

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**



**TAM DİŞSİZ HASTALARDA
PROTETİK RESTORASYON TİPİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Hilal EKŞİ

Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Erman B. TUNCER

Ağustos 2016

ÖN SÖZ

Yaşam kalitesi değerlendirme çalışmaları günümüzde sıkça üzerine durulan konulardan biridir. Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçümleri dişhekimliğinin birçok dalında uygulanmaktadır. Protetik tedavilerin başarı değerlendirilmesinde de kullanılan bu yöntem ile tam dişsiz hastalarda protetik tedavi seçenekleri birbiriyle kıyaslanmıştır, genel olarak sabit tedavi seçeneklerin ASYK'yi yükselttiği görülmüştür.

Mesleki ve kişisel eğitimimde bana her zaman destek olan değerli hocalarım; danışmanım Sayın Prof. Dr.Erman B. Tuncer'e, Prof. Dr. Ali Zaimoğlu'na, Prof. Dr. Jülide Özen'e ve Prof. Dr. Ayşen N. Azak'a

Bilgileri, tecrübeleri ve dostluklarıyla uzmanlık eğitimim boyunca bana çok şey katan Yrd. Doç. Dr. Meryem Gülce Subaşı, Yrd. Doç. Dr. Sevdâ Atalay ve Yrd. Doç.Dr. Gülce ALP' e,

Hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, büyüten, dürüstlüğü ve çalışkanlığı öğreten aileme, annem Nilgün ve babam Talat Ekşi'ye, kardeşlerim Betül ve Beyza Ekşi'ye,

Katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER	vii
ÇİZELGELER	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ	1
1.1.Yaşam Kalitesi Kavramı	3
1.2.Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı	5
1.3.Yaşam Kalitesi Ölçekleri	6
1.3.1. The Social Impacts of Dental Disease (SIDD)	6
1.3.2. Oral Health and Sickness Impact Profile (SIP)	7
1.3.3.Dental Health Questions from Rand Health Insurance Study (HIS)	7
1.3.4.Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	8
1.3.5.Dental Impact Profile (DIP)	9
1.3.6.Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI)	9
1.3.7. United Kingdom Oral Health Related Quality Of Life (OHQoL-UK)	10
1.3.8.Dental Impact on Daily Living	11
1.3.9.Oral Health Quality of Life Inventory	11
1.3.10.Oral Impact on Daily Performance	11
1.4.OHIP Yaşam Kalitesi Ölçeği	12
1.5.Total Dışsızlıkte Protetik Tedavi Seçenekleri	14
1.5.1.Geleneksel Tam Protezler	14
1.5.2.İmplant Üstü Hareketli Protezler	14
1.5.2.1. Mıknatıslı Ataşmanlar	17
1.5.2.2. Ball (Topuz Başlı) Ataşmanlar	17
1.5.2.3. Teleskopik Tutuculu İmplant Destekli Tam Protezler	17
1.5.2.4. Bar Bağlantılı Ataşmanlar	17
1.5.2.5.Locator tutucular	18
1.5.3. İmplant Üstü Hibrit Protezler	19
1.5.4. İmplant Üstü Sabit Protezler	19
2.GEREÇ-YÖNTEM	21
2.1.Hastaların Seçimi	21
2.2.İstatiksel Yöntem	22

3.BULGULAR	24
3.1.OHIP Anket Verilerinin Değerlendirilmesi	24
3.1.1. Fonksiyonel Kısıtlma Skorları	25
3.1.2. Fiziksel Ağrı Skorları	27
3.1.3. Psikolojik Huzursuzluk Skorları	29
3.1.4. Fiziksel Yetersizlik Skorları	31
3.1.5. Psikolojik Yetersizlik Skorları	33
3.1.6. Sosyal Uyumsuzluk Skorları	35
3.1.7. Engellilik Skorları	37
4.TARTIŞMA	41
5.SONUÇ	47
KAYNAKLAR	48
EKLER	57
ÖZGEÇMİŞ	63

SİMGELER ve KISALTMALAR

- ASYK: Ağız Sağlığı ile ilgili Yaşam Kalitesi
- DIDL: Dental Impact On Daily Living
- DIP: Dental Impact Profile
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- EuroQoL: European Quality of Life (Batı Avrupa yaşam kalitesi araştırma topluluğu)
- FDA: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Kurulu)
- GOHAI: General Oral Health Assessment Index
- GSYK: Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi
- HAQ: Health Assessment Questionnaire (Sağlık Değerlendirme Anketi)
- HRQoL: Health Related Quality of Life (Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi)
- HUI: Health Utilities Index (Sağlık Yararlanma İndeksi)
- ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması)
- ICIDH: International Classification of Impairment, Disability and Handicap (Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması)
- NHP: Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
- OHIP: Oral Health Impact Profile
- OHQoL-UK: United Kingdom Oral Health Related Quality Of Life
- OIDP: Oral Impacts On Daily Performances
- QALY: Quality Adjusted Life Years (Yaşam Yıllarına Uyarlanan Kalite)
- QWB: Quality of Well-Being Scale (İyilik Hali Skalası)
- SEM : Scanning Electron Microscope (Taramalı Elektron Mikroskobu)
- SF-36: Short Form-36 (Kısa Form-36)
- SIDD: Social Impacts of Dental Disease (Dental Hastalıkların Sosyal Etkileri)
- SLA: Sand Blasted-Large Grit-Acid Etched
- SOHSI: Subjective Oral Health Status Indicators (Subjektif Oral Sağlık Düzeyi)
- SYK: Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (Health Related Quality of Life)
- WHOQOL: World Health Organisation Quality of Life Assesment (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.1. Grupların fonksiyonel yetersizlik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.2. Grupların psikolojik fiziksel ağrı OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.3. Grupların psikolojik huzursuzluk kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.4. Grupların fiziksel yetersizlik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.5. Grupların psikolojik yetersizlik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.6. Grupların sosyal uyumsuzluk kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

Şekil 3.1.7. Grupların engellilik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. OHIP 14/ WS skorları

Çizelge 3.1. Hastaların protetik diş tedavisi durumları ve dağılımı

Çizelge 3.1.1 Gruplara göre OHIP- fonksiyonel kısıtlılık alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.2. Gruplara göre OHIP- fiziksel ağrı alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.3. Gruplara göre OHIP- psikolojik huzursuzluk alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.4. Gruplara göre OHIP- fiziksel yetersizlik alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.5. Gruplara göre OHIP- psikolojik yetersizlik alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.6. Gruplara göre OHIP- sosyal uyumsuzluk alt ölçek puanları

Çizelge 3.1.7. Grupların toplam OHIP skorları

Çizelge 3.1.8. Alt ölçeklere göre toplam OHIP skorları

Çizelge 3.1.9. Gruplara göre OHIP- engellilik alt ölçek puanları

ÖZET

Total Dişsiz Hastalarda Farklı Restorasyon Tiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi, bireyin ağız sağlığının toplam sağlık ve iyi olma hali üzerine ne derece etkili olduğunu tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kavramının ağız sağlığı ile ilişkilendirilmesinden itibaren protetik diş tedavilerinin hastaların ağız diş sağlığı üzerindeki yaşam kalitesi sonuçları birçok çalışmada araştırılmaya başlanmıştır. Günümüzde de bu çalışmalar giderek artmaktadır. Bu çalışmanın amacı edante ağızlarda uygulanan güncel protetik tedavi seçeneklerini göz önünde bulundurarak, protetik restorasyon tiplerinin hastaların ağız sağlığı üzerine yaşam kalitesi etkisi araştırmaktır. Son 20 yılda bilim adamları, psikologlar ve sağlık profesyonelleri bu konseptin geliştirilmesi için farklı ölçekler arayışına girmişlerdir. Oral Health Impact Profile (OHIP) ölçeği bu amaçla kullanılan, geçerli, güvenilir ve spesifik bir ölçektir. Bu sebeple çalışmamızda OHIP ölçeği kullanılmaktadır. Bu çalışma; İstanbul Aydın Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda dental protetik tedavileri tamamlanmış hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş retrospektif bir çalışmadır. Bu amaçla toplam 204 hastanın OHIP-14 kayıtları alınmıştır. Sonuçlar incelendiğinde, dental implant uygulamasının hastaların ASYK'sını yükselttiği ve skorların farklı protetik restorasyon grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ağız sağlığı etki profili, Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalite

ABSTRACT

Impact on Quality of Life Restoration of Different Types in Full Edentulism Patients

Oral health-related quality of life characterizes a person's perception of how oral health influences an individual's life quality and overall well being. Since the concept of quality of life associated with oral health, effect of oral health on quality of life has been investigated in several studies. Recently, these studies are also increasing. The aim of this study is the observation effect of oral health on quality of life of patients were applied different types of prosthetic restoration in full edentulism. This concept has received a lot of attention in the past two decades from sociologists, psychologists and the health professions, with different instruments has been developed to measure oral health-related quality of life. The oral health impact profile - 14 (OHIP) is a spesific oral health related quality of life instrument used to measure subjects perception of the social impact of oral disorders on their well being. Therefore, OHIP-14 scale is used in this study. This study is a retrospective investigation, that applied on patients, who have prosthetic therapy in İstanbul Aydin University Faculty of Dentistry, Prosthodontic Department. The OHIP-14 records of 204 patients were taken for this aim. When the results are examined it is determined that, dental implant application is found to improve patients OHRQoL. The scores between different prosthetic rehabilitation groups showed statistically significant differences.

Key Words: Oral health impact profile, Oral health related quality of life

1.GİRİŞ

Günümüz modern diş hekimliğinin amacı stomatognatik sistemi korumak, yapılan restorasyon ile hastanın estetik, fonksiyon ve fonetik gereksinmelerini karşılamaktır. Böylece hastanın sağlık, rahatlık ve estetik kalitesi arttırılırken, doğal dişlerin, oral ve çene-yüz dokularının devamlılığı korunur (Yavuzylmaz ve ark., 2003; Misch, 2005b).

Diş eksiklikleri sonucunda ortaya çıkan fonksiyon, fonasyon ve estetik problemler geleneksel protetik tedavi seçenekleri uygulanarak tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Ancak toplumdaki dişsizlik oranındaki artış ile beraber farklı estetik, fonetik ve fonksiyonel kaygıların da artması sonucunda, yeni tedavi yöntemleri arayışı hızlanmıştır ve her geçen gün daha konservatif, estetik ve fonksiyonel materyal ve tedavi şekilleri uygulamaya girmektedir.

Protetik tedavi seçeneklerinden olan tam protezler, hastalar tarafından en çok şikayet edilen ve kullanım güçlüğü çekilen protez çeşitlerindedir (Akça, 1998; Misch, 2005b). Bu tür protezlerin kullanımını yalnızca estetik açıdan değil, çiğneme etkinliği açısından da hastayı mutlu etmemektedir. Doğal dentisyonla kıyaslandığında hareketli protezlerde çiğneme fonksiyonunda gözlenen azalma açıkça birçok araştırmacı tarafından kanıtlanmıştır (Çankaya, 2005). Bu amaçla daha etkin çiğneme sağlayabilecek, daha stabil ve estetik tedavi yaklaşımı arayışı, 1980 yılından bu yana dental implantların kullanımını yaygın hale getirmiştir (Breeding ve ark., 1995; Misch, 1999). Kaybedilen dişlerin yerine çok iyi bir alternatif tedavi haline gelen dental implantlar, zamanla hastalar arasında popolarite kazanmıştır (Hultin ve ark., 2007; Kawai ve Taylor, 2007).

İmplant destekli tam ve sabit protezlerin uygulanması için yerleştirilecek implant sayısı üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Boerrigter ve arkadaşları (Boerrigter ve ark., 1995) implant destekli tam protezlerde hasta memnuniyeti ve çiğneme yeteneğini inceledikleri çalışmalarında, McGill konsensusunda olduğu gibi alt proteze destek olarak 2 implant uygulamasını tercih etmişler ve uygulama için kanin ya da kaninler arası bölgenin uygun olacağını belirtmişlerdir. Wismeijer ve arkadaşları (1997) 100'den fazla hastada anket aracılığıyla ball ataşmanlı 2 implant, barla bağlı 2 ve 4 implant destekli mandibular tam protez uygulanan hastalar arasında memnuniyet inceledikleri çalışmalarında 3 tedavi yöntemi arasında anlamlı fark bulmamışlardır. Bu çalışmada 2 ball ataşman destekli tam protezlerin yeterli olduğu sonucuna varılmıştır (Wismeijer ve ark., 1997). Çalışmamızda bu nedenle mandibular implant destekli tam protez grubunu oluştururken, hastaları 2 implant destekli mandibular tam protez uygulanan hastalardan seçilmiştir.

Bireylerin yaşam kalitesi ölçümü, bir çok araştırmacı ve farklı bilim dalları için ilgi konusu olmuştur. Araştırmalar sonucunda, stomatognatik sistemde bir hasar oluştuğunda veya bir kayıp söz konusu olduğunda, sosyal iletişim ve yemek yeme işlevleri kısıtlanarak yaşam açısından büyük bir dezavantaja sebep olmaktadır. (Cunningham ve Hunt, 2001; Inglehart ve Bangramian, 2002, s.:1-6).

Yaşam kalitesi kavramı; kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer yargılar sistemine göre oluşan amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgi alanlarını göz önünde bulundurarak hayattaki pozisyonuna olan bakış açısı olarak da tanımlanmaktadır (Ertam ve ark., 2009). Öznel bir durum olan yaşam kalitesi kavramı beraberinde kültürün etkisini de getirmektedir (Cimprich ve Paterson, 2002, s.:47-54).

Yaşam kalitesi ölçümlerinin en önemli avantajı, ilgili sorulara sadece araştırmacılar tarafından değil örnek hasta gruplarıyla karşılıklı iletişimden sonra karar verilerek birlikte oluşturulmasıdır. Bu sayede, psikososyal ve fonksiyonel etkiler hastalar tarafından değerlendirilmiş olmaktadır (Nuttall ve ark., 2001; Allen, 2003a). Ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanılmasıyla, protetik tedavi görmüş bireyler fonksiyonel yeteneklerini (ısıрма, konuşma, çiğneme vb), psikolojik yeterliliklerini (estetik), sosyal durumlarını ve proezleriyle ilgili rahatsızlıkları ve ağrı şikayetlerini ortaya koyabilmektedirler. Bu amaçla en sık kullanılan formlar OHIP-14 ve OHQoL-UK olarak adlandırılan formlardır (McGrath ve Bedi, 2002).

OHIP-14 geçerli, güvenilir ve anlaşılabilir bir ölçektir. Farklı klinik durumlarla uyumludur ve mükemmel bir iç tutarlılığa sahiptir (Cronbach Alpha=0,91). Bu fizyometrik özellikler sağlık ölçekleri için önemlidir ve bu özellikler OHIP-14'üTürk toplumunun ağız sağlığıyla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede uygun kılmaktadır (Akboyun, 2011).

Teknolojinin gelişmesiyle, total dişsiz vakalarda farklı tedavi alternatifleri oluşmuştur. Hasta beklentilerinin karşılanması, memnuniyet ve yaşam kalitelerinin artırılması gibi amaçlarla yapılan araştırmalar sonucunda implantlı tedavi seçeneklerini sıkça kullanılır hale getirmiştir. Günümüzde implant tedavisinin hasta memnuniyetini arttırdığı bilinmesine rağmen hala bu konu hakkında yapılan çalışmalar çok azdır (Çakır, 2011).

Çalışmamızda hastaların ağız sağlığı ve yaşam kalitesinin değerlendirmesinde, en sık kullanılan formlardan biri olan OHIP-14 formu farklı grupların karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Böylelikle elde edilen değerleri diğer araştırmacıların bulgularıyla karşılaştırma olanağı sunmuştur.

1.1.YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

İlk defa 1920 yılında Pigau tarafından ele alınan yaşam kalitesi kavramı, bireylerin memnuniyet veya memnuniyetsizliklerine bağlı olarak kişilerin kendini iyi hissetmesidir (Cunningham ve ark., 2001). Başka bir deyişle, yaşam kalitesi; bireylerin yaşamdan doyum alması, fiziksel olarak yeterli ve ekonomik açıdan iyi olması, sosyal ilişkilerde başarılı olması, kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır (Akyol ve ark., 1993). Yaşamın kalite ve kantite olmak üzere iki boyutu vardır. Yaşamın kantitesi hayatın sürmesini tanımlamaktadır. Beklenen yaşam süresi mortalite ile ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi ise bireyin sosyal ilişkiler gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurdaki sübjektif doyumunu belirtmektedir (Egelioglu ve ark., 2007). Birçok alanda kullanılmasına ve ne anlama geldiği sezgisel olarak anlaşılmasına rağmen yaşam kalitesi tanımlamakta zorluk çekilen ve birçok farklı anlamı içerisinde barındıran çok özel bir kavramdır (Eklund ve ark., 2002).

