi olduğunu göstermektedir ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 4 tüm ödemeler için kabul edilmiştir.

Tablo 28. OHQoL-UK Ölçeği Toplam Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması

Ödemeler	OHQoL-UK Ölçeği Toplam Puanı				
	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
SGK Ödeme					
217 TL ve altı	377	37,58	7,83	2,715	0,007*
217,1 TL ve üzeri	150	35,64	6,29		
Katkı payları					
18 TL ve altı	321	37,57	8,31	2,057	0,040*
18,1 TL ve üzeri	206	36,20	5,85		
Toplam ödeme					
235 TL ve altı	376	37,55	7,85	2,539	0,011*
235,1 TL ve üzeri	151	35,73	6,27		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 28’de katılımcıların anketin uygulandığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için SGK tarafından yapılan ödemelerin, bireyler tarafından ödenen katkı paylarının ve hem SGK tarafından hem de bireyler tarafından ödenen katkı payının toplamı açısından OHQoL-UK ölçeğinin toplam puanına göre karşılaştırması yer almaktadır. Yapılan ödemelerin ortalama değerleri alınmış ve ortalamanın altında ve üstünde kalan bireyler olarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo incelendiğinde yapılan ödemelerde ortalamanın altında kalan bireylerin OHQoL-UK ölçeği toplam puanından aldıkları değerlerin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu görülmektedir. Bu da ortalamanın altında kalan bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha iyi olduğunu göstermektedir ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 5 tüm ödemeler için kabul edilmiştir.

Tablo 29. SF-36 Ölçeği Fiziksel Sağlık Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması

Ödemeler	SF-36 Ölçeği Fiziksel Sağlık Toplam Puanı				
	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
SGK Ödeme					
217 TL ve altı	377	38,08	10,25	2,610	0,010*
217,1 TL ve üzeri	150	35,57	9,85		
Katkı payları	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
18 TL ve altı	321	38,62	10,25	3,602	<0,001*
18,1 TL ve üzeri	206	35,41	9,80		
Toplam ödeme	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
235 TL ve altı	376	38,13	10,21	2,754	0,006*
235,1 TL ve üzeri	151	35,47	9,92		

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 29’da katılımcıların anketin uygulandığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için SGK tarafından yapılan ödemelerin, bireyler tarafından ödenen katkı paylarının ve hem SGK tarafından hem de bireyler tarafından ödenen katkı payının toplamı açısından SF-36 ölçeğinin fiziksel sağlık toplam puanına göre karşılaştırması yer almaktadır. Yapılan ödemelerin ortalama değerleri alınmış ve ortalamanın altında ve üstünde kalan bireyler olarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo incelendiğinde yapılan ödemelerde ortalamanın altında kalan bireylerin SF-36 ölçeği fiziksel sağlık toplam puanından aldıkları değerlerin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu görülmektedir. Bu da ortalamanın altında kalan bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha iyi olduğunu göstermektedir ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelerin genel fiziksel sağlık yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 6a tüm ödemeler için kabul edilmiştir.

Tablo 30. SF-36 Ölçeği Mental Sağlık Puanının Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti İçin Yapılan Ödemelere Göre Karşılaştırılması

Ödemeler	SF-36 Ölçeği Mental Sağlık Toplam Puanı				
	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
SGK Ödeme					
217 TL ve altı	377	47,11	9,76	3,531	<0,0001*
217,1 TL ve üzeri	150	43,74	9,96		
Katkı payları	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
18 TL ve altı	321	47,53	9,69	4,040	<0,0001*
18,1 TL ve üzeri	206	44,01	9,92		
Toplam ödeme	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
235 TL ve altı	376	47,11	9,73	3,530	<0,0001*
235,1 TL ve üzeri	151	43,77	10,04		

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 30'da katılımcıların anketin uygulandığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için SGK tarafından yapılan ödemelerin, bireyler tarafından ödenen katkı paylarının ve hem SGK tarafından hem de bireyler tarafından ödenen katkı payının toplamı açısından SF-36 ölçeğinin mental sağlık toplam puanına göre karşılaştırması yer almaktadır. Yapılan ödemelerin ortalama değerleri alınmış ve ortalamanın altında ve üstünde kalan bireyler olarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo incelendiğinde yapılan ödemelerde ortalamanın altında kalan bireylerin SF-36 ölçeği mental sağlık toplam puanından aldıkları değerlerin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu görülmektedir. Bu da ortalamanın altında kalan bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesinin ortalamanın üstünde kalan bireylerden daha iyi olduğunu göstermektedir ve ağız ve diş sağlığı hizmeti için yapılan ödemelerin genel mental sağlık yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Sonuç olarak kurulan Hipotez 6b tüm ödemeler için kabul edilmiştir.

Tablo 31. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı Etki Profilinin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	46,272	1,594		29,022	<,00001*	
OHIP Boyut 1: Fonksiyonel Sınırlılık	-,868	,330	-,173	-2,630	,009*	3,373
OHIP Boyut 2: Fiziksel Ağrı	-1,041	,351	-,193	-2,969	,003*	3,280
OHIP Boyut 3: Psikolojik Rahatsızlık	,051	,419	,006	,122	,903	2,153
OHIP Boyut 4: Fiziksel Yetersizlik	-,362	,341	-,061	-1,062	,289	2,607
OHIP Boyut 5: Psikolojik Yetersizlik	-,712	,490	-,149	-1,453	,147	8,251
OHIP Boyut 6: Sosyal Yetersizlik	-,824	,570	-,165	-1,446	,149	3,495
OHIP Boyut 7: Handikap	,790	,439	,113	1,800	,072	3,081
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,578						
R ² = 0,334						
F= 37,266						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=1,606						
VIF: Variance Inflation Factor – Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi Skoru						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorları üzerinde ağız sağlığı etki profilinin (OHIP-14) anlamlı etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde ağız ve yaşam kalitesi etki profilinin boyutları olan fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handikap boyut skorları bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 31 fiziksel yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı etki profilinin yedi boyutunun etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=60,247; p=0,000; p<0,01). Modeldeki ağız ve diş sağlığı etki profilinin yedi boyutu ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 33,4'ünü açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,606 olması ve varyans şişkinlik