1980 yılların başlarında yaşam kalitesi kavramı sağlık ölçümü ile ilgili literatürlerde yer almaya başlamıştır. Fakat bu tanıma ilk olarak 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organisation, WHO) anayasasında rastlanır. Dünya sağlık örgütünün "Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönde tam bir iyilik halidir." şeklindeki tanımı artık klasikleşmiştir. Bu tanım çerçevesinde sağlık hizmetlerinde artık hastalıkların sıklığı ve şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra sağlık ile ilişkili iyilik hali ve bireyin kendini nasıl hissettiğinin önemi vurgulanmaktadır ve bu yaklaşım araştırmacıları, sağlığı sosyal, mental ve fiziksel olarak irdelemek, bileşenlerini bulmak ve ölçmek için metotlar ve araçlar geliştirmeye yöneltmiştir (Yıldırım ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSO) tarafından "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içindeki algılayış biçimi" olarak tanımlanan yaşam kalitesi kavramı temelde dört ana alanda ortaya çıkmaktadır:

- a.** Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, kişisel hedefler, sorunlarla basa çıkma vb.)
- b.** Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- c.** Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)
- d.** Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.)(Eser 2001)

Tarihsel açıdan bakıldığında, tıbbi uygulamaların ruhsal ve bedensel bozuklukların tanı ve tedavisi üzerine yoğunlaştığı ve tıbbi uygulamaların değerlendirilmesinde de mortalite ve morbidite yaklaşımının kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu tür değerlendirmeler hastaların bu uygulamalardan edindiği yarar hakkında bilgi vermemektedir. Ayrıca hastanın değerlendirilmesinde yalnızca patolojik değişikliklerin hastalık olarak nitelendirilmesi, hasta bireyin bütüncül görülmesini sınırlamaktadır. Çünkü tıbbın hasta olarak tanımladığı bir kişi kendini hasta olarak hissetmeyebilir. Son yirmi yıldır hastanın kendini nasıl hissettiğinin önem kazanması bu geleneksel yaklaşımdan yavaş da olsa uzaklaşmasına neden olmuştur. Ayrıca yaşamı destekleyen birçok teknolojik gelişmelerin yaşam süresini uzatmasının olumlu ya da olumsuz sonuçlarının değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesinin ölçülmesi gündeme gelmiştir (Tüzün ve ark., 2003).

Yaşam kalitesi ölçümlerinde, bireyler, toplum ve genellikle tercih edilen tüm sağlık kazançlarının çarpılması ana ilkedir. Bu şekilde o an ki ve gelecek yaşam yıllarındaki sağlık kalitesi hesaplanır. Bununla birlikte “yararlılık” tamamen ekonomik ve matematiksel olarak yaşamda miktarı ve kaliteyi ölçen objektif bir iktisadi yaklaşımdır. Sağlık ekonomistleri tarafından geliştirilen yaşam yıllarına uyarlanan kalite kavramı yararlılık teorisi ve insan faktörünün kombinasyonu ile oluşturulmuştur. Tıp bilimi gibi sosyoloji, psikoloji ve felsefe bilimlerine daha yakın bir bilim dalının matematik gibi daha somut kavramlarla uğrasan bir bilim dalı ile harmanlanması günümüzde en çok kullanılan yaşam yıllarına uyarlanan kalite (Quality Adjusted Life Years, QALYs) ölçümlerini ortaya çıkarmıştır (Gift ve ark., 1997).

Yaşam yıllarına uyarlanan kalite yaşamın fiziksel, duygusal, sosyal yönleri ile de yani insan faktörü ile de ilgilenir (Arslan ve ark., 1999). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK) (Health Related Quality of Life, HRQoL) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir. Değerlendirmede standart “normal” kabul edilen değil, bireyin olabileceğinin en iyisi olmalıdır. Sadece hastanın veya hastanın bakımı ile ilgilenen kişilerin görüşü yeterli değildir. Hastalığı yaşayan bireyin subjektif görüşü de önemlidir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, subjektif, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır (Başaran ve ark., 2005).

Güvenirlilik, değerlendirme aracının üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir. Bir testin ölçmek istediği özelliği ne kadar iyi ve doğru ölçtüğünü gösterir. Güvenirliliğin ölçümünde farklı yollar kullanılabilir. Bunlar; bir ölçeğin bütünündeki tutarlılığı kapsayan içsel güvenirlilik, zaman içinde aynı sonuçları elde ederek ölçeğin istikrarlılığını değerlendiren test-yeniden test

güvenirliliği, hastanın anımsama riskini en aza indirmek ve gün içi değişkenlik gösteren hastayı çeşitli yönleriyle değerlendirebilmek amacıyla uygulanan eşdeğerli ölçek güvenirliliği, aynı değerlendirme grubunu değerlendiren araştırmacılar arası uyumu gösteren değerlendirmeciler arası güvenirliliktir (Bader ve ark. , 2000).

Sağlık-Hastalık kavramları birbiriyle bağlantılı üç alanda incelenebilir; kişi, organ veya sistem, sosyal yaşam veya toplumdur. 1980'de Dünya Sağlık Örgütü bu üç alandaki kısıtlılıkları Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH) olarak yayınlamıştır. Buna sınıflamaya göre yetersizlik (impairment) organ alanını, özürlülük (disability) kişi alanını, engellilik (handicap) ise toplum alanını göstermektedir. ICIDH'de nedensel görüş mevcuttur. Bu görüşte hastalık veya bozukluk yetersizliğe, yetersizlik özürlülüğe, özürlülük de engelliliğe neden olmaktadır. Oysaki yaşam kalitesi hem fiziksel sağlık, psikolojik durum ve kişisel inançlar, hem de sosyal ilişkiler ve çevreden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş aralıklı bir kavram olduğu için yaşam kalitesindeki bozulmayı açıklamakta bu nedensel görüş tek başına yetersiz kalmaktadır (Yarar F. , 2011). Bu nedenle sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil ve çerçeve sağlamak amacıyla yine WHO tarafından 2001'de Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kavramı yayınlamıştır.

Sağlık alanı ile ilgili bilimlerde, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları 3 amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bu amaçlar:

- i.** Bağımsız karar verme yönünde hastalara yardım etme,
- ii.** Klinik karar vermenin kolaylaştırılması,
- iii.** Sınırlı medikal kaynakların dağılımıdır (Pınar 1994).

1.2.AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

Ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi genel bir kavramı ifade eden sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden farklı olarak fonksiyonel, psikolojik, sosyal faktörler ve sadece orofasiyal alanlarda yaşadığı ağrı ve rahatsızlık gibi tecrübeler sonucunda bireyin kendisinin iyi olma halini nasıl değerlendirdiğini anlatan bir ifadedir (Meeberg ve ark., 2003). Yaşam kalitesi kavramı, ağız sağlığı açısından ilk defa II. Dünya Savaşı sırasında karşılıklı altı dişin oral

fonksiyonları yerine getirebilmesi için yeterli bir indikatör olarak kabul edilmesiyle ele alınmıştır (Cunningham ve ark., 2001).

Tıbbın diğer dallarında olduğu gibi diş hekimliğinde de hastalıkların objektif ölçümleri oral hastalıkların günlük yaşam ve hayat kalitesi üzerine etkileri hakkında kısıtlı veri sağlamaktadır. Son 10 yılda ağız sağlığı değerlendirmelerinin sonuçları bilimsel araştırma konusu haline gelmiştir ve ağız sağlığı değerlendirmelerinin sağlık programları oluşturmada önemli ağırlığı olduğu kabul edilmiştir (Allen ve ark., 2003).

Sağlık ölçümlerinin hastalık veya sağlık durumu dışında sosyal ve emosyonel alanlarda da tanımlayıcı olması beklenmektedir. Locker tarafından tanımlanan ağız sağlığı ölçüm konsepti WHO'nun uluslararası yetersizlik, özürlülük ve engellilik sınıflamasını temel alır ve ağız hastalıklarının tüm olası fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarını kapsar (Locker ve ark., 1988).

1.3.AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİ

1.3.1. Diş Hastalıklarının Sosyal Etkileri - The Social Impacts of Dental Disease (SIDD)

SIDD, ağız sağlığı üzerine dişsel etkinin ölçülmesinde kullanılan ilk ölçüm tekniğidir ve 1980de geliştirilmiştir (Cushing AM ve ark., 1986). Wolinsky ve Wolinsky , fiziksel, sosyal ve psikolojik yönleri dayalı bir sağlık modeli inşa eder. SIDD indeksi davranışsal faktörleri, yani güvenlik, motivasyon ve önleyici boyutları değerlendirmek için yardımcı olur. Bu yöntem, bireylerin hastalık ve sağlık ile ilgili yaşadığı durumları ölçmektedir:

- Güvenlik ; sosyo-ekonomik geçmiş , güncel ev ve iş koşulları, dişsel hikayesi ve deneyimleri ve diş hizmetlerine erişim ile ilişkilidir.
- Motivasyon ; diş sağlığı ile ilgili inançlar, tutumlar, kaygılar ve beklentilerle ilişkilidir.
- Koruyucu boyut; diş sağlığını iyileştirmek ve diş kaybını önlemek gibi geçerli diş hekimliği uygulamalarını ölçer.

Bu yöntemde diş hastalıklarının sosyal ve psikolojik yönü; yemek yemede kısıtlılık, iletişim kısıtlamaları, ağrı, rahatsızlık ve estetik olarak beş kategoriye ayrılmaktadır. Rahatsızlık dışında

tüm bu kategoriler için 0 ile 5 arasında bir skala oluşturulmuştur; rahatsızlık ise 0 ile 4 arasında ölçülmektedir.

Sınırlamalar

Dişsel hastalığının sosyal etkileri değerlendirilmektedir fakat bu etkinin şiddeti değerlendirilemez. Dolayısıyla başka araçlar yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir.

1.3.2. Ağız Sağlığı ve Hastalıkları Etkin Profili - Oral Health and Sickness Impact Profile (SIP)

SIP, 1970 yılında geliştirilmiştir ve hastalık ile ilgili konularda algılanan ve sağlık çalışanları tarafından bildirilen durumları ölçmek için kullanılmaktadır. (Bergner ve ark., 1981) Davranışsal tabanlı bir sağlık durumudur. SIP son sürümü 136-madde ve 12 alt ölçekten oluşmaktadır : uyku ve dinlenme, yemek yeme, ev yönetimi, iş, serbest zaman yönetimi, duygusal durum, duygusal davranışlar, sosyal etkileşim ve iletişim. SIP kardiyovasküler, nörolojik , kas-iskelet sistemi bozuklukları ve yaşlı bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirmekte kullanılmıştır.

Kullanım

- bireysel sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine yanıt değerlendirilmesi, tedavi programı, planlama ve program geliştirme değerlendirmek, tıbbi bakım programını değerlendirmek, halkın sağlığını değerlendirmek için
- Posta ve telefon anketlerinde kullanılabilir. (Bergner ve ark., 1987)

Sınırlamalar

- Ayrıntılı ve uzun bir araç
- Hassasiyet eksikliği nedeniyle diş hekimliğinde sınırlı uygulamalar.

1.3.3. Sağlık Sigortası Çalışmalarında Diş Sağlığı Soruları - Dental Health Questions from Rand Health Insurance Study (HIS)

Sağlık durumu ölçümü Ware, Brook, Brook ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Brook ve ark., 1979). Bu çalışmanın amacı sağlık durumu, bakım kalitesi, hizmetlerin maliyeti ve kullanımını etkisini ölçmektir.

Fiziksel, zihinsel, sosyal sağlık ve genel sağlık değerlendirilmiştir. Doğrudan diş hastalıkları ile ilişkili üç etkili soru da ankete eklenmiştir: ağrı, endişe ve sosyal etkileşimler. Bu araç, bireylerde diş hastalıklarının olumsuz etkilerini değerlendirmek için yardımcı olmaktadır. Bu indeks, katılımcılar üzerinde oral durumların psikososyal etkilerini analiz etmek için oluşturulmuştur. HIS ile değerlendirilen diş hastalıkları; ağrı, sıkıntı, endişe ve azalmış sosyal etkileşimlerdir.

Kullanım

- Bir sigorta temelli çalışmadır
- Müdahalelerin etkinliğini ölçer.

Sınırlamalar

- Kişisel bildirimli diş sağlığı ölçümünde sınırlıdır.
- Diş hekimliğinde uygulanabilirliği düşüktür.

1.3.4. Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi - Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

GOHAI, hasta tarafından bildirilen oral fonksiyonel sorunları ölçmek için kullanılmaktadır (Atchison ve ark., 1990). Bu indeks ağız hastalıkları ile ilişkili psikososyal etkilerin derecesini ölçmek için geliştirilmiştir (Kressin ve ark., 1996, Calabrese ve ark., 1996).

Bu araç diş tedavisi etkinliğini değerlendirmek için de kullanılmaktadır. İlk olarak 36 maddelik ilk bölüm, daha sonra 12-maddelik son kısım uygulanmaktadır.

Finalde 9-madde için ters skorlama vardır. Dolayısıyla, GOHAI final skorlarının yüksek olması daha olumlu ağız sağlığını temsil etmektedir. Katılımcılar en fazla 3 öğeye yanıt vermezse, veri geçersiz ve istatistiksel analiz için kabul edilmez olur. 12 maddelik her final skoru son puanlar vermek için eklenir. Böylece GOHAI skorlaması genellikle 0 ila 60 arasında değişmektedir.

GOHAI indeksi için 3, 5 ve 6 yanıt kategorili 3 alternatiften biri kullanılabilir. 3 yanıtli kategori hastaların ağız sağlığı hakkında kabul edilebilir bir bilgi verir. 5 yanıtli kategori klinik karara yardımcı olur ve hangi problemlerin daha fazla sıklıkta oluştuğunu belirlemektedir.

Kullanım

- Hastaların sosyo-ekonomik durumunu gösterir
- Diş tedavisi etkinliğini değerlendirmek için yararlıdır.

1.3.5. Dişsel Etki Profili - Dental Impact Profile (DIP)

DIP, insan yaşamında ağız ve diş sağlığı etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. DIP kişi-bildirimli bir ankettir (Calabrese ve ark., 1996). Soruların bu kısmı diş hekimleri, bilim adamları ve hastaların karşılıklı görüşmeleri tarafından geliştirilmiştir. Başlangıçta 37 maddelik test edilmiş ve daha sonra 25 maddeye düşürülmüştür. Pilot çalışma yaşlı nüfusta yapılan ve ırk, yaş ve eğitim durumunun DIP i etkilemiş olup olmadığı tespit etmek için kullanılmıştır. İyi bir etki, sosyal olarak kabul anlamına gelir; hiçbir etki olmaması hiç diş etkisi olmadığı anlamına gelir. Alt ölçek psikometrik skalayı geliştirilmiştir. DIP ırksal ve etnik etkilerini belirlemek için farklı nüfuslar üzerinde yapılmıştır. Popülasyon çalışması, DIP puanlarını etkileyebilen ırksal farklılıkları belirleyen etnik farklılıkları ortaya koymuştur.

Kullanım

- Dişlerin ve protezlerin yaşama daha pozitif ve negatif etki oluştuğunu gösteren konsepti tanıtmak için ilk ölçektir (Strauss ve ark., 1993, Hunt ve ark., 1993).
- Hastalara diş sağlıklarını değerlendirmeleri için yardımcı olur.
- Kısa ve basittir
- Bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki ırk ve etnik etkiyi değerlendirir.

1.3.6. Subjektif Ağız Sağlığı Durum Göstergeleri - Subjective Oral Health Status Indicators

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu indeksi, oral hastalığın işlevsel, sosyal ve psikolojik sonuçlarını tahmin etmek için handikap modeline dayalı olarak Kanada'da geliştirilmiştir. Başlangıçta yaşlıların ağız sağlığı araştırmalarında kullanılırken, kısaltılmış versiyonları genç ve yetişkin nüfusunun çalışmalarında da kullanılmıştır (Locker ve ark., 1988) Bu aracı geliştirme amacı ağız hastalığı ve tedavi sonuçları arasındaki bağlantıları tespit etmektir.