değerlerinin 2,153 ile 8,251 arasında değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan ağız sağlığı etki profilinin boyutlarından “fonksiyonel sınırlılık” ($t=-2,630$; $p= 0,009$; $p<0,05$) ve “fiziksel ağrı” ($t=-2,969$; $p= 0,003$; $p<0,05$) ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir. Standardize edilmiş beta katsayıları dikkate alındığında ise fiziksel ağrının (std. B =-0,193) fonksiyonel sınırlılığa (std. B =-0,173) göre fiziksel yaşam kalitesi üzerine daha fazla etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ağız sağlığı etki profilinin boyutlarında ve toplam skorunda bulunan değerlerin düşük çıkması istenmektedir. Skorlar düşük oldukça ağız sağlığı etki profili iyi olarak yorumlanmaktadır. Dolayısı ile ağız sağlığı etki profili boyut skorları düştükçe fiziksel yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Sonuç olarak, kurulan Hipotez 7 ağız sağlığı etki profilinin fonksiyonel sınırlılık ve fiziksel ağrı boyutları için kabul, diğer boyutları için ise reddedilmiştir.

Tablo 32. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Mental Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı Etki Profilinin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	54,606	1,526		35,776	,000	
OHIP Boyut 1: Fonksiyonel Sınırlılık	-,680	,316	-,139	-2,153	,032*	3,373
OHIP Boyut 2: Fiziksel Ağrı	-1,215	,336	-,231	-3,619	<,00001*	3,280
OHIP Boyut 3: Psikolojik Rahatsızlık	,272	,401	,035	,678	,498	2,153
OHIP Boyut 4: Fiziksel Yetersizlik	-,334	,327	-,058	-1,021	,308	2,607
OHIP Boyut 5: Psikolojik Yetersizlik	-,908	,469	-,196	-1,935	,054	8,251
OHIP Boyut 6: Sosyal Yetersizlik	-,676	,546	-,139	-1,238	,216	3,495
OHIP Boyut 7: Handikap	,587	,420	,086	1,398	,163	3,081

Tablo 32. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Mental Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı Etki Profilinin Etkisi (Devam)

<p><u>Regresyon Modeli Özeti</u> R= 0,597 R²= 0,357 F= 41,129 p= 0,000 p<0,01 Durbin Watson=1,572 VIF: Variance Inflation Factor – Varyans Şişkinlik Faktörü Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi Skoru *: Önemli belirleyici (p<0,05)</p>

Ağız ve diş sağlığı hastalarının mental yaşam kalitesi skorları üzerinde ağız sağlığı etki profilinin (OHIP-14) anlamlı etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde ağız ve yaşam kalitesi etki profilinin boyutları olan fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik, handicap boyut skorları bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 32 mental yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı etki profilinin yedi boyutunun etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=60,247; p=0,000; p<0,01). Modeldeki ağız ve diş sağlığı etki profilinin yedi boyutu ağız ve diş sağlığı hastalarının ruhsalyaşam kalitesi skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 35,7'sini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,572 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 2,153 ile 8,251 arasında değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan ağız sağlığı etki profilinin boyutlarından “fonksiyonel sınırlılık” (t=-2,153; p= 0,032; p<0,05) ve “fiziksel ağrı” (t=-3,169; p= 0,000; p<0,05) ağız ve diş sağlığı hastalarının ruhsal yaşam kalitesi skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir. Standardize edilmiş beta katsayıları dikkate alındığında ise fiziksel ağrının (std. B =-0,231) fonksiyonel sınırlılığa (std. B =-0,139) göre ruhsal yaşam kalitesi üzerine daha fazla etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ağız sağlığı etki profilinin boyutlarında ve toplam skorunda bulunan değerlerin düşük çıkması istenmektedir. Skorlar düşük oldukça ağız sağlığı etki profili iyi olarak yorumlanmaktadır. Dolayısı ile ağız sağlığı etki profili boyut skorları düştükçe mental yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Sonuç

olarak, kurulan Hipotez 8 ağız sağlığı etki profilinin fonksiyonel sınırlılık ve fiziksel ağrı boyutları için kabul, diğer boyutları için ise reddedilmiştir.

Tablo 33. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı İlişkili Yaşam Kalitesinin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	9,707	2,013		4,823	,000	
OHQOL Boyut 1. Semptom	,978	,569	,110	1,720	,086	3,314
OHQOL Boyut 2. Fiziksel Durum	1,395	,317	,354	4,401	<,00001*	5,247
OHQOL Boyut 3. Psikolojik Durum	-,062	,319	-,014	-,196	,845	4,121
OHQOL Boyut 4. Sosyal Durum	,936	,329	,185	2,847	,005*	3,425
<p><u>Regresyon Modeli Özeti</u> R= 0,597 R²= 0,357 F= 72,395 p= 0,000 p<0,01 Durbin Watson=1,674 VIF: Variance Inflation Factor – Varyans Şişkinlik Faktörü Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi Skoru *: Önemli belirleyici (p<0,05)</p>						

Ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorları üzerinde ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin (OHQOL-UK) anlamlı etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin boyutları olan semptom, fiziksel durum, psikolojik durum ve sosyal durum boyut skorları bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 33 fiziksel yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin dört boyutunun etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=72,395; p=0,000; p<0,01). Modeldeki ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin 4 boyutu ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 35,7'sini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon

modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,674 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 3,314 ile 5,247 arasında değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin boyutlarından “fiziksel durum” (t=4,401; p= 0,000; p<0,05) ve “sosyal durum” (t=2,847; p= 0,000; p<0,05) ağız ve diş sağlığı hastalarının fiziksel yaşam kalitesi skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir.