Bu yöntem yaşlı hastalarda uygulanmasına rağmen, test-tekrar test güvenilirliği bu yöntemi genellenebilir ve genç erişkinlerde kullanılabilir hale getirmiştir (Leake ve ark., 1990)

Kullanım

- Kişisel ve telefon görüşmesi hizmeti için kullanılan anketlerde yararlıdır
- Sağlığın farklı boyutları arasındaki bağlantıları araştırmaktadır

1.3.7. Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi UK- United Kingdom Oral Health Related Quality Of Life (OHQoL-UK)

OHQoL-UK, ilk olarak 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından İngiltere’de tıpkı OHIP gibi hastalarla konuşularak oluşturulmuştur. Bu form, DSÖ’nün ‘yapı-fonksiyon-yetenek-katılım’ modeline dayanan ve ağız sağlığının pozitif veya negatif etkilerini içine alan bir belgedir. OHIP-14’te ağız içi problemlerin hayatı nasıl olumsuz etkileyebileceği araştırılırken, OHQoL-UK, ağız sağlığının insanları pozitif veya negatif etkileyebileceği ve bunun da yaşam kalitesini düşürebileceği veya yükseltebileceği felsefesine dayanarak ortaya atılmıştır. 4 farklı kategori ve 16 sorudan oluşmaktadır. Bu kategoriler semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru) ve sosyal durum (4 soru)’dur. Değerlendirme, her kategori için ayrı ayrı ve toplam skor olmak üzere elde edilen 5 veri üzerinden yapılmaktadır. Alınan skorların yüksek olması ise hayat kalitesinin olumlu etkilendiğini göstermektedir (Mc Grath ve Bedi, 2002; Mc Grath ve Bedi, 2004).

OHIP-14 ve OHQoL–UK, 2006 yılında Mumcu ve arkadaşları (Mumcu ve ark., 2006) tarafından, Beaton ve arkadaşlarının (Beaton ve ark., 2000) belirtmiş olduğu çapraz kültürel kurallara uygun olarak Türkçe’ye çevrilmiştir. Bu çeviri için 2 profesyonel çevirmen, diş hekimleri ve doktorlar çalışmıştır. Çeviriler hem İngilizce’den Türkçe’ye, hem de Türkçe’den İngilizce’ye geri çevrilerek yapılmıştır. Mumcu ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda hem OHIP–14 hem de OHQoL ölçümlerinin geçerli ve güvenilir olduğu ve Türkiye’de diş hekimliğinde yapılacak çalışmalarda kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Mumcu ve ark., 2006).

1.3.8. Günlük Yaşamda Dişsel Etki - Dental Impact on Daily Living

Leao ve Sheiham tarafından geliştirilen DIDP, katılımcıların hayatın farklı boyutlara verdiği önemi değerlendirmek için kullanılmaktadır. Günlük yaşam üzerindeki etkiyi değerlendirmek için sözlü sosyo-dental ölçümdür. Etkilerin puanlaması olumsuzdan olumluya kodlanmıştır.

Sorular yanıtlanırken her pozitif yanıt (+1), nötral yanıt (0) ve negatif yanıt (-1) olarak değerlendirilir. Bir alandaki tüm sorulara verilen yanıtlar toplanır ve ortalaması alınarak alan skoru hesaplanır. Ölçek doldurulurken hastalardan her alandaki sorulara 1-10 arasında ağırlık skoru vermeleri istenir ve final skor hesaplanırken alan ağırlıkları ile alan skorları kombinasyonu elde edilir (Leao ve Sheiham, 1995). DIDL ölçeği ağırlık ve skoru aynı anda değerlendiren ilk ölçek olması açısından önemlidir.

1.3.9.Oral Health Quality of Life Inventory

Oral sağlık ve fonksiyon durumuyla ilgili hasta memnuniyetini ölçen 15 maddelik bir ölçümdür. Genel puanı -4 den +4 değişmektedir. Finalde toplam 66 madde içermektedir ; 40 SROH öğeleri (örnek oral ağrı), 15 OHQoL ve 9 beslenme OHQoL öğelerinden oluşmaktadır.

Kullanımı

- Bireyin ağız sağlığının öznel ve nesnel fonksiyonel durumu değerlendirmek ve aynı zamanda yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılmaktadır
- Protez kullananlar için ayrı ölçekler ve anketler bir protetik müdahalenin ardından yaşam kalitesi değerlendirmek için daha kolay bir araç olarak kullanılmaktadır

1.3.10. Günlük Performans Üzerine Ağız Durumunun Etkisi - Oral Impact on Daily Performance

Günlük aktiviteler için gerekli kişisel yeterlilik üzerine oral etkinin değerlendirilmesi için alternatif bir sosyodental araçtır (Frisch ve ark., 1994). Yetersizlik , engellilik ve handikapların DSÖ nün uluslararası sınıflandırması tarafından Locker OIDP yi modifiye etmiştir (Locker ve ark., 1984)

Üç seviye içerir:

- Seviye 1 – oral bozuklukları içeren oral durum

- Seviye 2 - ara etkiler: ağrı gibi, rahatsızlık vb. gibi olumsuz etkiler
- Seviye 3 - fiziksel, sosyal ve psikolojik performansları değerlendirme

Alternatif formu DMFT tespit etmek için ve aynı zamanda derin periodontal cepler algılamak için daha iyi bir belirleyici olarak bulunmuştur.

1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Etkin Profili - Oral Health Impact Profile (OHIP)

OHIP, ağız sağlığını ölçmek için bir araçtır ve dental girişim sonrası konfor miktarını ölçmek için kullanılmaktadır.

OHIP, ağız hastalıkları ile ilgili rahatsızlık ve fonksiyonsuzluğunun hasta tarafından kendi kendine bildirimli bir ölçümüdür. Ankete katılanlar, asla ,neredeysse hiç, bazen oldukça sık, çok sık gibi beş seçenekli Likert ölçeğinde yanıt verir.

OHIP, DSÖ'nun Uluslararası Eksiklik, Yetersizlik ve Sakatlık Sınıflaması esas alınarak ağız sağlığının psikososyal iyilik hali üzerindeki etkilerini ortaya koyabilmek ve yaşam kalitesini değerlendirebilmek için 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından düzenlenmiş spesifik bir ölçektir (Rugh ve ark., 1988). Yedi alanda toplam 49 soru içerir. Bu yedi alan, Locker'ın ağız sağlığı modeli temel alınarak sınıflandırılmıştır ve fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal uyumsuzluk ve engellilik olarak sıralanır (Award ve ark., 2000). Toplam skor tüm alanların ağırlıklı sonuçlarının toplamı olarak hesaplanırken, her alandan ayrı alt ölçek de hesaplanabilir. Bireylerden son bir senedeki ağız sağlığı durumlarını Likert tipi sıralı ölçeklerle derecelendirmeleri istenir. Bu skalalar genellikle; 0=hiçbir zaman, 1=cok nadiren, 2=ara sıra/bazen, 3=sıklıkla, 4=çok sık şeklinde sıralanır (Slade ve ark., 1997).

OHIP-49'un geliştirilmesini takiben hem dişsiz hasta grubuna yönelik OHIP-EDENT, hem de klinik uygulama kolaylığı getirmesi açısından OHIP-14, OHIP-20 gibi farklı modifikasyonları literatürde yayınlanmıştır (Fernandes ve ark., 2006). OHIP-49 ölçeği ile kapsamlı ve güvenilir veri toplanmasına rağmen pek çok araştırmacı 49 soru içeren orijinal ölçeğin uygulanım kolaylığı değerlendirildiği zaman klinikte kullanımının pratik olmaması sebebiyle kısa formu olan OHIP-14'u kullanmayı tercih etmiştir (Slade ve ark., 1984). Pek çok sağlık çalışanı, araştırmalarında daha kısa ve pratik olan ölçekleri kullanmayı tercih etmektedir. Tubert-Jeannin ve arkadaşları GOHAI veya OHIP-14 gibi kısa ölçeklerin hastalar tarafından daha kolay anlaşıldığı ve cevaplandığını bildirmiştir (Tubert-Jeannin ve ark., 2003). Literatürde yayınlanan pek çok çalışmada OHIP-14'un güvenilirliği ve geçerliliği rapor edilmiştir. OHIP-

14 ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Mumcu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve Türkçe versiyonun geçerliliği rapor edilmiştir (Mumcu ve ark., 2006).

OHIP-14'un oluşturulmasında, Locker ve Allen ölçeklerin kısaltma sebeplerini dört ana başlık altında toplamıştır:

1. Ölçeklerin cevaplanması ve skorlanması uzun zaman alabilir ve klinikte bu kadar uzun zaman ayırmak mümkün olmayabilir.

2. Anketlerin uzun olması maliyetin artmasına neden olabilir.

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

4. Anketin uzun olması cevaplanmayan soru miktarının artmasına; dolayısıyla daha fazla veri kaybına ve çalışma grubundaki birey sayısının azalmasına neden olacaktır (Locker ve ark., 2001). OHIP-14 ölçeğinin gömülü 3. molar cerrahisi, total ve parsiyel dişsiz hastaların rehabilitasyonu, oral liken planus gibi farklı sağlık durumlarında kullanımı ile ilgili literatürde pek çok çalışma yayınlanmıştır (Mc Grath ve ark., 2003). Bir indeksin güvenilirliğinin soru/öge sayısının azalması ile birlikte azaldığı psikometrik bir prensip olmakla birlikte diğer taraftan kısa form indekslerin klinik kullanım kolaylığı da önemli bir kriter olarak değerlendirilmektedir. Stewart ve arkadaşları sağlık durumunu tanımlayan anketlerde kavramsal, istatistiksel ve pragmatik gereklilikleri şu şekilde sıralamaktadır; ölçek genel fonksiyonlar ve iyilik hali ile ilişkili sağlık durumunu ve çeşitli sağlık konseptlerini temsil edebilmeli; geçerlilik, güvenilirlik ve hassasiyet gibi psikometrik özelliklere sahip olmalı ve klinik uygulamalar için basit ve uygulanımı kolay olmalıdır (Stewart ve ark., 1998).

Kısa form OHIP veya OHIP-14 bu şekilde tasarlandıktan sonra tutarlılığı ve güvenilirliği orijinal ölçekle karşılaştırılmış ve anlamlı bulunmuştur. OHIP-14 skorlarının hesaplanmasında genellikle; 7 alt grubun skorlarının basit aritmetik toplamı (OHIP-ADD), ağırlıklı ve standart toplam skor hesaplanması (OHIP-WH) ve 'ara sıra', 'sıklıkla' ve 'çok sık' yanıtlarının toplanması (OHIP-SC) şeklinde 3 yöntem kullanılmaktadır (Slade ve ark., 1997).

Kullanımı

- Ağız ve diş sağlığı daha ayrıntılı değerlendirme için izin verir

- En yaygın anket olarak kullanılmıştır.

1.5.TOTAL DIŞSİZLİKTE PROTETİK RESTORASYON SEÇENEKLERİ

1.5.1.İMLANT ÜSTÜ HAREKETLİ PROTEZLER

Dişsiz hastalar için yaygın tedavi seçeneği geleneksel alt ve üst tam protezlerdir. Ancak çoğunlukla alt protezlerinin hareket etmesinden ve çiğneme kabiliyetlerinin azalması yönünden hastalar şikayetçilerdir.

Tam protez hastalarında yetersizlik (retansiyon, stabilite, konuşma ve yemek yeme yetersizliği) ve handicap (tam protez taşıdığı için sosyal çevreye girememe vb.) olduğu bildirilmiştir (Allen ve ark., 2001b; Doundoulakis ve ark., 2003). Ayrıca protetik diş hekimliğinin en önemli amacı kalan dokuların sağlık ve devamlılığının korunmasıdır. Kordatzis ve ark. (Kordatzis ve ark., 2003) 150 dişsiz hastada yaptıkları tomografi çalışmasında, 5 sene sonunda alt tam protez kullandırdıkları hastalarda kret yüksekliğindeki azalmayı ortalama 1,63 mm, alt implant destekli tam protez kullandırdıkları hastalarda ise 0,69 mm bulmuşlardır. Tam protezler ile implant destekli tam protezlerin karşılaştırıldıkları çalışmalarda, çiğneme performanslarında (Bakke ve ark., 2002; Stellingsma ve ark., 2005) ve hasta memnuniyetlerinde (Allen ve ark.,2001b; Naert ve ark., 2004) belirgin bir artış gözlemlenmiştir.

Yapılan tüm çalışmaların ortak noktası, implant üstü tam protezlerin, tam protezlere göre her bakımdan daha üstün olduğudur. Bu yüzden bu konu üzerinde yapılan birçok kontrollü klinik bilimsel çalışmanın ışığında 2002 yılında Kanada'nın Montreal kentinde yapılan bir bilimsel toplantı sonucunda bir ortak görüş üzerinde uzlaşma sağlanmıştır. Bu görüş, iki adet kemik içi implantla desteklenmiş alt tam protezlerin tam dişsiz hastalara önerilmesi gereken ilk tedavi alternatifi olduğudur. Bütün dünyaya ilan edilen bu görüş McGill uzlaşısı olarak da anılır (Feine ve ark., 2002)

De Boer ve arkadaşları implant destekli tam protezlerin protez kaidesinin yaptığı basınçla kolayca irritasyona uğrayan hassas mukoza varlığında, yüksek kas ataşmanlarının varlığında, alveoler kretin aşırı rezorpsiyona uğradığı vakalarda ve protez kaidesine ihtiyaç duyulduğu vakalarda endike olduğunu belirtmişlerdir (De Boer, 1993).

Genellikle 2-4 implant uygulanmasını takiben yapılan hareketli protezlerdir. Bu tip protezlerde implantlarla birlikte yumuşak dokudan destek alınması gerekir. İmplant- doku destekli overdenture protezlerde planlamanın kolay olması, oral hijyenin sağlanmasının kolaylığı, cerrahi işlemlerin daha basit ve ekonomik olması ve ayrıca oluşabilecek estetik problemlerin akrilik kaideyle giderilebilmesi avantaj olarak kabul edilebilmektedir (De Boer, 1993; Mericske-Stern ve ark., 2000; Zitzmann ve Marinello, 2002).

Kline ve ark. 51 hastada 266 implant uygulamıştır. İmplantlarda başarı oranını %99,6 ve overdenture protezlerde başarı oranını %100 olarak bildirmişlerdir (Kline ve ark., 2002).

Yapılan çalışmalarda, dört implant destek alınarak yapılan hareketli protezlerde kuvvetlerin, iki implant destek alınarak yapılan protezlere göre daha dengeli olarak dağılarak kemiğe iletildiği belirtilmiştir. Dört implant kullanılarak yapılan protezlerde tutuculuk da artmaktadır (Sadowsky, 2001).

İmplant destekli tam protezlerin yapımında üzerinde durulması gereken hassas bir nokta, yerleştirilecek implantların sayısı ve yeridir. Her iki tarafa da gelecek yük dağılımının eşit olmasını sağlamak üzere, implantların orta hattın eşit uzaklıkta olması gerekir. Protetik planlamaya göre her bir tarafa 1, 2 veya daha fazla implant yerleştirilebilir; fakat orta hat üzerine implant yerleştirilmemesi gerekir (Tunalı, 2000).

Naert ve ark. çalışmalarında, dişsiz hastaların implant destekli sabit protezler yerine implant destekli tam protezleri tercih etmelerinin esas nedenini, tam protezlerinin stabilite ve retansiyon ihtiyacının artması olarak açıklamışlardır. Diğer birçok çalışma, implant destekli overdenture protezlerinin uzun süreli başarısını desteklemektedirler (Naert ve ark., 1991; Shifman ve Marshak, 1994).

Bu çalışmalarda, overdenture'ları destekleyen implantların sayıları değişmektedir. Genellikle aynı çenede 3 veya daha fazla implant kullanılmıştır. Son dönemdeki çalışmalar, 2 implant destekli overdenture'ların da yüksek başarı oranını ve hasta memnuniyetini ortaya koymuşlardır (Shifman ve Marshak, 1994). Meijer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, mandibuladaki yapısal gerilme, iki yerine dört implant kullanıldığında azalmamıştır (Batenburg ve ark., 1998). Visser ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, 2 ve 4 implant destekli

overdenture'larla tedavi edilen hastaların, klinik ve radyografik değerlendirmelerinde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Visser ve ark., 2005).

İmplant destekli tam protezlerle ilgili çalışmalar son yıllarda sıklıkla yapılsa da, bunlar genellikle hasta memnuniyeti ve protezin dayanıklılığı açısından klinik değerlendirmeler (Davis ve ark., 1996; Meijer ve ark., 2004) klinik raporlar (Lee ve Agar, 2006), protez ara parçalarının tutuculuğu (Svetlize ve Bodereau, 2004; Gulizio ve ark., 2005) çiğneme fonksiyonunun değerlendirilmesi (van Kampen ve ark., 2004; Stellingsma ve ark., 2005) ve ısırma kuvveti değerlendirmeleri (Van Kampen ve ark., 2002) üzerine yoğunlaşmıştır. İmplant destekli tam protezler üzerinden ataşmanlar yardımıyla kemiğe yük iletiminin ve implant sayılarının da değerlendirildiği çalışmalar vardır (Sadowsky ve Caputo, 2000; Akça ve ark., 2007).

Destek için minimum 2 implanta ihtiyaç vardır. Mandibulada ideal olarak her iki tarafa mental foramenlerin önüne implantlar yerleştirilerek karşıt ark stabilizasyonu sağlanır. İmplant destekli tam protezler sadece implanttan destek aldıklarında, implantlar üzerindeki üst yapılara tutunurlar. Üst yapı foramenler arası bölgeye yerleştirilen, birbirine üçlü bar sistemiyle bağlanan, minimum 4 implant üzerine yerleştirilebilir. Bu bar, overdenture'a retansiyon ve stabilite kazandırır. Böylelikle vertikal yüklemde, protezin oturduğu mukozal alan çok az etki altında kalır (Wright ve Watson, 1998)

Esas olarak implant destekli tam protezlerde implant üzerindeki üst yapılara tutunur (Wismeijer ve ark., 1997). Ataşman seçimi, temel olarak mandibulanın anatomik durumuyla ilgilidir.

İmplant yerleştirilecek arkın şekli, implantların boyu, iki implant arası mesafe, hastanın ekonomik durumu, hastanın ağız hijyeni gibi faktörler tutucu seçiminde etkilidir. Ayrıca tutucu seçiminde reziliens de çok önemlidir (Misch, 2005e, s.;22851; Shafie, 2007).

İmplant destekli tam protezlerde retansiyon için protez, implantlarla 5 farklı mekanizma ile bağlanabilir (Sadowsky ve Caputo, 2000; Geng ve ark., 2001).

1.5.2.1. Mıknatıslı Ataşmanlar: Dental protezlerde mıknatıslı tutucular 1930'lardan bu yana kullanılmaktadır. Ağız içindeki dokulara etkilerinin incelenmesi sonucu, materyal olarak bugün sıklıkla kobalt/samaryum mıknatıs alaşımları tercih edilmektedir. Serbest olarak kayma yaptıkları için, destekler üzerindeki lateral gerilmeleri azaltması, hijyenin sağlanmasının nispeten kolay olması, paralelliğin önemli olmaması gibi avantajları olan mıknatıslı tutucuların en önemli dezavantajı tutuculuklarının daha az olmasıdır (Gül, 2009).

1.5.2.2. Ball (Topuz Başlı) Ataşmanlar: Barlara göre daha az yer kaplamalarına rağmen yeterli tutuculuk, stabilite ve destek sağlarlar. Barlı tutuculara göre, dokudan daha çok destek alan topuz başlı tutucular, aşırı rezorbe kretlerde barlı tutuculara tercih edilir. Bir tutucunun değiştirilmesi gerektiğinde, tutuculuk ayarı ve astarlama işlemleri daha kolay olmasına rağmen, interoklüzal aralığın kısıtlı olduğu olgularda kullanılmaları güçtür. Protezin hareketi, hijyen yetersizliği gibi sebeplerle gingival marjinlere zarar verebilirler. Yaşlı hastalarda ve aşırı rezorbe kretlerde barlı tutuculara tercih edilirler (Gül, 2009).

1.5.3.3. Teleskopik Tutuculu İmplant Destekli Tam Protezler: Bazı araştırmacılar, uzun süreli başarılar için her defasında oldukça masraflı olan bireysel tutucuların kullanımına gerek olmadığını savunmuşlardır. Foramen mentale'ler arasına yerleştirilen iki implant üzerine uygulanan ve resilient özellik taşıyan teleskop protezlerle, mukoza destekli uygun üst yapılar sağlandığını bildirmişlerdir. Rijit tipte kullanılan teleskop yapılar için destek implant sayısı artırılmalıdır (Sağesen, 2000).

1.5.4.4. Bar Bağlantılı Ataşmanlar: Barlı tutucular yıllardan beri splintler olarak, dişler ve/veya kökleri ve bunların arasındaki dişsiz bölgeleri birleştiren unsurlar olarak kullanılmışlardır (Ulusoy ve Aydın, 2003). Bar bağlantılı protezler, sabit bir köprünün, hareketli bölümlü protez şeklinde modifiye edilmiş bir kombinasyonudur (Çelik, 2006) Eğer bar ataşman kullanılıyorsa, implantları bağlayan bar, okluzal düzleme paralel olmalıdır (Gulizio ve ark., 2005; Misch, 2005b). Uzun süreli biyolojik avantajları net olmamakla birlikte, yük paylaşım özelliğinin yarar getirebileceği kolaylıkla söylenebilir (Ulusoy ve Aydın, 2003). Barlı tutucuların tasarım ve yapımı, proteze önemli oranda stabilite ve ek retansiyon sağlamaktadır (Gulizio ve ark., 2005).

Bar ve ilgili yapıların kütlesi muhtelif problemler yaratır. Birçok olguda vertikal ve bukkolingual mesafe gereksinimleri, uygulamaları kısıtlamaktadır (Ulusoy ve Aydın, 2003).

Bar çevresindeki plak birikimleri kolayca temizlenebilmelidir. Bunu sağlamak, ünitenin tasarım ve yapımını karmaşık hale getirir. Protezler istenilen şekilde tasarlanıp hazırlansa da barlı tutucular, diğer tutuculara oranla plak giderme yönünden hastaların daha çok el becerisine sahip olmalarını gerektirir (Batenburg ve ark., 1998; Ulusoy ve Aydın., 2003; Mac Entee ve ark., 2005).

İmplant destekli tam protezler isteğe bağlı olarak, bar ile birbirlerine bağlanabildiği gibi ayrı ayrı da bırakılabilirler. Doğal dişlerde olduğu gibi, tek başına olan abutment'i fazla yüklemeyen korumak amacıyla splintlenmiş abutment'lar tercih edilirler (Shifman ve Marshak, 1994).

Uzun dönem çalışmalarında, mental foramenler arasına yerleştirilen implantların implant destekli tam protez desteği olarak kullanıldığı vakalarda yüksek başarı oranları bildirilmiştir. Genelde, dişsiz mandibulaya 2 veya 4 implantın kullanıldığı tedavi seçenekleri sunulmaktadır. İmplant destekli tam protezlerin tasarımı kadar implantların sayısı ve dağılımı da implantların ve destek kemiğin yüklenmesini etkilemektedir (Fanuscu ve Caputo, 2004). Meijer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (Meijer ve ark., 1994) ön bölgeye yerleştirilen iki implantın bar ile bağlandığı durumda, implantlar etrafındaki kemikte, çok yüksek çekme ve baskı gerilmeleri oluştuğu görülmüştür. Bunun üzerine bu gibi durumlarda, ya implantları bağlamayı, ya da bar-klips ataşman kullanılacaksa, ön bölgeye daha fazla implant yerleştirilmesi tavsiye edilmiştir (Meijer ve ark., 1994; Geng ve ark., 2001).

1.5.2.5.Locator tutucular: Arklararası mesafe veya protezlerin yükseklikleri top başlı tutucuların yerleşimi için yetersiz olduğu durumlarda, aşırı konturlu protezler, dikey boyutta mecburi artışlar, tutuculara komşu yapay dişlerde çatlama veya kırılmalar, tutucuların protezlerden ayrılmaları, protezde çatlama veya kırılmalar ve tüm bunların sonucunda hasta memnuniyetinde azalmalar meydana gelebilmektedir. Bu tip durumlarda locator tutucular düşük profillerinden dolayı top başlı tutucuların yerine tercih edilebilir (Lee ve Agar, 2006).

1.5.3.İMLANT ÜSTÜ HİBRİT PROTEZLER

Geleneksel metal porselen sabit proteze bir alternatif ise hibrit protezlerdir. Bu restorasyon dizaynında metal iskelet daha küçüktür, yapay dişler ve bu elemanları birbirine bağlayan akrilik kullanılır (Misch, 2005b,s.:48).

Akrilik veya porselen dişlerin metal protez alt yapısına yine akrilikten yapılan kaide materyaliyle bağlanması sonucu üretilirler. Özellikle orta ve ileri derecede kemik rezorpsiyonu olan hastaların, kemik ve yumuşak dokularının rehabilitasyonunda kullanılırlar ve ancak hekim

tarafından çıkarılabilirler. Bu protezler sayesinde, hasta düşük maliyet ile sabit bir proteze sahip olmakta ve memnun edici estetik sonuçlar elde edilmektedir. Protez ve yumuşak dokular arasında bırakılan boşluklar sayesinde hastanın protezin bakımını yapabilir ve ağız hijyenini koruyabilmektedir (Sadowsky 1997; Feine ve ark., 1998).

İmplant destekli sabit protezler ya da hibrit protezler arasında seçim yaparken göz önünde bulundurmanız gereken ana faktör kemik rezorpsiyonudur. Var olan kemik ve oklüzal düzlem arasında 15 mm veya daha az mesafe varsa implant destekli sabit protezler tercih edilmeli; bu mesafe daha fazlaysa hibrit protez tercih edilmelidir (Tang ve ark. 1997; Misch, 2005c). Tamamen implantlardan destek alan implant destekli protezlerin uygulanabilmesi için alt çeneye 5-6 adet implant, üst çeneye ise 6-8 adet implant yerleştirilmelidir (Sadowsky, 1997; Misch, 2005c).

1.5.4.İMLANT DESTEKLİ SABİT PROTEZLER

İmplant destekli sabit protezler çoğu zaman hastanın ilk seçimidir. Tam dişsizlik vakalarında biyofizyomekanik kriterlere göre 6- 8 implant, sabit protetik restorasyonlara yeterli desteği sağlamaktadır. Sabit protezler; protezin kapladığı alanın daralması, bulantı refleksinin olmaması, hastanın protezi daha kolay tolere etmesi ve yaşam kalitesini oldukça artırması bakımından avantajlıdır. Fakat bu tip protezlerde planlamanın zor olması, oral hijyenin güçlüğü, cerrahi işlemlerin daha komplike olması ve maliyetin olması ve yine bu tip protezlerin yapımında kemik kaybı fazla ise estetiğin sağlanmasında problemlerin ortaya çıkması gibi dezavantajları vardır (Mericske-Stern ve ark., 2000; Zitzmann ve Marinello, 2002).

İmplant destekli sabit protezler grubu tam dişsizliğin tedavisinde kullanılan köprü protezlerini içine alan bir gruptur (Floyd ve ark., 1999).

Anatomik kısıtlamalara ve hastanın genel sağlık durumuna bağlı olarak hastaya uygulanacak protetik restorasyon tipi değişmektedir. Bu sebeple, sabit protetik restorasyon endikasyonu yetersiz kalitede ve uygun olmayan kemik yapı varlığında sınırlandırılabilir. Aşırı kemik doku rezorbsiyonunda ve yumuşak doku dűzenlemesi gereken durumlarda uygun yapı ve miktarda kemik eldesi için ogmentasyon ve diğer ileri cerrahi teknikleri gerekebilmektedir. U duruma ۆzellikle maksillada rastlanmaktadır. TME e yakınlığı sebebiyle çenelerin posterior bۆlgedeki dikey boyut mesafesi anterior bۆlgeye oranla daha kısadır. Maksillanın posterior bۆlgesinde yer alan maksiller sinűs ve mandibulanın posteriorunda yer alan mandibular kanalın varlığı implant cerrahisi için gerekli olan kemik mesafesini sınırlandırır ve bu durumun varlığında ilave prosedűrlere gerek duyulur. Tűm bu sebepler, implant ۆstű sabit protetik restorasyon endikasyonu için daha ۆzel hasta seçimi kriterlerini oluşturur.

İmplant destekli sabit protezler genellikle 6-8 implantın uygulanmasına takiben yapılan sabit restorasyonlardan oluşur. Bu tip protezlerin avantajları destek alana ihtiyaç olmaması, bulantı refleksi oluşurmaması ve hastanın daha kolay protezini kabullenmesidir. Fakat bu tip protezlerde planlamanın zor olması, oral hijyenin sağlanması zorluğu, cerrahi işlemlerin daha komplike ve daha pahalı olması ve yine bu tip protezlerin yapımında kemik kaybı fazlaysa estetiğin inşa edilmesinde problemlerin ortaya çıkması dezavantajlarındandır.

Dudak yanak desteđi ve dikey boyut çok dikkatli biçimde incelenmelidir. Dikey boyutun yűksek olduđu durumlarda yapılacak olan kuronlar çok uzun olacađından hem estetik hem de implantlara gelecek yűklerden implantların uzun dۆnem bařarısı olumsuz yۆnde etkilenir.

8 implant uygulanımı ile yapılan implant destekli sabit protezlerde hem estetik hem de hijyen açısından implantların doğal diş pozisyonları bۆlgesine yerleştirilmesi gerekmektedir (ۆzkan, 2011).

2. GEREÇ VE YۆNTEM

2.1. Hastaların Seçimi

Bu alışma; İstanbul Aydın ۆniversitesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda tedavileri tamamlanmış total dişsiz hastalar ۆzerinde gerçekleştirilmiş retrospektif bir çalışmadır. Bu amaçla çalışmaya, 204 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmada; ASYK değerlendirmesi için sıklıkla kullanılan, güvenilirliği ve geçerliliği farklı dil ve coğrafyalar için tespit edilmiş, spesifik bir ölçek olan OHIP-14 ölçeği kullanılmıştır. OHIP-14 ölçeğinin Türkçe'ye çevrilmesi medikal çeviri alanında uzman 4 tercüman ve bir diş hekimi tarafından geri-çeviri yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Orijinal OHIP-14 formu 2 tercüman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ardından farklı 2 tercüman tarafından Türkçe form tekrar İngilizce'ye tercüme edilmiştir. Bu işlemlerin sonunda 3 form, 4 tercüman ve bir diş hekimi tarafından tekrar yorumlanmış ve son şekli verilmiştir (EK-1).

Hastalar çalışma öncesinde çalışmamızın içeriği konusunda detaylı olarak bilgilendirilmiştir. Bilgilendirme sonrası çalışmayı kabul eden ve seçim kriterlerine sahip olan hastaların klinik muayeneleri gerçekleştirilmiş ve hastalardan OHIP-14 formunu doldurmaları istenmiştir. Formu doldururken, hastanın soruları net anladığından emin olmak ve anlaşılmayan noktaları açığa kavuşturmak için çalışma sahibi hastanın yanında bulunmuştur. Kayıtlar alınırken ilk form hastanın demografik özelliklerini temsil ederken, ikinci form protetik rehabilitasyonun yaşam kalitesine etkisini temsil etmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastalar protezlerini minimum 3 ay süre ile kullanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde Likert cevap sistemi kullanılmıştır.