Standardize edilmiş beta katsayıları dikkate alındığında ise fiziksel durum boyutunun (std. B =0,354) sosyal durum boyutuna (std. B =0,185) göre fiziksel yaşam kalitesi üzerine daha fazla etkisinin olduğu belirlenmiştir. Dolayısı ile fiziksel durum ve sosyal durum boyut skorları yükseldikçe ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi skorları anlamlı şekilde yükselmektedir. Sonuç olarak, kurulan Hipotez 9 ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi boyutlarından fiziksel durum ve sosyal durum için kabul, semptom ve psikolojik durum için ise reddedilmiştir.

Tablo 34. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarının Mental Yaşam Kalitesi Üzerine Ağız Sağlığı İlişkili Yaşam Kalitesinin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	18,741	1,931		9,704	,000	
OHQOL Boyut 1. Semptom	1,348	,546	,156	2,470	,014*	3,314
OHQOL Boyut 2. Fiziksel Durum	1,017	,304	,265	3,344	,001*	5,247
OHQOL Boyut 3. Psikolojik Durum	-,180	,306	-,041	-,589	,556	4,121
OHQOL Boyut 4. Sosyal Durum	1,362	,316	,276	4,314	<,00001*	3,425
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,613						
R ² = 0,375						
F= 78,453						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=1,619						
VIF: Variance Inflation Factor – Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi Skoru						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Ağız ve diş sağlığı hastalarının ruhsal (mental) yaşam kalitesi skorları üzerinde ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin (OHQOL-UK) anlamlı etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin boyutları olan semptom, fiziksel durum, psikolojik durum ve sosyal durum boyut skorları bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 34 mental yaşam kalitesi üzerine ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin dört boyutunun etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=78,453$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin 4 boyutu ağız ve diş sağlığı hastalarının ruhsal yaşam kalitesi skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 37,5'ünü açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,619 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 3,314 ile 5,247 arasında değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin boyutlarından “semptom” ($t=2,470$; $p=0,014$; $p<0,05$), “fiziksel durum” ($t=3,344$; $p=0,001$; $p<0,05$) ve “sosyal durum” ($t=4,314$; $p=0,000$; $p<0,05$) ağız ve diş sağlığı hastalarının mental yaşam kalitesi skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir.

Standardize edilmiş beta katsayıları dikkate alındığında ise sosyal durum boyutunun (std. B =0,276), fiziksel durum boyutunun (std. B =0,265) ve semptom boyutunun (std. B =0,156) sırasıyla mental yaşam kalitesi üzerine etkisinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, kurulan Hipotez 10 ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi boyutlarından semptom, fiziksel durum ve sosyal durum için kabul, psikolojik durum için ise reddedilmiştir.

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı ağız ve diş sağlığı hastalarında genel sağlık yaşam kalitesi ile ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Araştırmada ayrıca ağız ve diş sağlığının genel sağlığın önemli ve bütünüleyici bir bileşeni olması ve her ikisinin de birbirini etkilediğinin klinik olarak kanıtlanmasından (Löe, 1993) dolayı ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin genel sağlık yaşam kalitesi üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin Türkiye’de toplumun büyük bir çoğunluğunu etkilemesi ve mevcut çalışmaların genellikle klinik açıdan değerlendirmeler yapması nedeniyle bu problemlerin bireyin psikolojik ve sosyal iyilik hali ile ilgili bilgilerin de değerlendirilmesi ve sağlık politikası ve planlaması kararlarında bu bilgilerden faydalanılabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada ağız ve diş sağlığı hizmeti almak için gelen bireylerin yaşam kaliteleri cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların varlığı gibi bireysel özelliklere göre ve katılımcıların çalışmanın yapıldığı dönemde almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan ödemeler ve bireylerin almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için ödemiş oldukları katkı payları açısından da değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni gibi bireysel özelliklerin bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. McGrath ve Bedi (2002) tarafından İngiltere’de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi (OHQoL-UK) ile ilişkili olan kilit unsurları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin yaş, sosyal sınıf ve birey tarafından bildirilen ağız sağlığı statüsü (sahip olunan diş sayısı) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin sosyo-demografik faktörler ve ağız sağlığı statüsü ile ilişkili olarak bireyleri hem pozitif hem de negatif bir şekilde etkilediği belirlenmiştir. Ancak John ve diğerleri (2004) tarafından ağız ve diş sağlığı statüsü, demografik faktörler ve ağız ve diş sağlığı

ile ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, yaş ve eğitimin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Locker ve diğerleri (2002) tarafından uzun dönemli bakım alan yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için yapılan kesitsel çalışmada, yaş ve ağız sağlığı probleminin şiddet ve içeriğinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur.