Çalışmada OHIP-14 ölçeğinin toplam skoru literatürde tanımlanan ve geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış her 3 ölçüm yöntemi ile de (OHIP- 14/ADD, OHIP-14/WS ve OHIP-14/SC) hesaplanmıştır. Slade (Slade, 1997) tarafından rapor edilen, OHIP-14 ölçeğinin ağırlıklı skor hesaplama (OHIP-14/WS) yönteminde; her 7 alt grupta bulunan 2'şer sorunun, toplamaları 1 eden ağırlık değerleri aşağıdaki tabloda tanımlanmıştır (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. OHIP-14/WS skorları (Erkılınç, 2009)

ALAN	SORU	AĞIRLIK
Fonksiyonel Kısıtlılık	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kelimelerin telaffuzunda güçlük çektiniz mi?	0.51
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden tat alma duyunuzun bozulduğunu hissettiniz mi?	0.49
Fiziksel Ağrı	Ağzınızda ağrı hissettiniz mi?	0.34
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden herhangi bir yiyeceği yemekte problem yaşadınız mı?	0.66
Psikolojik Huzursuzluk	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kendinize güven problemi yaşadınız mı?	0.45
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden gerginlik yaşadınız mı?	0.55
Fiziksel Yetersizlik	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden beslenmenizde yetersizlik yaşadığınız oldu mu?	0.52
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden yemek yemeye ara vermek zorunda kaldınız mı?	0.48
Psikolojik Yetersizlik	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kendinizi rahat hissetmekte zorlandınız mı?	0.60
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kendinizi zor durumda/mahcup hissettiğiniz oldu mu?	0.40
Sosyal Uyumsuzluk	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden diğer insanlara karşı sinirli/alıngan olduğunuz oldu mu?	0.62
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden günlük işlerinizi yapmada güçlük çektiğiniz oldu mu?	0.38
Engellilik	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden genel olarak hayatınızı daha az memnun edici bulduğunuz oldu mu?	0.59
	Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden tamamen iş göremez oldunuz mu?	0.41

2.2. İstatistiksel Değerlendirme

Veri analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) biçiminde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterilmiştir. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği bağımsız grup sayısı iki olduğunda Student's t testiyle

ikiden fazla grup arasındaki farkın önemliliği ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testiyle araştırılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi veya Kruskal Wallis test istatistiği sonuçlarının önemli bulunması halinde farka neden olan durumları tespit etmek amacıyla post hoc Tukey HSD veya Conover'in parametrik olmayan çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasında anlamlı ilişkinin olup olmadığı ise Spearman'ın Korelasyon testi kullanılarak araştırılmıştır.

3.BULGULAR

Çalışma toplam 13 gruba ayrılarak 204 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların tamamlanmış protetik tedavi durumlarına göre dağılımı aşağıdaki gibidir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Hastaların protetik diş tedavisi durumları ve dağılımı.

	Frekans	%
Grup 1:Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Doğal Dişli	10	4,9
Grup 2:Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Implant Üstü Sabit Protez	13	6,4
Grup 3:Alt Çene Geleneksel Tam Protez / Üst Çene Doğal Dişli	10	4,9
Grup 4:Alt Çene Ball Ataşmanlı Protez / Üst Çene Doğal Dişli	12	5,9
Grup 5:Alt Çene Locater Tutuculu Protez/ Üst Çene Doğal Dişli	17	8,3
Grup 6:Alt Çene Implant Üstü Sabit / Üst Çene Doğal Dişli	11	5,4
Grup 7: Alt Ball Ataşmanlı Protez / Üst Geleneksel Tam Protez	28	13,7
Grup 8: Alt Çene Locater Tutuculu Protez /Üst Geleneksel Tam	13	6,4
Grup 9:Alt Geleneksel Tam / Üst Implant Üstü Sabit Protez	10	4,9
Grup 10: Alt Ball Ataşmanlı Protez / Üst Ball Ataşmanlı Protez	12	5,9
Grup 11: Alt Locater Tutuculu Protez/ Üst Locater Tutuculu Protez	11	5,4
Grup 12:Alt Implant Üstü Sabit Protez / Üst Implant Üstü Sabit	47	23,0
Grup 13:Alt Geleneksel Tam Protez / Üst Geleneksel Tam	10	4,9
Total	204	100,0

3.1.OHIP-14 Anket Verilerinin Değerlendirilmesi

OHIP–14 verileri her 5 grupta hem toplam skorlar, hem de 7 farklı kategorideki skorlar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bu 7 farklı kategori sırasıyla fonksiyonel kısıtlanma, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handicap kategorileridir. Her kategoride bulunan 2’şer soru çalışmaya katılan bireyler tarafından cevaplanmış ve cevaplara verilen 0-4 arası puanlar toplanarak kategori skoru, tüm kategori skorları toplanarak da 0-56 arası OHIP–14 skoru elde edilmiştir.

3.1.1.Fonksiyonel Kısıtlılık Kategorisinin Değerlendirilmesi

Fonksiyonel kısıtlılık skorları hasta gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Doğal Dişli olan hastalarda fonksiyonel kısıtlılık skoru $0,10\pm 0,32$ hesaplanırken Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Implant üstü Sabit Protez olanlarda $2,85\pm 1,57$ Alt Çene Geleneksel Tam protez / Üst Çene Doğal Dişli olanlarda $0,70\pm 0,82$ Alt Çene Implant üstü Ball ataşmanlı hareketli protez/ Üst Çene Doğal Dişli olanlarda $0,25\pm 0,46$ Alt Çene Implant üstü Locater tutuculu protez / Üst Çene Doğal Dişli olanlarda $0,18\pm 0,39$ Alt Implant.üstü Sabit Protez / Üst Çene Doğal Dişli olanlarda $0,00\pm 0,00$ Alt Çene Implant üstü Ball ataşmalı protez / Üst Çene Geleneksel Tam Protez olanlarda $0,89\pm 0,50$ Alt Çene Implant üstü Locater tutuculu / Üst Çene Geleneksel Tam Protez olanlarda $1,31\pm 0,85$ Alt Çene implant üstü Ball ataşmanlı / Üst Çene Implant üstü Ball ataşmanlı olanlarda $2,50\pm 0,90$ Alt Çene Implant üstü Locater tutuculu / Üst Çene Implant üstü Locater tutuculu olanlarda $2,36\pm 0,50$ ve Alt Çene Implant üstü Sabit / Üst Çene Implant üstü Sabit olanlarda $1,11\pm 0,84$ ve alt çene geleneksel tam protez / üst çene geleneksel tam protez grubu $3,20\pm 0,92$ olarak hesaplanmıştır. Hasta grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fonksiyonel kısıtlılık parametresi hasta grupları arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.1)

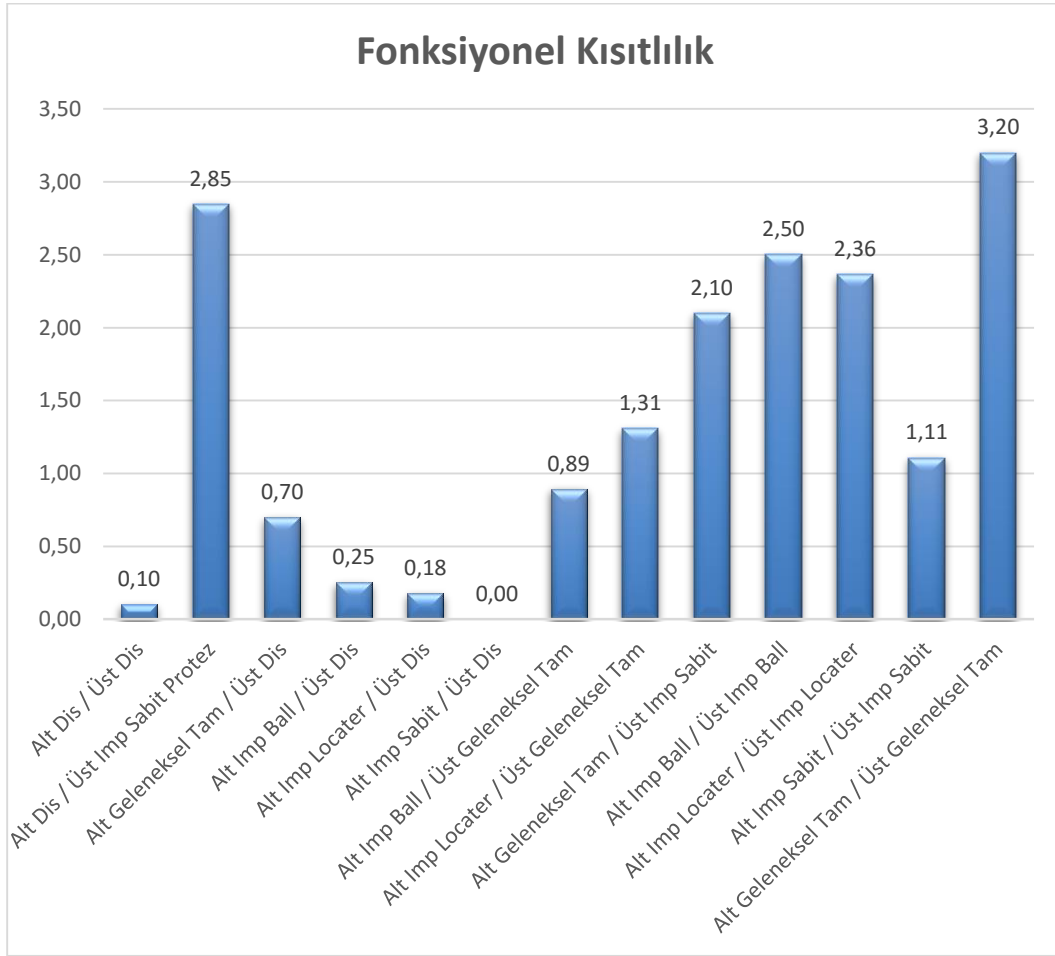
Çizelge 3.1.1. Gruplara göre OHIP- fonksiyonel kısıtlılık alt ölçek puanları

		Fonksiyonel kısıtlılık		p
		Mean	Standart Deviasyon	
Hasta Grup	Grup 1	0,10	0,32	<0,0001
	Grup 2	2,85	1,57	
	Grup 3	0,70	0,82	
	Grup 4	0,25	0,46	
	Grup 5	0,18	0,39	
	Grup 6	0,00	0,00	
	Grup 7	0,89	0,50	
	Grup 8	1,31	0,85	
	Grup 9	2,10	0,57	
	Grup 10	2,50	0,90	
	Grup 11	2,36	0,50	
	Grup 12	1,11	0,84	
	Grup 13	3,20	0,92	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05					
		1	2	3	4	5	6
Grup 6	11	0,000					
Grup 1	10	0,100	0,100				
Grup 5	17	0,176	0,176				
Grup 4	8	0,250	0,250				
Grup 3	10	0,700	0,700	0,700			
Grup 7	28	0,893	0,893	0,893			
Grup 12	47		1,106	1,106	1,106		
Grup 8	13			1,308	1,308		
Grup 9	10				2,100	2,100	
Grup 11	11					2,364	2,364
Grup 10	12					2,500	2,500
Grup 2	13					2,846	2,846
Grup 13	10						3,200
Sig.		0,178	0,070	0,759	0,078	0,447	0,265

Post hoc analizinin sonucuna göre Alt Geleneksel Tam Protez /Üst Geleneksel Tam Protez kullanan hastalarda fonksiyonel kısıtlılık skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.1).

Şekil 3.1.1. Grupların fonksiyonel kısıtlılık kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.2. Fiziksel Ağrı Kategorisinin Değerlendirilmesi

Fiziksel Ağrı parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.2).

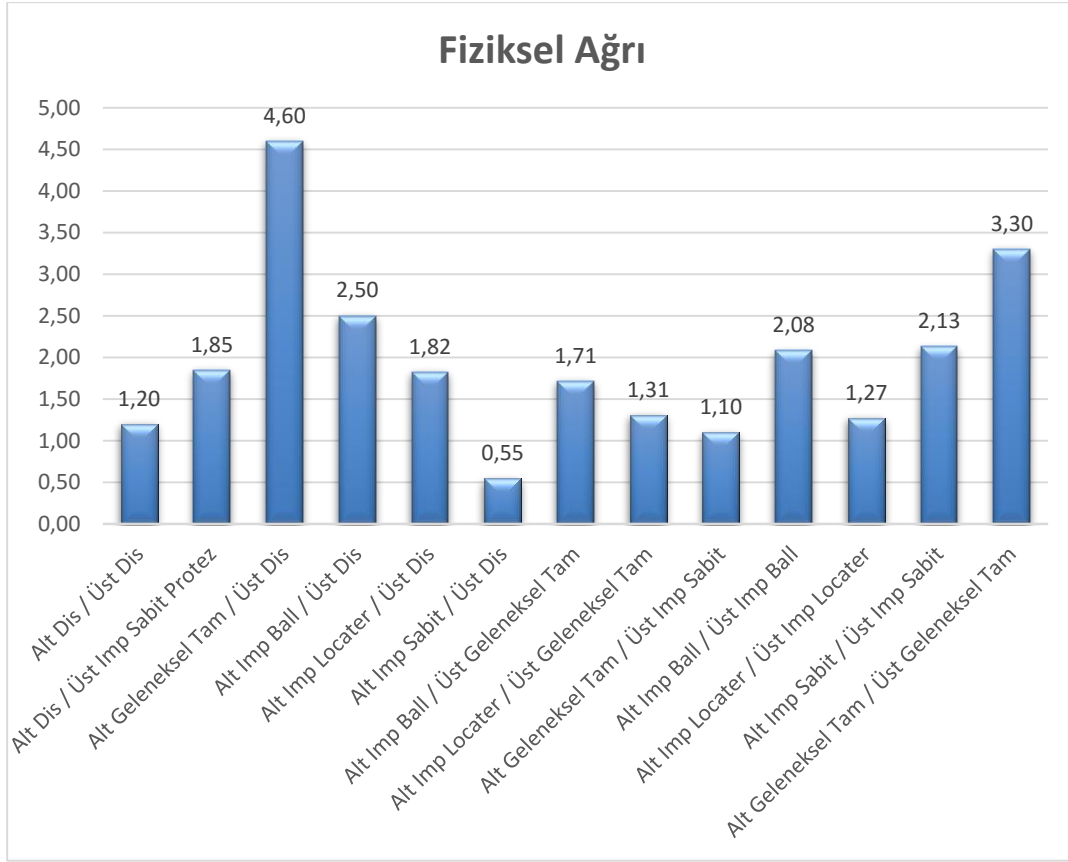
Çizelge 3.1.2. Gruplara göre OHIP- fiziksel ağrı alt ölçek puanlar

		Fiziksel ağrı		P
		Mean	Standard Deviation	
Hasta Grup	Grup 1	1,20	1,14	<0,0001
	Grup 2	1,85	1,34	
	Grup 3	4,60	0,84	
	Grup 4	2,50	1,51	
	Grup 5	1,82	1,13	
	Grup 6	0,55	0,69	
	Grup 7	1,71	0,85	
	Grup 8	1,31	1,03	
	Grup 9	1,10	0,74	
	Grup 10	2,08	0,67	
	Grup 11	1,27	0,79	
	Grup 12	2,13	1,39	
	Grup 13	3,30	0,67	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05					
		1	2	3	4	5	6
Grup 6	11	0,545					
Grup 9	10	1,100	1,100				
Grup 1	10	1,200	1,200				
Grup 11	11	1,273	1,273				
Grup 8	13	1,308	1,308				
Grup 7	28	1,714	1,714				
Grup 5	17	1,824	1,824	1,824			
Grup 2	13	1,846	1,846	1,846			
Grup 10	12		2,083	2,083			
Grup 12	47		2,128	2,128			
Grup 4	8		2,500	2,500			
Grup 13	10			3,300	3,300		
Grup 3	10				4,600		
Sig.		0,149	0,083	0,051	0,149		

Post hoc analizinin sonucuna göre Alt Geleneksel Tam/Üst dişli hastalarda fiziksel ağrı skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.2).

Şekil 3.1.2. Grupların fiziksel ağrı kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.3. Psikolojik Huzursuzluk Kategorisinin Değerlendirilme

Psikolojik Huzursuzluk parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.3).

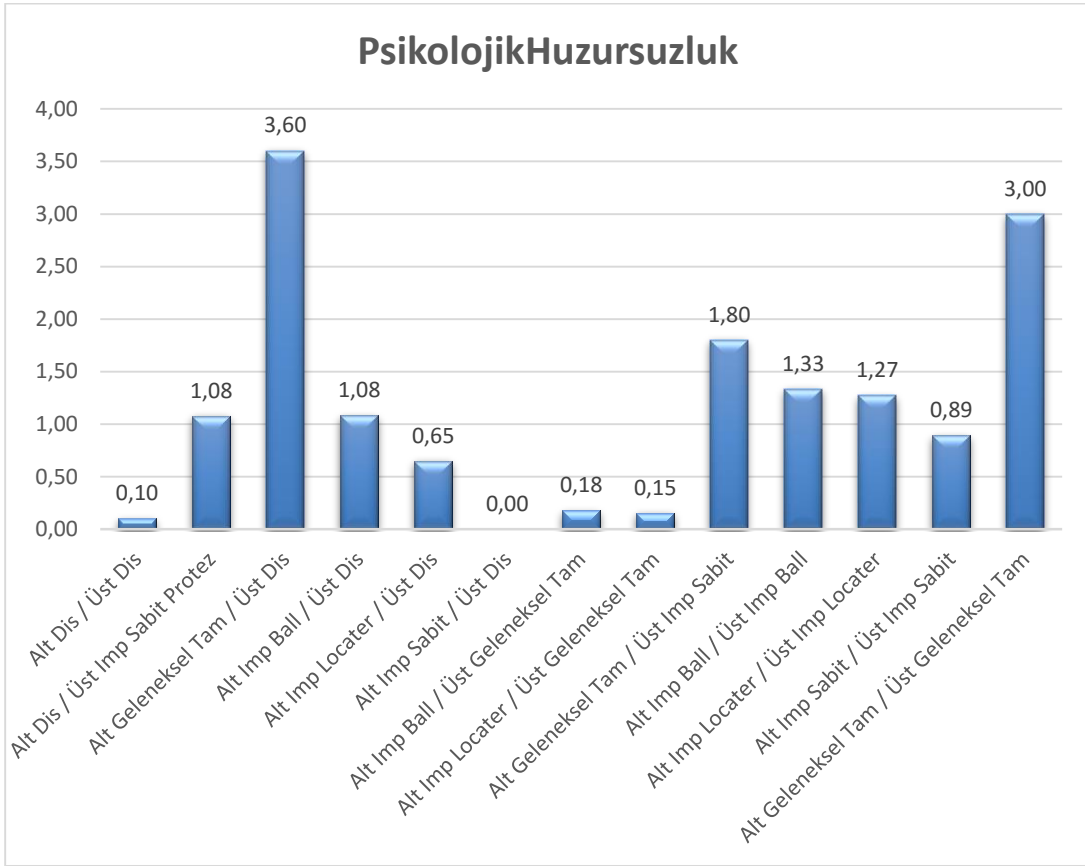
Çizelge 3.1.3. Gruplara göre OHIP- psikolojik huzursuzluk alt ölçek puanları

	Psikolojik huzursuzluk	P		
		Mean	Standard Deviation	
Hasta Grup	Grup 1	0,10	0,32	<0,0001
	Grup 2	1,08	1,12	
	Grup 3	3,60	0,97	
	Grup 4	1,08	1,08	
	Grup 5	0,65	0,93	
	Grup 6	0,00	0,00	
	Grup 7	0,18	0,61	
	Grup 8	0,15	0,38	
	Grup 9	1,80	0,79	
	Grup 10	1,33	0,89	
	Grup 11	1,27	1,27	
	Grup 12	0,89	0,81	
	Grup 13	3,00	1,25	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05				
		1	2	3	4	5
Grup 6	11	0,000				
Grup 1	10	0,100				
Grup 8	13	0,154	0,154			
Grup 7	28	0,179	0,179			
Grup 5	17	0,647	0,647	0,647		
Grup 12	47	0,894	0,894	0,894	0,894	
Grup 2	13	1,077	1,077	1,077	1,077	
Grup 4	12	1,083	1,083	1,083	1,083	
Grup 11	11		1,273	1,273	1,273	
Grup 10	12			1,333	1,333	
Grup 9	10				1,800	
Grup 13	10					3,000
Grup 3	10					3,600
Sig.		0,073	0,054	0,704	0,263	0,855

Post hoc analizinin sonucuna göre Alt Geleneksel Tam/Üst dişli ve Alt Geleneksel Tam/Üst Geleneksel Tam hastalarda fonksiyonel kısıtlılık skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.3).

Şekil 3.1.3. Grupların psikolojik huzursuzluk kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.4. Fiziksel Yetersizlik Kategorisinin Değerlendirilmesi

Fiziksel Yetersizlik parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.4).

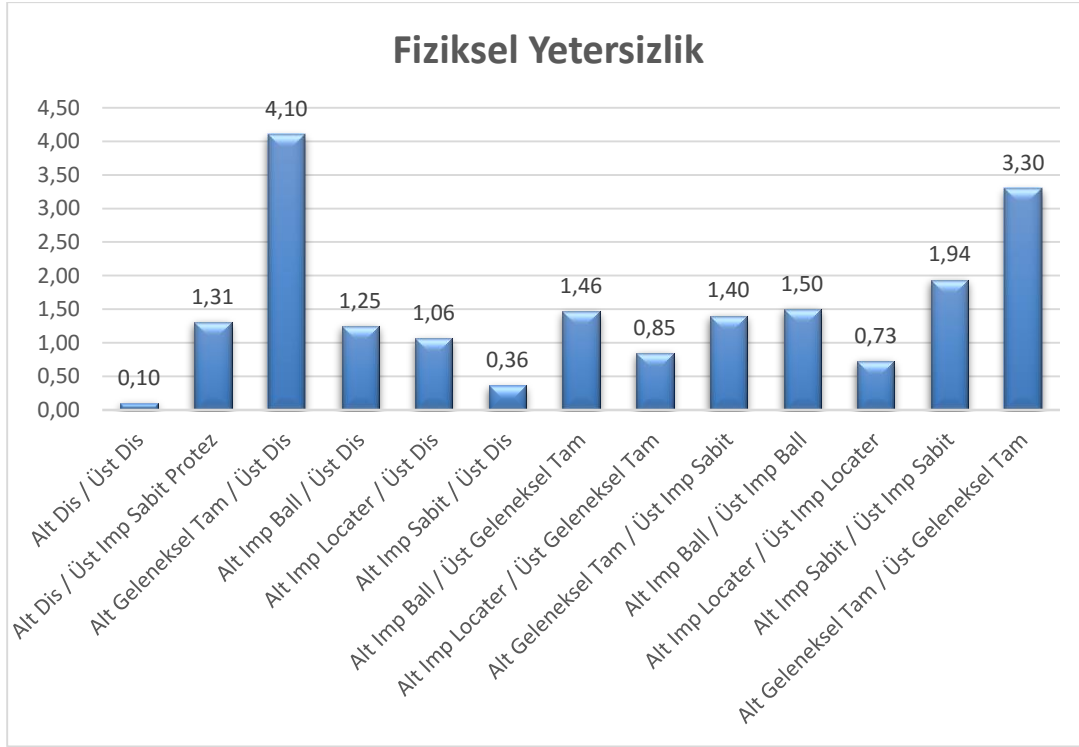
Çizelge 3.1.4. Gruplara göre OHIP- fiziksel yetersizlik alt ölçek puanları

	Fiziksel yetersizlik	P
Hasta Grup		
Grup 1	0,10	0,32
Grup 2	1,31	1,32
Grup 3	4,10	0,88
Grup 4	1,25	0,87
Grup 5	1,06	0,97
Grup 6	0,36	0,50
Grup 7	1,46	0,74
Grup 8	0,85	0,69
Grup 9	1,40	0,70
Grup 10	1,50	0,52
Grup 11	0,73	0,65
Grup 12	1,94	1,36
Grup 13	3,30	0,95

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05			
		1	2	3	4
Grup 1	10	0,100			
Grup 6	11	0,364	0,364		
Grup 11	11	0,727	0,727	0,727	
Grup 8	13	0,846	0,846	0,846	
Grup 5	17	1,059	1,059	1,059	
Grup 4	12	1,250	1,250	1,250	
Grup 2	13	1,308	1,308	1,308	
Grup 9	10		1,400	1,400	
Grup 7	28		1,464	1,464	
Grup 10	12		1,500	1,500	
Grup 12	47			1,936	
Grup 13	10				3,300
Grup 3	10				4,100
Sig.		0,090	0,145	0,089	0,674

Post hoc analizinin sonucuna göre yine Alt Geleneksel Tam / Üst Dis hastalarda psikolojik huzursuzluk skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.4).

Şekil 3.1.4. Grupların fiziksel yetersizlik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.5. Psikolojik Yetersizlik Kategorisinin Değerlendirilmesi

Psikolojik Yetersizlik parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.5).

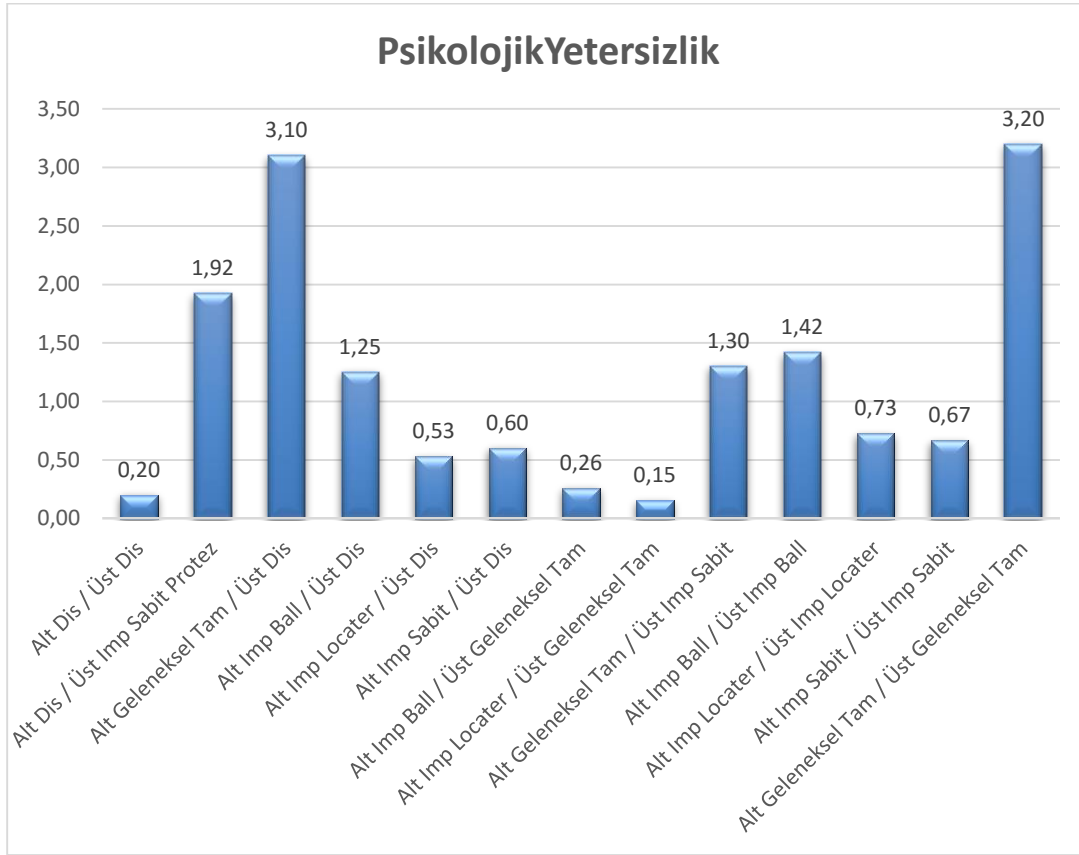
Çizelge 3.1.5 Gruplara göre OHIP- psikolojik yetersizlik alt ölçek puanları

	Psikolojik yetersizlik	p		
		Mean	Standard Deviation	
Hasta Grup	Grup 1	0,20	0,63	<0,0001
	Grup 2	1,92	1,38	
	Grup 3	3,10	0,74	
	Grup 4	1,25	1,22	
	Grup 5	0,53	0,51	
	Grup 6	0,60	0,52	
	Grup 7	0,26	0,53	
	Grup 8	0,15	0,55	
	Grup 9	1,30	0,48	
	Grup 10	1,42	0,79	
	Grup 11	0,73	0,65	
	Grup 12	0,67	0,71	
	Grup 13	3,20	1,23	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05				
		1	2	3	4	5
Grup 8	13	0,154				
Grup 1	10	0,200				
Grup 7	27	0,259	0,259			
Grup 5	17	0,529	0,529	0,529		
Grup 6	10	0,600	0,600	0,600		
Grup 12	45	0,667	0,667	0,667		
Grup 11	11	0,727	0,727	0,727		
Grup 4	12		1,250	1,250	1,250	
Grup 9	10		1,300	1,300	1,300	
Grup 10	12			1,417	1,417	
Grup 2	13				1,923	
Grup 3	10					3,100
Grup 13	10					3,200
Sig.		0,824	0,051	0,187	0,617	1,000

Post hoc analizinin sonucuna göre yine Alt Geleneksel Tam / Üst Dis ve Alt Geleneksel Tam / Üst Geleneksel Tam hastalarda psikolojik yetersizlik skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.5.)

Şekil 3.1.5. Grupların psikolojik yetersizlik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.6. Sosyal Uyumsuzluk Kategorisinin Değerlendirilmesi

Sosyal uyumsuzluk parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.6).

Çizelge 3.1.6. Gruplara göre OHIP- sosyal uyumsuzluk alt ölçek puanları

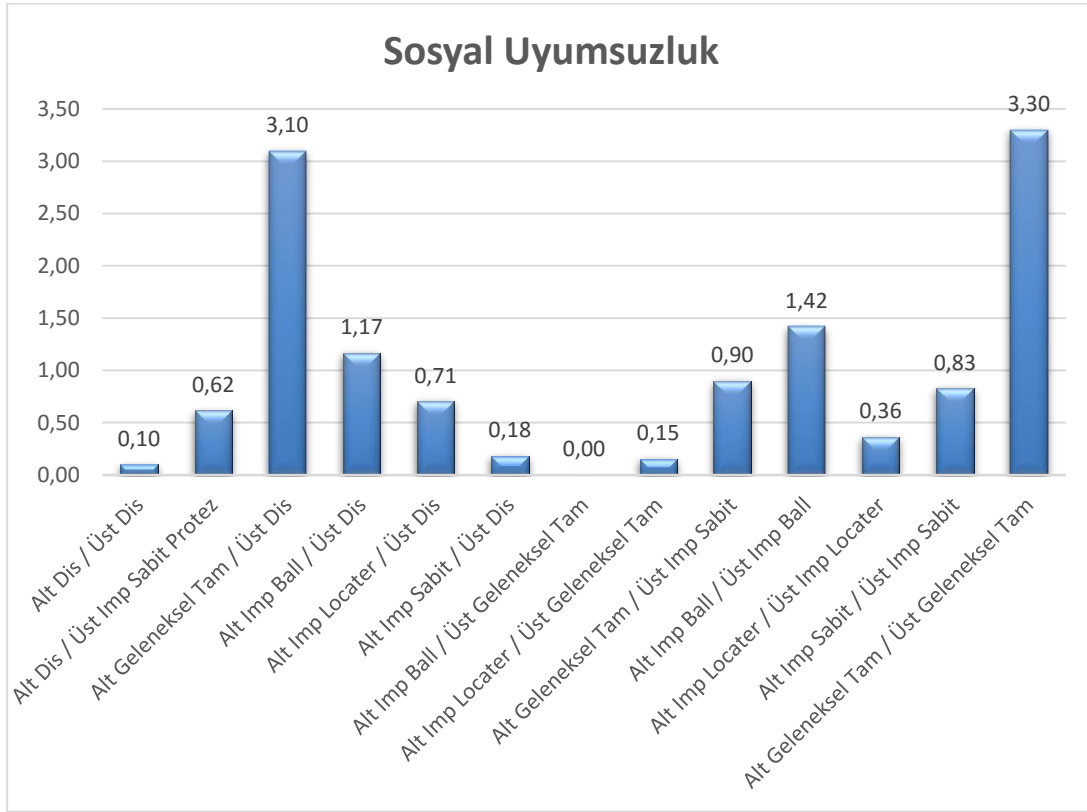
		Sosyal uyumsuzluk		P
		Mean	Standard Deviation	
Hasta Grup	Grup 1	0,10	0,32	<0,0001
	Grup 2	0,62	0,96	
	Grup 3	3,10	0,88	
	Grup 4	1,17	1,19	
	Grup 5	0,71	0,69	
	Grup 6	0,18	0,40	
	Grup 7	0,00	0,00	
	Grup 8	0,15	0,55	
	Grup 9	0,90	0,74	
	Grup 10	1,42	0,79	
	Grup 11	0,36	0,50	
	Grup 12	0,83	0,82	
	Grup 13	3,30	0,67	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05			
		1	2	3	4
Grup 7	28	0,000			
Grup 1	10	0,100			
Grup 8	13	0,154			
Grup 6	11	0,182			
Grup 11	11	0,364	0,364		
Grup 6	13	0,615	0,615	0,615	
Grup 5	17	0,706	0,706	0,706	
Grup 12	47	0,830	0,830	0,830	
Grup 9	10	0,900	0,900	0,900	
Grup 4	12		1,167	1,167	
Grup 10	12			1,417	
Grup 3	10				3,100
Grup 13	10				3,300
Sig.		0,078	0,187	0,189	1,000

Post hoc analizinin sonucuna göre yine Alt Geleneksel Tam / Üst Dis ve Alt Geleneksel Tam / Üst Geleneksel Tam hastalarda sosyal uyumsuzluk skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 1.6.)