Araştırmada diyabet hastalığının genel sağlık ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Diyabeti olan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi düzeyi diyabeti olmayan bireylere göre düşük çıkmıştır. De Pinho ve diğerleri (2012) diyabet hastalarında diş eti hastalıklarının ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada 300 hastaya ağız sağlığı etki profili ölçeğini (OHIP-14) uygulamış ve diyabet hastalarında diş eti problemlerinin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır. Bu çalışmada da bireylerin hastaneye geliş nedenlerine bakıldığında en düşük yaşam kalitesi düzeyinin diş eti problemi yaşayan hastalarda olduğu görülmektedir. Diyabet hastalarında diş eti problemlerinin görülme sıklığının diyabet hastası olmayan bireylere göre 3 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Ryan vd, 2003). Ayrıca Løe (1993) yapmış olduğu araştırmada diş eti hastalıklarını diyabetin altıncı komplikasyonu olarak ifade etmiştir. Çalışmada diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi düzeyini de olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalara bakıldığında, Sandberg ve Wikblad (2003) 102 tip 2 diyabet hastası ve 102 diyabet hastası olmayan birey üzerinde diyabet hastalığının genel sağlık yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada diyabet hastalığının SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyonellik ve fiziksel sağlık bileşeni boyutları üzerinde önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Kamarul ve diğerlerinin de (2010) glisemik kontrolü zayıf olan 150 tip 2 diyabet hastası üzerinde genel sağlık yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, akıl ve ruh sağlığı boyutlarından ve fiziksel sağlık bileşeninden elde edilen sonuçların düşük olduğu bulunmuştur. Porojan ve diğerleri ise 2012 yılında tip 2

diyabet hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada bireylerin SF-36 ölçeğinin tüm boyutlarından düşük puanlar aldığını ve diyabet hastalığının bireylerin yaşam kalitesini düşüren önemli bir etken olduğunu bulmuşlardır. Bu da diyabet hastalarında ağız ve diş sağlığının oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Eldarrat (2011) ve Kejrival ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmalarda diyabet hastalarının ağız ve diş hastalıkları gelişme riskine karşı bilgi sahibi olmadıkları ve bu nedenle konuyla ilgili farkındalıklarının da düşük olduğu bulunmuştur. Bu sebeplerden dolayı diyabet hastaları diş eti hastalıklarının gelişme riskine karşı önlem almamakta ve diş kayıpları yaşanana kadar da diş hekimine başvurmamaktadırlar.

Çalışmada hipertansiyon hastalarında genel sağlık ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin hipertansiyon hastası olmayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kumar ve diğerleri (2012) hipertansiyon hastalarında ağız ve diş sağlığı komplikasyonlarını incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada 465 hipertansiyon hastasını değerlendirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hipertansiyon hastalarında ağız ve diş sağlığı komplikasyonlarının potansiyel sıklığının oldukça yüksek olduğu ve bu komplikasyonların özellikle diş eti problemleri ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Ağız ve diş hastalıkları genel sağlığı etkilemekte ve sistemik hastalıklar da ağız boşluğu içerisinde birtakım semptomların gelişmesine neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ağız ve diş sağlığı ve genel sağlık birbirleriyle etkileşim içerisindedir (Beaglehole vd, 2009:18–19). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin (OHIP–14 ve OHQoL-UK boyutları) genel sağlık yaşam kalitesi (SF–36 genel boyutları) üzerine olan etkisini incelemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental sağlık yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Reissmann ve diğerleri (2013) tarafından algılanan ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasındaki ilişki yapısal eşitlik modeline dayanarak doğrulayıcı faktör analizi ve path analizi yapılarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak algılanan ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık yaşam kalitesi arasında birbiri içerisine geçmiş ve çok yakın bir ilişki bulunmuştur. Chen ve Hunter (1996) tarafından ağız ve diş sağlığı statüsü ile ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam

kalitesini incelemek amacıyla yapılan çalışmada genel sağlık, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak bulunmuş ve hem çocuklarda hem de yetişkinlerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ile ağız ve diş sağlığı statüsü arasında yakın bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Heydecke ve diğerleri (2003) tarafından implant ve protez tedavisi uygulanan yaşlı hastalarda (65-75 yaş) ağız sağlığı ve genel sağlık yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada implant uygulanan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ayrıca fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, fiziksel engellilik ve psikolojik engellilik boyutlarında daha üstün olduğu bulunmuştur. İmplant uygulanan hastaların tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmasında duygusal rol kısıtlamaları, enerji/canlılık ve sosyal fonksiyon boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Brennan ve Spencer (2005) tarafından genel sağlık statüsü ölçeği olan EQ-5D ile spesifik ağız sağlığı yaşam kalitesi ölçeği olan OHIP-14 ölçeklerinin ayırt edici geçerliliğini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada, OHIP-14 ölçeğinin diş sayısı, protez varlığı ve kaybedilen diş sayısı gibi ağız sağlığı faktörleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmada ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bir sağlık sonucu olması ve diğer sağlık sonuçlarıyla birlikte ele alınması gerekliliğinden (Slade, 2002) hareket ederek bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ile almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmeti için hem Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan ödemeler hem de bireylerin almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ödemiş oldukları katkı payları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda yapılan ödemeler arttıkça hem ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin hem de genel sağlık yaşam kalitesinin düştüğü gözlenmiştir. Bunun temel nedeni protez tedavisi alan bireylerin yaşam kalitelerinin hem düşük olması hem de bu tedavilerin en pahalı tedaviler arasında yer almasıdır. Ayrıca daha önce bahsedildiği gibi yalnızca protez tedavisi alan bireylerden katılım payı alınmaktaydı. Protez tedavisi alan katılımcıların çoğunluğunun hasta faturalarından elde edilen bilgilere göre implant üstü bölümlü ya da tam protez tedavisi için hastaneye gelmesidir. 2013 yılı Sağlık Uygulama Tebliği 2013 Ek 2/C diş tedavileri ücret listesine göre implant üstü bölümlü protezin ücreti 193,50 TL ve implant üstü tam protezin ücreti de 150 TL'dir. Bu bireylerin ağız boşluğu içerisinde dişlerin bulunmaması bu nedenle de çiğneme, yemek yeme, konuşma gibi temel fonksiyonlarını tam anlamıyla yerine

getirememeleri ve görünüşleri nedeniyle diğer bireyler ile iletişim kurmakta zorlanmaları neticesinde yaşam kaliteleri düşmektedir.

7. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta karması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve o hizmetler için yapılan harcamaları etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumlar geri ödemeler ile ilgili kararları alırken sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgilerden faydalanmaktadırlar. Çünkü bu araştırmalar belirli bir hastalığın ya da tedavinin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisini birçok farklı boyutu ele alarak değerlendirmektedir.

Ağız ve diş sağlığında yaşam kalitesi ölçümü hastalıkların yönetimi açısından önem taşımaktadır. Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin etkililiğini ölçme noktasında son yıllarda yaşam kalitesi çalışmaları yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışmada ağız ve diş sağlığı hastalarında yaşam kalitesi ölçülmüş, yaşam kalitesini ölçmek için OHIP-14, OHQoL-UK ve SF-36 olmak üzere 3 farklı ölçekten yararlanılmıştır. Ayrıca araştırma sonucunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye geliş nedeni (ağız ve diş sağlığı probleminin şiddeti), diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalığın varlığı ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri için SGK tarafından yapılan ödemeler ile bireylerin almış oldukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ödedikleri katkı paylarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ve genel sağlık yaşam kalitesini anlamlı şekilde değiştirdiği test edilmiştir. Araştırmada ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin bazı boyutlarının genel sağlık yaşam kalitesi boyutlarından fiziksel sağlık ve mental (ruhsal) sağlık üzerine önemli etkisinin olduğu da açıklanmıştır.

Türkiye’de ve Dünya’da ağız ve diş sağlığı problemlerinin toplumun büyük bir çoğunluğunu etkilemesi nedeniyle bu hastalıklara verilen önemin artması gerekmektedir. Ayrıca ağız ve diş sağlığının genel sağlıktan ayrı düşünülmemesi gerekmektedir. Çünkü hem ağız ve diş sağlığı genel sağlığı hem de genel sağlık ağız ve diş sağlığını etkilemektedir. Sağlık planlamaları yapılırken ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili alınacak olan kararların genel sağlığı da kapsaması hem genel sağlık yaşam

kalitesinin hem de ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilenmesini sağlayacaktır.

Araştırmadan elde edilen sonuçların özellikle ağız ve diş sağlığına yönelik belirlenen politika ve planlara, geri ödeme kararlarına ve diş hekimliği uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu alanda daha sonra yapılacak olan çalışmalar için öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Bu araştırma yalnızca Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda ulusal veya farklı illerde bulunan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve genel sağlık statüsü üzerine geniş ölçekli çalışmalar yapılabilir.
- Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ve diş hastanelerinde, üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde (diş eğitim hastaneleri) ve özel sektöre ait ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş polikliniklerinde ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi karşılaştırmalı olarak araştırılabilir.
- Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen psikolojik ve sosyal faktörlerin belirlenmesi için çalışmalar yapılabilir.
- Ağız ve diş sağlığı hastalarında kesitsel bir çalışmadan ziyade uzun dönemli bir yaşam kalitesi çalışmasının yapılması zaman içerisinde bireylerin özellikle hangi yaşam kalitesi boyutunda düşüşler ve yükselişler meydana geldiğinin belirlenmesi açısından araştırılabilir.
- Ağız ve diş sağlığının belli bir hastalığına ya da tedavi yöntemine odaklanılarak yaşam kalitesi ölçüm ve değerlendirme çalışmaları yapılabilir. Hastalığın önlenmesi, hastalık dönemi ve tedavi öncesi ve sonrası sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri değerlendirilebilir. Buna benzer araştırmalar eş zamanlı olarak Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılarak uluslararası karşılaştırmalar yapılabilir.
- Ağız ve diş sağlığı hastalarında maliyet, yaşam kalitesi, sağlık hizmetlerinden memnuniyet gibi konular karşılaştırmalı olarak ele alınabilir. Bu maliyet

çalışmalarında bireye ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na olan maliyet yükleri analiz edilebilir.

- Belirli bir popülasyona özgü örneğin çocuklarda ya da yaşlılarda ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesi çalışmaları yapılabilir.

Ağız ve diş sağlığı alanında yaşam kalitesi ve genel sağlık yaşam kalitesini yükseltmek için de bazı öneriler getirilebilir. Bu noktada kronik hastalıkların varlığı ağız ve diş sağlığı hastalarının yaşam kalitesini düşüren önemli faktörler arasındadır. Daha önce de açıklandığı üzere diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar başta olmak üzere ağız ve diş sağlığı hastalığı ile birlikte kronik hastalık veya hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırıcı önlemler alınmalıdır. Bu noktada eğitim durumu yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olduğundan, ağız ve diş sağlığı hastalarının hem ağız ve diş sağlığı konusundaki hem de genel anlamda eğitim düzeylerini yükseltmek yaşam kalitesini iyileştirme noktasında önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abrams, M. (1973) Subjective social indicators, *Social Trends*, 4: 33–50.
- Aktaş, B., Ceylan, G., Mumcu, E., Aksüzek, Ö., Ünalın, F. (2009). Protetik tedavide yaşam kalitesi değerlendirme yöntemleri. *İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 43(1-2):59-65
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life outcomes*, 1(1), 40.
- Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik–Güvenirlik. *Ankara: Detay Yayıncılık*.
- Åstrøm, A. N., Haugejorden, O., Skaret, E., Trovik, T. A., & Klock, K. S. (2005). Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *European journal of oral sciences*, 113(4), 289-296.
- Atchison, KA. (2002). Understanding the “Quality” in quality care and quality of life (Chapter 3) In: Inglehart, MR, Bangramian, RA. (2002). Oral Health Related Quality of Life. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago.
- Aydemir, Ö. (2004). Değerlendirme araçlarının psikometrik özellikleri. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, 7-9.
- Başkırt (Alpkılıç), RE. (2009). Hemofili hastalarında ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Beaglehole, R., Benzian, H., Crail, J., Mackay., J. (2009). The Oral Health Atlas: Mapping a neglected global health issue. Geneva: FDI World Dental Federation.

- Berretin-Felix,G., Nary Filho,H., Padovani,CR., Machado,WM. (2008). A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clinical oral implants research*, 19(7), 704-708.
- Bowling, A. (1996) *Measuring Health*, 2nd edn. Buckingham: Open University Press.
- Brennan, D. S., Spencer, A. J. (2005). Comparison of a generic and a specific measure of oral health related quality of life. *Community dental health*, 22(1), 11-18.
- Bulpitt, C. J. (1997). Quality of life as an outcome measure. *Postgraduate medical journal*, 73(864), 613-616.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. (2003). Is quality of life determined by expectations or experience? In: *Quality of Life*. Edited by: Carr AJ, Higginson IJ, Robinson PG (2003). Navarra: BMJ Books.
- Cebeci, A. R., Gülşahi, A., Kamburoglu, K., Orhan, B. K., Oztaş, B. (2009). Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14(6), E272-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring healthy days: Population assessment of health related quality of life*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Chen, M. S., Hunter, P. (1996). Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Social Science & Medicine*, 43(8), 1213-22.
- Chen YF., Yang YH., Chen JH., Lee HE., Lin YC., Ebinger J., Chou TM. (2012). The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. *Journal of Dental Sciences*, 7:289-295.

- Cimprich B, Paterson AG. (2002). Health-related quality of life: Conceptual issues and research applications (Chapter 5) In: Inglehart MR, Bangramian RA. (2002). Oral Health Related Quality of Life. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago.
- Cohen, L. K., Jago, J. D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, 6(4), 681-698.
- Committee on an Oral Health Initiative. (2011). *Advancing Oral Health in America*. National Academies Press.
- Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. (2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1): 13-35.
- Cummins RA. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10): 699-706.
- Cunningham, S. J., Hunt, N. P. (2001). Quality of life and its importance in orthodontics. *Journal of Orthodontics*, 28(2), 152-158.
- de Pinho, A. M. S., Borges, C. M., de Abreu, M. H. N. G., & Vargas, A. M. D. (2012). Impact of Periodontal Disease on the Quality of Life of Diabetics Based on Different Clinical Diagnostic Criteria. *International journal of dentistry*, Volume 2012.
- Doğan, GB., Gökalp, S. (2012). Tooth loss and edentulism in the Turkish elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(2), e162-e166.
- Durham, J., Fraser, H. M., McCracken, G. I., Stone, K. M., John, M. T., & Preshaw, P. M. (2013). Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *Journal of dentistry*, 41(4), 370-376.
- Elderrat AH. (2011). Awareness and attitude of diabetic patients about their increased risk for oral disease. *Oral Health Prev Dent*, 9(3):235-41.

- Eltas, A., & Uslu, M. Ö. (2013). Evaluation of oral health-related quality-of-life in patients with generalized aggressive periodontitis. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(3-4), 547-552.
- Enoki K., Matsuda KI., Ikebe K., Murai S., Maeda Y., Thomson WM. (2014). Influence of xerostomia on oral health related quality of life in the elderly: a 5-year longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 117(6):716-21.
- Eser E. (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, 4-6.
- Farquhar, M. (1994) Quality of life in older people. In Fitzpatrick, R. (ed.) *Advances in Medical Sociology*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.
- Ferrans, C. E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. *Outcomes assessment in cancer: Measures, methods, and applications*, 14-30.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore D, Spiegelhalter D, Cox D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Application and issues in assesment. *BMJ:British Medical Journal*, 305:1074-77.
- George, L. K. and Bearon, L. B. (1980) *Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.
- Gift, H. C., Atchison, K. A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical care*, NS57-NS77.
- Gift HC., Atchison KA., Drury TF. (1998). Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*, 77:1529-38.

- Gökalp, S.G., Doğan, B.G., Tekçiçek, M.T., Berberoğlu, A., Ünlüer, S. (2010). National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community dental health*, 27(1), 12-17.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118:622–628.
- Guzeldemir, E., Toygar, H. U., Tasdelen, B., & Torun, D. (2009). Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *J Am Dent Assoc*, 140(10), 1283-93.
- Hassel, A. J., Koke, U., Schmitter, M., Rammelsberg, P. (2006). Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. *Acta Odontologica*, 64(1), 9-15.
- Hays, R. D., Shapiro, M. F. (1992). An overview of generic health-related quality of life measures for HIV research. *Quality of Life Research*, 1(2), 91-97.
- Heydecke, G., Locker, D., Awad, M. A., Lund, J. P., Feine, J. S. (2003). Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31(3), 161-168.
- Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J., Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53(5), 285-288.
- Hughes, B. (1990) Quality of life. In Peace, S. M. (ed.) *Researching Social Gerontology*. London: Sage Publications.
- Ikebe, K., Matsuda, K. I., Morii, K., Wada, M., Hazeyama, T., Nokubi, T., & Ettinger, R. L. (2007). Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 103(2), 216-222.

- Inglehart, M. R., & Bagramian, R. (Eds.). (2002). Oral health-related quality of life. Quintessence Pub., Chicago.
- Jenkinson C., Coulter A., Wright L. (1993). Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ: British Medical Journal*, 306(6890), 1437-1440.
- John MT., Koepsell TD., Hujoel P., Miglioretti DL., LeResche, L., Micheelis, W. (2004). Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(2), 125-132.
- Kamarul, IM., Ismail AAA., Naing L., Wan MWB. (2010). Type 2 diabetes mellitus patients with poor glycemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. *Singapore Med J*, 51(2): 157-162.
- Kargul B., Bakkal M. (2010). Systems for the provisions of oral health care in the Black Sea countries Part 6: Turkey. *OHDMBSC*, 9(3), 115-121.
- Kejriwal, S., Bhandary, R., Thomas, B. (2014). Assessment of knowledge and attitude of diabetes mellitus type 2 patients about their oral health in Mangalore, India. *Universal Research Journal of Dentistry*, 4(1), 44.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. vd. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102–106.
- Kumar P., Mastan KMK., Chowdhary R., Shanmugam, K. (2012). Oral manifestations in hypertensive patients: A clinical study. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*, 16(2), 215.
- Langenhoff BS, Krabbe PF, Wobbes T, Ruers TJ. (2001). Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Br J Surg*, 88(5):643-52.