Tüm ölçeklerin toplam skorları (Çizelge 3.1.7) ve herbir ölçeğin toplam skoru (Çizelge 3.1.8) değerlendirildiğinde, en yüksek düşük skorlar sosyal uyumsuzluk alt ölçeğinde görülmektedir.

Şekil 3.1.6. Grupların sosyal uyumsuzluk kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



3.1.7.Engellilik Kategorisinin Değerlendirilmesi

Engellilik parametresi hasta grupları arasında karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.1.9)

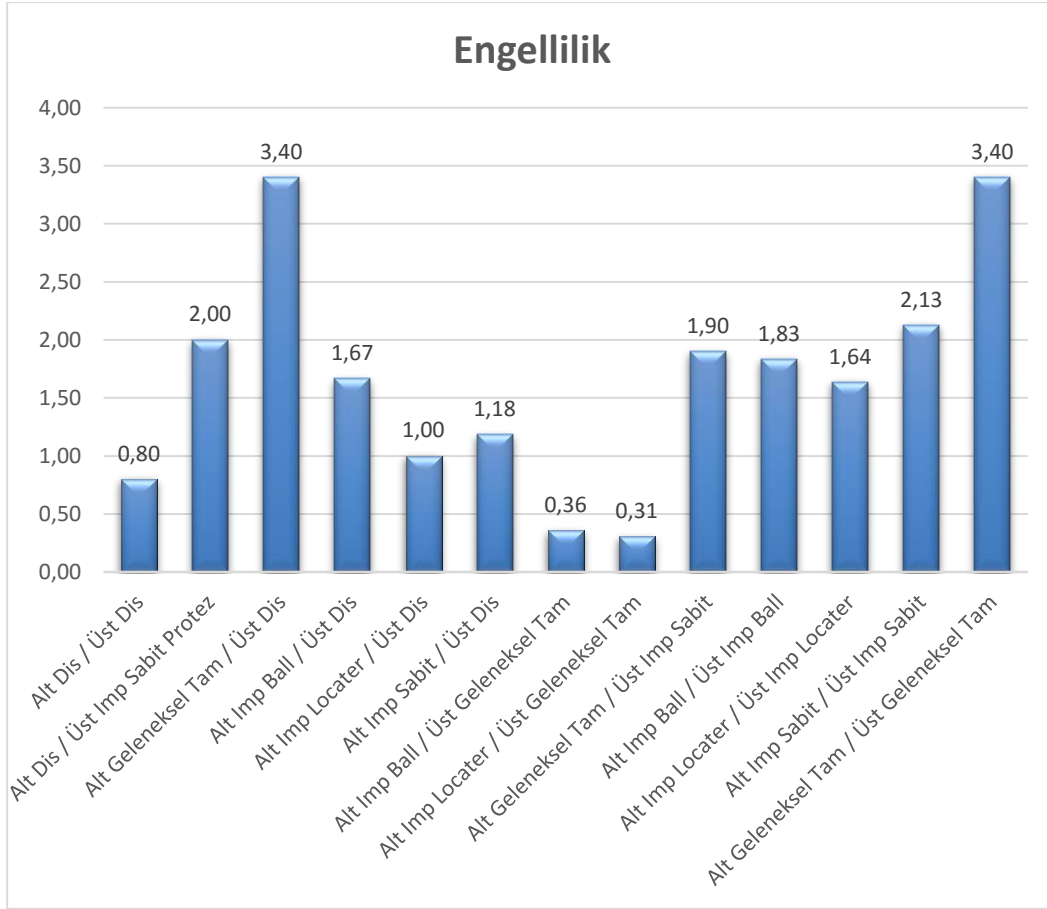
Çizelge 3.1.7. Gruplara göre OHIP- engellilik alt ölçek puanları

		Engellilik		p
		Mean	Standard Deviation	
Hasta Grup	Grup 1	0,80	1,23	<0,0001
	Grup 2	2,00	1,35	
	Grup 3	3,40	0,97	
	Grup 4	1,67	0,98	
	Grup 5	1,00	0,94	
	Grup 6	1,18	0,75	
	Grup 7	0,36	0,68	
	Grup 8	0,31	0,63	
	Grup 9	1,90	0,57	
	Grup 10	1,83	1,11	
	Grup 11	1,64	1,03	
	Grup 12	2,13	1,41	
	Grup 13	3,40	0,97	

Hasta Grup	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
Grup 8	13	0,308		
Grup 7	28	0,357		
Grup 1	10	0,800	0,800	
Grup 5	17	1,000	1,000	
Grup 6	11	1,182	1,182	
Grup 11	11	1,636	1,636	
Grup 4	12	1,667	1,667	
Grup 10	12		1,833	
Grup 9	10		1,900	
Grup 2	13		2,000	2,000
Grup 12	47		2,128	2,128
Grup 3	10			3,400
Grup 13	10			3,400
Sig.		0,075	0,092	0,057

Post hoc analizinin sonucuna göre yine Alt Dis / Üst Imp Sabit Protez Alt Imp Sabit / Üst Imp Sabit Alt Geleneksel Tam / Üst Dis Alt Geleneksel Tam / Üst Geleneksel Tam hastalarda engelli skoru diğer gruplara göre oldukça yüksektir ve tek başına diğer gruplardan farklı konumlanmıştır (Şekil 3.1.7).

Şekil 3.1.7. Grupların engellilik kategorisinde OHIP-14 skorlarının grafiksel dağılımı



Tüm ölçeklerin toplam skorları (şekil 3.1.8) ve herbir ölçeğin toplam skoru (şekil 3.1.9) değerlendirildiğinde, en yüksek düşük skorlar sosyal uyumsuzlukta görülmektedir.

Çizelge 3.1.8. Grupların toplam OHIP skorları

Gruplar	Toplam OHIP skorları
Grup 1:Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Doğal Dişli	2,6
Grup 2:Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Implant Üstü Sabit Protez	11,63
Grup 3:Alt Çene Geleneksel Tam Protez / Üst Çene Doğal Dişli	22,6
Grup 4:Alt Çene Ball Ataşmanlı Protez / Üst Çene Doğal Dişli	9,17
Grup 5:Alt Çene Locater Tutuculu Protez/ Üst Çene Doğal Dişli	5,95
Grup 6:Alt Çene Implant Üstü Sabit / Üst Çene Doğal Dişli	5,74
Grup 7: Alt Ball Ataşmanlı Protez / Üst Geleneksel Tam Protez	4,86
Grup 8: Alt Çene Locater Tutuculu Protez /Üst Geleneksel Tam	4,23
Grup 9:Alt Geleneksel Tam / Üst Implant Üstü Sabit Protez	10,5
Grup 10: Alt Ball Ataşmanlı Protez / Üst Ball Ataşmanlı Protez	12,08
Grup 11: Alt Locater Tutuculu Protez/ Üst Locater Tutuculu Protez	8,36
Grup 12:Alt Implant Üstü Sabit Protez / Üst Implant Üstü Sabit	9,7
Grup 13:Alt Geleneksel Tam Protez / Üst Geleneksel Tam Protez	22,7

Çizelge 3.1.9. Alt ölçeklere göre toplam OHIP skorları

Alt ölçekler	Toplam OHIP skorları
Fonksiyonel kısıtlılık	17,55
Fiziksel ağrı	25,42
Psikolojik huzursuzluk	15,13
Fiziksel yetersizlik	19,36
Psikolojik yetersizlik	15,33
Sosyal uyumsuzluk	9,84
Engellilik	21,62

4. TARTIŞMA

Günümüzde tam ve kısmi dişsiz hastaların implant destekli sabit protezlerle rehabilitasyonu başarı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir (Lindh ve ark., 1998).

İmplant destekli protezler geleneksel sabit veya hareketli protezlerle karşılaştırıldığında; protezin daha iyi desteklenmesi, oklüzyonun daha stabil olması, kemiğin korunabilmesi, protezin basitleştirilebilmesi, kalan dentisyonda invaziv işlemler yapılmaması, uzun dönemde ağız sağlığının korunabilmesi gibi avantajlara sahiptir (Jivraj ve Chee, 2006).

Hasta memnuniyetini; fonksiyon, rahatlık, estetik, tat alma hissi, konuşabilme yeteneği ve kendine güvenin yeniden kazandırılabilmesi oluşturmaktadır (Locker, 1998).

İmplant destekli sabit protezler bu beklentileri başarılı bir şekilde sağlayabildikleri için tam veya kısmi dişsiz hastaların tedavisinde birçok hekimin öncelikle düşündüğü tedavi seçeneği olmaktadır (DeBoer, 1993).

De Bruyn ve arkadaşları maksillada veya mandibulada implant destekli sabit protezlerle tedavi ettikleri hastalarda, protez uygulamasından 4 ay sonra ankete göre estetik, yeme komforu, fonasyon ve genel memnuniyette anlamlı artış bulmuşlardır (De Bruyn ve ark., 1997).

Kende ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında 63 hastaya tedavi öncesi ve sonrası OHIP anketi uygulayarak sabit, geleneksel hareketli bölümlü ve geleneksel tam protetik tedavilerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda sabit protezlerin hareketli protezlere, hareketli bölümlü protezlerin de tam protezlere göre olumlu sonuçlar verdiğini belirtmişlerdir (Kende ve ark., 2008).

John ve arkadaşlarının 107 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da yine OHIP anketi ile Kende ve arkadaşlarının çalışmasına benzer sonuçlar elde etmişlerdir (John ve ark., 2004).

Bizim çalışmamız da benzer şekilde sabit protez uygulanan hastaların hareketli protez uygulanan hastalara göre ağız sağlığı yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Heydecke ve arkadaşları 1996–2000 yılları arasında alt üst tam protez yaptırmış olan 249 bireye ait ortalama OHIP–14 skorlarını, fonksiyonel kısıtlanmada 4.2, fiziksel ağrıda 4.9, psikolojik rahatsızlıkta 4.0, fiziksel yetersizlikte 4.2, psikolojik yetersizlikte 3.8, sosyal yetersizlikte 3.0, handikapta 3.1 ve toplamda 27.3 olarak saptadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca en yüksek skorun fiziksel ağrı bölümünde çıktığı; alt üst tam protez kullanan hastaların çoğunun yaşam kalitelerinin ortalama düzeyde, %37'sinin ise düşük olduğu ve artırılması için başka tedavi seçeneklerine ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir (Heydecke ve ark., 2004).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde OHIP-14 alt kategorilerinde en yüksek skorlar fiziksel ağrı alanında bulunmuştur.

Yaşlılıkla birlikte meydana gelen çiğneme kaslarında tonus azalması ve çiğnerken yorulma gibi durumlar gözlenebilir. Dişlerin varlığı hastaya güvenli bir çiğneme sağlarken dişsizlikte kas atrofisi sonucunda tam protezlerin kullanımı oldukça güçleşmiştir. Aynı zamanda alt çenede dilin varlığına bağlı olarak, protezin retansiyon ve stabilizasyonunda meydana gelen azalma, çiğneme etkinliğini azaltır. Alt tam proteze ait yetersiz tutuculuk ve fonksiyon esnasında hareket gibi problemler hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Raghoobar 2000; Sierpinska 2006). Tam dişsizlikte implant uygulamaları, hastaya fonksiyon ve estetiğin sağlanmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda tam dişsiz ağızlarda implant destekli protezlerin kullanılmasının güvenilir bir yöntem olduğunu, ayrıca çiğneme etkinliğini de arttırdığını bildirilmiştir (Çehreli ve ark., 2010).

Geertman ve arkadaşları mandibular 2 implant destekli tam protez uygulanan 91 hastada sert besinlerin (biftek, havuç vs) çiğneme yeteneklerini oyladıklarında, geleneksel tam protez uygulanan hastalardan çiğneme yetenekleri anlamlı şekilde daha iyi bulunmuştur (Geertman ve ark., 1996).

İlave olarak Oliveira ve Frigerio tam protez kullanıcılarının, implant destekli tam protez kullanıcılarından yetersiz beslenmeye daha duyarlı olabildiklerini rapor etmişlerdir (Oliveira ve Frigerio, 2004).

Yapılan çalışmalarda geleneksel tam protezlerle karşılaştırıldığında implant destekli tam protezin hastaların psikolojilerinde oldukça belirgin etkilerinin olduğu savunulmaktadır (Melas ve ark., 2001).

Heydecke (Heydecke, 2002) ve yine Heydecke ve arkadaşları (Heydecke ve ark., 2003) yaptıkları çalışmada, estetik, stabilite ve konuşma yönünden implant destekli tam protezlerin, geleneksel tam protezlere oranla üstün olduğunu rapor etmişlerdir. İmplant destekli protezlerin stabilite ve retansiyon gibi fiziksel özelliklerinin artmış olmasının ve buna bağlı olarak konuşma, gülme gibi fonksiyonlarda protezin hareketinin azalmasının hastalarda estetik görünümünün devamlılığını sağladığı sonucuna bağlamışlardır.

Strassburger ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları çalışmada hastaların subjektif değerlendirmelerinin hekim için önemli bilgiler sağladığını, benzer durumların çoğu zaman hastalar tarafından yaşam kalitelerinin farklı değerlendirilmesine neden olduğunu bildirmişlerdir. Spesifik tedavi seçeneği olan implant destekli restorasyonların yaşam kalitesinde artışa neden olmasına karşılık her hastada tüm yaşam kalitesi kriterlerinde aynı

oranda artış göstermediğini bildirmişlerdir. Buna ek olarak aynı araştırmacılar geleneksel protez tedavisinin de yaşam kalitesinde benzer artış sağlayabildiğini rapor etmişlerdir (Strassburger ve ark., 2006).

Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, geleneksel tam protezlerin yaşam kalitesi ve çiğneme etkinliğini iyileştirdiğini, fakat ağrı, beklentileri karşılayamama, protezi kabullenememe gibi dezavantajlarından dolayı bazı bireylerin protezlerini kullanamadıklarını belirtmişlerdir (Silva ve ark., 2009).

Day Gates ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %90.4'ü implant destekli protezlerinin fonksiyonlarından son derece memnun olduklarını bildirmişler ve çok rahat çiğneme yapabildiklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgu benzer çalışmaların sonuçları ile uyumluluk göstermektedir (Gates ve ark., 2012).

Pjetursson ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışmalarında hastaların %70.2'si çiğneme esnasında kendi dişleri ile implant destekli protezleri arasında farkın olmadığını belirtmişlerdir. Bu sonuç, diğer çalışmaların sonuçları (%72, %92) ile benzerlik göstermektedir (Pjetursson ve ark., 2005). İmplant destekli protezler, fonasyon söz konusu olunca hastaların büyük çoğunluğunu (%95.2) tatmin etmektedirler. Benzer yüzelere (%96, %100, %94.6) diğer çalışmalarda da rastlanılmaktadır (Pjetursson ve ark., 2005). Birçok çalışmada da implant destekli tam protezlerde tedavi sonrası hastanın konuşma fonksiyonunda memnuniyetin arttığı gösterilmiştir (Kallus, 1984; Hanks ve ark., 1996).

Geleneksel mandibular tam protez grubu hastalar fonksiyonel sınırlama, ağrı, fiziksel ve psikolojik yetersizlik gibi OHIP boyutlarında implant destekli mandibular tam protez grubuyla kıyaslandığında daha yüksek skorlar göstermiştir ($p<0,05$).