- Locker D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 5(1):3-18.
- Locker D., Matear D., Stephens M., Jokovic A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 19(2), 90-97.
- Löe, H. (1993). Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 16(1), 329-334.
- Lumley T., Diehr P., Emerson S., Chen L. (2002). The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets. *Annual Review of Public Health*, 23: 151-169.
- Mandzuk, L. L., McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of orthopaedic nursing*, 9(1), 12-18.
- McCall, S. (1975) Quality of life, *Social Indicators Research*, 2: 229–48.
- McGrath C, Bedi R. (2002). Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *British Dental Journal*, 193:521-524.
- Michaud, P. L., de Grandmont, P., Feine, J. S., & Emami, E. (2012). Measuring patient-based outcomes: Is treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life?. *Journal of dentistry*, 40(8), 624-631.
- Mumcu, G., Sur, H., Yildirim, C., Soylemez, D., Atli, H., & Hayran, O. (2004). Utilisation of dental services in Turkey: a cross-sectional survey. *International dental journal*, 54(2), 90-96.
- Mumcu G, İnanç N, Ergun T, İkiz K, Güneş M, İşlek U, Yavuz S, Sur H, Atalay T, Direskeneli H. (2006). Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Disease*, 12:145-151.

- Nagarajan S., Chandra RV. (2012). Perception of oral health related quality of life (OHQoL-UK) among periodontal risk patients before and after periodontal therapy. *Community Dental Health*; 29(1):90-94.
- Nickenig, H. J., Wichmann, M., Andreas, S. K., & Eitner, S. (2008). Oral health-related quality of life in partially edentulous patients: Assessments before and after implant therapy. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 36(8), 477-480.
- Patrick DL, Deyo RA. (1989). Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*. 27(3):S217-S232.
- Patrick DL, Erickson P. (1993a). Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press, New York.
- Patrick DL, Erickson P. (1993b). Assessing health related quality of life for clinical decision making. In: Walker SR, Rosser RM. (1993). Quality of life assessment: Key issues in the 1990s. Kluwer Academic Publishers, United Kingdom. p. 11-65.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 31(s1), 3-24.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661-669.
- Petersen, P. E. (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(1), 1-8.

- Porojan, M., Poanta L., Dumitracu, DL. (2012). Assessing health related quality of life in diabetic patients. *Rom J Intern Med*, 50(1):27-31.
- Reisene, ST. (1985). Dental health and public policy: The social impact of dental disease. *Am J Public Health*, 75:27-30.
- Reissmann, D. R., John, M. T., Schierz, O., Kriston, L., & Hinz, A. (2013). Association between perceived oral and general health. *Journal of dentistry*, 41(7), 581-589.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(3), 205-218.
- Ryan, ME., Camu, O., Kamer, AA. (2003). The influence of diabetes on the periodontal tissues. *J Am Dent Assoc*, 134:34-40.
- Sandberg, GE., Wikblad, KF. (2003). Oral health and health related quality of life in type 2 diabetic patients and non-diabetic controls. *Acta Odontologica*, 61(3):141-148.
- Satcher, D. (2000). Oral health in America. *A Report of the Surgeon General. Office of Public Health and Science. United States Department of Health and Human Services.*
- Schalock, R. L. (1996). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. *Quality of life*, 1, 123-139.
- Schütte, U., & Walter, M. (2010). Oral Health-Related Quality of Life. In *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp.1839-1853). Springer New York.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644-644.

- Slade, G. D. (1997a). Measuring oral health and quality of life. In *Background and Rationale for the Conference*.
- Slade, G. D. (1997b). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Slade, G.D. (2002). Assessment of oral health-related quality of life(Chapter 4) In: Inglehart MR, Bangramian RA. Oral Health Related Quality of Life. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002: 13-28.
- Smith, B., Baysan, A., & Fenlon, M. (2009). Association between Oral Health Impact Profile and General Health scores for patients seeking dental implants.*Journal of dentistry*, 37(5), 357-359.
- Stewart, A. L., & Ware, J. E. (Eds.). (1992). *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Duke University Press.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara, Yayın no: 917
- Testa MA, Simonson DC. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*. 334(13): 835-840.
- Topaloglu-Ak, A., Eden, E., & Frencken, J. E. (2009). Managing dental caries in children in Turkey-a discussion paper. *BMC Oral Health*, 9(1), 32.
- Torrance, G. W. (1986) Measurement of health state utilities for economic appraisal. A review, *Journal of Health Economics*, 5: 1–30.
- Van der Steeg, A. F. W., De Vries, J., & Roukema, J. A. (2004). Quality of life and health status in breast carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 30(10), 1051-1057.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Ware Jr, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 903-912.

Wodchis WP, Hirdes JP, Feeny DH. (2003). Health related quality of life measure based on the minimum data set. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 19(3): 490-506.

Wood-Dauphinee, S. (2000). The Canadian SF-36 health survey: normative data add to its value. *Canadian Medical Association Journal*, 163(3), 283-284.

www.ailehekimligi.gov.tr/az-ve-di-sal.html Erişim tarihi: 07.03.2014

www.communitylivingbc.ca/projects/quality-of-life/what-is-quality-of-life/ Erişim tarihi: 21.01.2014

www.who.int/mediacentre/factsheets/en/ Erişim tarihi: 18.02.2014

EKLER

EK 1. Anket Formu

KİŞİSEL BİLGİLER

Adınız ve soyadınız:

Protokol numaranız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Medeni haliniz:

Eğitim düzeyiniz:

Hastaneye geliş nedeniniz:

Kronik bir rahatsızlığınız var mı (diyabet, hipertansiyon):

AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ PROFİLİ ÖLÇEĞİ (OHIP-14)

Aşağıdaki tabloda sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Ağzınızdaki, protezinizdeki veya dişlerinizdeki problemlerden dolayı;	Hayır	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Kelimeleri telaffuz etmede zorluk çekiyor musunuz?					
Tat alma hissiniz kötüleşti mi?					
Ağzınızda size rahatsızlık veren ağrınız oluyor mu?					
Yemek yemede zorluk çekiyor musunuz?					
Dişleriniz veya ağzınızın farkında olarak mı yaşıyorsunuz?					
Kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
Beslenmeniz sizi tatmin etmiyor mu?					
Yemeğe ara vermek zorunda kalıyor musunuz?					

Ağzınızdaki, protezinizdeki veya dişlerinizdeki problemlerden dolayı;	Hayır	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Sakinleşmede/rahatlamada zorluk çekiyor musunuz?					
Biraz utanıyor musunuz?					
Diğer insanların yanında rahatsızlık duyuyor musunuz?					
Günlük işlerinizi yapmada zorluk çekiyor musunuz?					
Yaşantınızın daha az tatmin edici olduğunu mu hissediyorsunuz?					
İşlerinizi/görevlerinizi tamamen yapamaz durumda mısınız?					

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ-BİRLEŞİK KRALLIK ÖLÇEĞİ (OHRQoL-UK)

Aşağıdaki tabloda sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Dişleriniz, dişetleriniz, ağzınız veya proteziniz;	Çok kötü etkiliyor	Kötü etkiliyor	Etkisi yok	İyi etkiliyor	Çok iyi etkiliyor
Rahatlığınızı					
Nefes kokunuzu					
Yemenizi					
Görünüştünüzü					
Genel sağlığınızı					
Konuşmanızı					
Gülüşünüzü					
Uyumanızı/rahatlamanızı					
Güveninizi					

Dişleriniz, dişetleriniz, ağzınız veya proteziniz;	Çok kötü etkiliyor	Kötü etkiliyor	Etkisi yok	İyi etkiliyor	Çok iyi etkiliyor
Ruh durumunuzu					
Kaygısız sakin halinizi					
Kişiliğinizi					
Sosyal yaşamınızı					
Eşiniz veya arkadaşınızla özel hayatınızı					
İşinizi/günlük çalışmanızı					
Ekonomik durumunuzu					

KISA FORM-36 (SF-36)

Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- Mükemmel
- Çok iyi
- İyi
- Orta
- Kötü

Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
- Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- Bir yıl öncesinden çok daha kötü

Aşağıdaki maddeler gün boyu yaptığımız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Etkinlikler	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			

Etkinlikler	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

Ortaya Çıkabilecek Sorunlar	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın(örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili olarak aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

Ortaya Çıkabilecek Sorunlar	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli

Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev hem ev dışı) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

Aşağıdaki sorular sizin 4 hafta boyunca neler hissettiğiniz ile ilgilidir. Her soru için sizin duyularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) oğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğrudur veya yanlıştır?

	Kesinlikle doğru	çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadarsağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK 2. SF-36 ÖLÇEĞİ SKOR TABLOLARI

Tablo A. Yeniden Puanlama Tablosu

Soru Numaraları	Cevap Kategorisi	Aldığı Değer
1,20,22,34,36	1→	100
	2→	75
	3→	50
	4→	25
	5→	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1→	0
	2→	50
	3→	100
13,14,15,16,17,18,19	1→	0
	2→	100
21,23,26,27,30	1→	100
	2→	80
	3→	60
	4→	40
	5→	20
	6→	0
24,25,28,29,31	1→	0
	2→	20
	3→	40
	4→	60
	5→	80
	6→	100
32,33,35	1→	0
	2→	25
	3→	50
	4→	75
	5→	100

Tablo B. Boyutlara İlişkin Puanların Elde Edilmesi

Boyutlar	Soru Sayısı	Soru Numaraları
Fiziksel fonksiyonellik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Fiziksel rol kısıtlamaları	4	13,14,15,16
Duygusal rol kısıtlamaları	3	17,18,19
Enerji/Canlılık	4	23,27,29,31
Sosyal fonksiyonellik	2	20,32
Ağrı	2	21,22
Genel sağlık algısı	5	1,33,34,35,36
Akıl ve ruh sağlığı	5	24,25,26,28,30

EK 3. İZİN YAZISI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Sayı: 52806133-051.99. *647*

07.11. /2013

Konu: Tez Çalışması

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü

İlgi: 30.10.2013 tarih ve 124 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seda KAYA' nın Doç. Dr. Mehmet TOP' un danışmanlığında hazırlamakta olduğu "diyabet hastalığının ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasında kullanmak üzere hazırladığı anket Başhekimliğimiz tarafından değerlendirilmiş olup, kurumumuz bünyesinde uygulamalarında sakınca olmadığı hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.



Dt. H. Murat TÖREDİ
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Seda KAYA
Doğum Yeri : Ankara
Doğum Tarihi : 31.05.1990

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Yüksek Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce, Almanca

İş Deneyimi

Stajlar :06/2011-09/2011:Deutsches Herzzentrum Berlin –
Berlin/Almanya
Çalıştığı Kurumlar :07/2013-10/2013:Polar Sağlık Ekonomisi ve
Politikası Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. / Araştırma ve İş
Geliştirme Uzmanı
:12/2013 – Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü / Araştırma
Görevlisi

İletişim

E Posta Adresi :sedakaya117@gmail.com
Tarih : 12.06.2014