Heydecke ve arkadaşlarının implant destekli ve geleneksel tam protez yapılacak olan hastalara yeni protezlerinden beklentilerini belirlemek amacıyla tedavi öncesi anket uygulayarak yaptıkları çalışmalarında, tedavi sonrası implant destekli tam protetik tedavilerin hastaların beklentilerini karşıladığı, geleneksel tam protetik tedavinin hayal kırıklığına neden olduğunu bildirmişlerdir (Heydecke ve ark., 2008).

Birçok çalışma implant destekli alt tam protezler ile tedavi edilmiş hastaların geleneksel tam protez kullananlardan daha memnun olduğunu göstermiştir (Cune ve ark., 2005).

Çalışmamızda implant destekli tam protezlerin geleneksel hareketli protetik tedavilere göre daha tatmin edici olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve elde ettiğimiz değerler de bu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

İmplantın rutin bir tedavi şekli olmasıyla birlikte, geleneksel tam protezlere bağlı birçok problem ortadan kalkmıştır (Narhi ve ark., 2001).

Torres ve arkadaşları (Torres ve ark., 2011) alt çeneye uygulanan geleneksel ve implant destekli tam protezleri hasta memnuniyeti açısından değerlendirdikleri çalışmalarında, implant destekli tam protez kullanan hastaların yaşam kalitesinin daha az etkilendiğini bulmuşlardır.

Assunção ve arkadaşları yaptıkları literatür derlemesinde, implant destekli tam protez kullanan hastalarda, geleneksel tam protezlere kıyasla hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır (Assunção ve ark., 2010).

Doundoulakis ve arkadaşlarının derlemesinde de yine implant destekli tam protez kullanan hastaların daha memnun olduklarını bildirdiği belirtilmiştir (Doundoulakis ve ark., 2003).

Allen ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, implant destekli tam protez kullanan hastaların klasik tam protezlere kıyasla memnuniyet derecelerinde ve yaşam kalitelerinde anlamlı bir artış olduğunu tespit etmişlerdir (Allen ve ark., 2006).

Tomruk ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada, implant destekli tam protez kullanan hastalar ile geleneksel tam protez kullanan hastaların protezlerin temizlenebilirlik memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İmplant destekli tam protez kullanan hastaların temizlenebilirlikten memnun olma oranları %45 iken; geleneksel tam protez kullanan hastaların memnun olma oranlarının %81 olduğu görülmüştür. İmplant destekli tam protezlerde hem protezin iç yüzeyinde hem de ağız içinde implanta ait komponentler olduğundan, plak ve gıda retansiyonuna eğilimin daha fazla olması ve temizlenebilirlik açısından hastalara zorluk çıkarmasının bu sonuca neden olmuş olabileceğini bildirmişlerdir (Tomruk ve ark., 2013).

Dişsiz alt çenede tam protez kullanımında sorunlar yaşayan hastalarda, implantların protezin tutuculuğunu ve stabilitesini arttırarak hastaların protez kullanımını kolaylaştırdığı ve yaşam kalitelerini arttırdığı çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Kallus, 1984).

Benzer şekilde mandibular implant destekli tam protezler ile tedavi edilen hastaların geleneksel protez uygulanan hastalara göre daha memnun olduklarını gösteren birçok çalışma rapor edilmiştir (Mumcu ve ark., 2006).

İmplant destekli protezlerin kullanımı yaygınlaşmış olmasına rağmen, implant tedavisinde hasta memnuniyetini inceleyen çalışma sayısı literatürde sınırlıdır (Pjetursson ve ark., 2005).

Birçok çalışma tutarlı bir şekilde implant destekli sabit protezlere pozitif cevap göstermiş, (Cibirka ve ark., 1997) fakat implant destekli tam protezleri değerlendirirken çelişen sonuçlar rapor edilmiştir (Thomason ve ark., 2003; MacEntee ve ark., 2005).

Derlenen çalışmaların çoğunda (Thomason ve ark., 2003; MacEntee ve ark., 2005) implant destekli tam protezlerle tedavi sonrasında artmış yaşam kalitesi rapor edilirken, diğer çalışmalarda (Kimoto ve Garrett, 2005; Assuncao ve ark., 2010) geleneksel tam protez ve implant destekli tam protez uygulanan hastalar arasında genel yaşam kalitesinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Çiğneme yeteneği, ASYK (Michaud ve ark., 2012) ile en iyi ilişkili protez memnuniyeti belirleyicisidir. Preciado ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada ortalama tüm memnuniyet “fiziksel ağrı”, “fonksiyonel sınırlama”, “psikolojik rahatsızlık” sorularından etkilenmiştir. Bu ASYK yı anlamlı şekilde bozan karşıt arka geleneksel tam protez kullananlarda sıklıkla gözlenmektedir (Preciado ve ark., 2012).

Maksiller implant destekli tam protezler “fiziksel ağrı” alt skalasıyla ilgili mandibular implant destekli tam protezlerden anlamlı şekilde daha yüksek etki sağlayan, daha az konforlu olarak görülürler. Bu protez dizaynı ve/veya destek dokuların karakteristiklerindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir.

İmplant destekli tam protezler çoğu hastada (%100 ve %71.3) hem estetik görünüm hem de çiğneme yeteneği artmıştır. Bu sonuçlar iki implant destekli mandibular tam protezle rehabilite edilen hastalarda çiğneme fonksiyonunda (%74.9) karşılaştırılabilir bir artışı tanımlayan Ellis ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyushmaktadır (Ellis ve ark., 2010).

Awad ve ark, mandibular iki implant destekli tam protez ve geleneksel tam protez kullanan yaşlı hastaların memnuniyeti ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesini karşılaştırmıştır. 60 dişsiz hasta rastgele 2 gruba ayrılmıştır: maksiller geleneksel tam protez kullanan hastalar ve mandibular 2 implant destekli ve ball ataşmanlı tam protez kullanan hastalar. Hastalar protezlerinin diğer özelliklerinin (konfor, stabilite, çiğneyebilme, konuşabilme, estetik ve temizleyebilme) yanı sıra genel memnuniyetlerini tedaviden önce ve 2 ay sonra değerlendirmişlerdir. Genel memnuniyet derecelerinin, tedaviden 2 ay sonra mandibular 2 iki implant destekli tam protezle tedavi edilen gruptan önemli derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Ayrıca, implant grubunda konfor, stabilite ve çiğneyebilmede oldukça yüksek değerler bulunmuştur. Bu hastalar geleneksel gruptan oldukça az ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi problemlerine sahiplerdir (Awad ve ark., 2003b).

OHIP implant destekli tam protezlerin, geleneksel tam ve hareketli bölümlü protezlerden daha iyi ASYK sağladığını göstermek için yeterli delil sağlamaktadır (Preciado ve ark., 2012). Klinik ve teknik düşünceler dışında implant bazlı protetik tedavi her zaman için ASYK ve hasta memnuniyeti seviyesi açısından incelenmelidir. İmplant destekli tam protezlerle rehabilitasyonda farklı yükleme protokollerini karşılaştırırken yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetindeki olası farklılıklarla ilişkili ileri araştırmalar yapılmalıdır. Bu görüşte, mandibular kemik yüksekliğinin protezlerin fonksiyon, çiğneme yeteneği ve konforla birlikte hasta memnuniyetini etkilediği görülmez (Preciado ve ark., 2012). Yine de kemik densitesi ve kalitesi, implant şekli, dizaynı, yüzey karakteri ve cerrahi teknik gibi diğer faktörler dikkate alınmalıdır (Preciado ve ark., 2012).

5. SONUÇ

1. Hasta alt çenesinde geleneksel tam protez kullanıyor ise üst çenenin doğal dişli yada geleneksel tam protez olmasının fark oluşturmadığı bulunmuştur.
 2. Tüm alt ölçek skorlarının toplamında en düşük skorlar alt ve üst çene doğal dişli olan vakalarda görülmüştür. Dolayısıyla hiçbir protetik tedavi uygulanmamış alt-üst her iki çene doğal dişli olan vakalarda ASYK en yüksek bulunmuştur.
 3. İkinci en iyi ASYK'nin ise Alt çene locater tutuculu tam protez ve üst çene geleneksel tam proeze aittir. Dolayısıyla bu grup, sabit implant üstü protezlere göre daha iyi sonuçlar vermiştir.
 4. Tüm alt ölçekler arasında toplamda en yüksek skorlar fiziksel ağırlık alt ölçeğinde bulunmuştur.
 5. Tüm alt ölçekler arasında toplamda en düşük skorlar sosyal uyumsuzluk alt ölçeğinde bulunmuştur.
 6. Üst çene geleneksel tam protez olan vakalarda locater tutuculu hareketli protezlerde yaşam kalitesi ,ball ataşmanlılara göre daha yüksek bulunmuştur.
 7. Alt-Üst her iki çenede implant üstü hareketli olan vakalarda, locater tutucular ball ataşmanlılardan daha yüksek ASYK göstermiştir.
 8. Alt Çene Doğal Dişli / Üst Çene Implant üstü Sabit Protez ve Alt Çene Implant Üstü Sabit Protez / Üst Çene Doğal Dişli vakalar karşılaştırıldığında Alt Çene Implant Üstü Sabit Protez / Üst Çene Doğal Dişli grubun yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.
 8. Alt çenede implant üstü hareketli protez uygulandığında üst çenenin de protetik tedavi görmüş olması yaşam kalitesi sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir.
- Çalışmamızda elde edilen veriler ışığında, protetik restorasyon tipinin ve lokasyonunun hastaların yaşam kalitelerini etkilediği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

AKBOYUN N. (2011) Periodontal hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

- AKÇA, K. (1998). Mandibuler Kennedy I ve II vakalarında uygulanan implant destekli sabit protezlerde kemigin farklı bukko-lingual açılanmasından kaynaklanan streslerin üç boyutlu sonlu elemanlar stres analiz yöntemi ile araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara.
- AKÇA K, AKKOCAOĞLU M, CÖMERT A, TEKDEMİR I, ÇEHRELİ MC. (2007). Bone strains around immediately loaded implants supported mandibular overdentures in human cadavers. *Int J Oral Maxillofac Implants*;22:101-109.
- AKYOL, AD.: (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi*.9(3): 71-76
- ALLEN PF. (2003a). Assesment of oral health related quality of life. *Health and quality of life outcomes*; 1(40): 1-8.
- ALLEN PF, MCMILLIAN AS, LOCKER D. (2001a). An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*; 29: 175-82.
- ALLEN PF, MCMILLAN AS, WALSHAW D. (2001b). A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures. *J Prosthet Dent*;85(2):141-7.
- ALLEN F, LOCKER D. (2002). A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*;15(5):446-50.
- ALLEN PF, MCMILLAN AS. (2003) A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res.*; 14 (2): 173-9.
- ALLEN PF, THOMASON JM, JEPSON NJ, NOHL F, SMITH DG, ELLIS J. (2006) A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures. *J Dent Res.*;85(6):547-51.
- ALP H. (2013) Tam ve kısmi dişsizlik halinde uygulanan ve farklı şekillerde yüklenen implantların uzun dönemde yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara
- ARSLAN, Ş., KUTSAL, G. Y., (1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(4); Ankara, 173-178.
- ASSUNÇÃO WG, BARÃO VA, DELBEN JA, GOMES EA, TABATA LF. (2010). A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literature review. *Gerodontology*;27:154-162.
- ATCHISON KA, DOLAN TA. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*, 54(11):680-687.
- AWAD MA, LOCKER D, KORNER-BITENSKY N, FEINE JS. (2000) Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res.*; 79 (9): 1659-63.
- AWAD MA, LUND JP, SHAPIRO SH, LOCKER D, KLEMETTI E, CHEHADE A ve ark. (2003a). Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont*;16(4):390-6.
- AWAD MA, LUND JP, DUFRESNE E ET AL. (2003b) Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont*; 16: 117-122.

- BAKKE M, HOLM B, GOTFREDSEN K. (2002) Masticatory function and patient satisfaction with implant-supported mandibular overdentures: a prospective 5-year study. *Int J Prosthodont*;15(6):575-81.
- BAŞARAN S, GÜZEL R, SARPEL T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma*;20: 55-63.
- BATENBURG RHK, MEIJER HJA, RAGHOEBAR GM, Vissink A. (1998). Treatment concept for mandibular overdentures supported by endosseous implants: a literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants*;13:539- 45.
- BEATON DE, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ MB. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*; 25(24): 3186-91.
- BERGNER M, BOBBITT RA, CARTER WB, GILSON BS. (1981) The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*;19(8):787-805.
- BERGNER, M. (1987). Quality of Life, Health Status and Clinical Research, *Medical Care*, 27(3): 148-156.
- BOERRIGTER, E.M., STEGENGA, B., RAGHOEBAR, G.M, VE BOERING, G. (1995). Patient satisfaction and chewing ability with implant retained mandibular overdentures: A comparison with new complete dentures with or without preprosthetic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53, 1173-1995.
- BRANEMARK PI. (1985). Introduction to osseointegration. İçinde: Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editörler. *Tissue-Integrated Prostheses. Osseointegration in Clinical Dentistry*. Chicago: Quintessence Pub Co Inc; 11-14. BREEDING, L.C., DIXON, D.L., SADLER, J.P., MC KAY, M.L. (1995). Mechanical considerations for the implant tooth supported fixed partial denture, *Journal of Prosthetic Dentistry*, 74, 487-492.
- CİMPRİCH B, PATERSON AG. (2002). Health-related quality of life: conceptual issues and research applications (Chapter 5) In: Inglehart MR, Bangramian RA. *Oral Health Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago:47-54.
- CUNNINGHAM SJ, HUNT NP. (2001). Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.*; 28(2): 152-8.
- CUSHING AM., SHEIHAM A., MAIZELS J., (1986). Developing socio- dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dental Health*, 3; 3-17.
- ÇAKIR O. (2011). Tam ve kısmi dişsiz hastalarda geleneksel protezler ve implant destekli protezlerin ağız sağlığı yaşam kalitesine ve genel sağlık yaşam kalitesine olan etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- ÇANKAYA, M.Ö. (2005). Alt çene total dişsizlik vakalarında implant destekli protez uygulamalarında, implantların farklı lokalizasyonlarda yerleştirilmesinin ve farklı üst yapılarının kullanılmasının kemikteki kuvvet dağılımına etkisinin sonlu elemanlar stres analiz yöntemi ile incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
- ÇEHRELİ, M.C., KARASOY, D., KÖKAT, A.M., AKÇA, K. VE ECKERT, S. (2010). A systematic review of marginal bone loss around implants retaining or supporting overdentures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 25, 266-277.
- ÇELİK GU. (2006). Implantların farklı açılarda yerleştirildiği mandibuler overdenture vakalarında ortaya çıkan streslerin in vitro değerlendirmesi. Doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

- DAVIS DM, ROGERS OJ, PACKER ME. (1996). The extent of maintenance required by implant-retained mandibular overdentures: A 3-year report. *Int J Oral Maxillofac Implants*;11:767-74.
- DEBOER J. (1993). Edentulous implants: overdenture versus fixed. *J Prosthe Dent*; 69: 386-390.
- DE BRUYN H, COLLAERT B, LINDÉN U, BJÖRN AL.(1997). Patient's opinion and treatment outcome of fixed rehabilitation on Brånemark implants. A 3-year follow-up study in private dental practice. *Clin Oral Implants Res*;8: 265-71.
- DOUNDOULAKIS JH, ECKERT SE, LINDQUIST CC, JEFFCOAT MK. (2003) The implant- supported overdenture as an alternative to the complete mandibular denture. *J Am Dent Assoc*;134(11):1455-8.
- ELLIS JS, ELFEKY AF, MOYNIHAN PJ, SEAL C, HYLAND RM, THOMASON M. (2010). The impact of dietary advice on edentulous adults' denture satisfaction and oral health related quality of life 6 months after intervention. *Clinical Oral Implants Research* 21:386-91.
- ERKİLİNÇ F. Ö. (2009). Dental İmplant Uygulanan Hastaların Ağız Sağlığı İle İlgili Yaşam Kalitelerinin Ölçülmesi, Yaşam Kalitesinin İmplantların Klinik Sağlık Durumu İle İlişkisinin Değerlendirilmesi ve Osseopersepsiyon Fenomeninin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul.
- ESER E. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan İzmir.
- ESER, E.(2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim*.1(2): 1 -5.
- ESER E, DİNÇ G, CAMBAZ S ve (2007). EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örneği. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. İzmir: Meta Basımevi; p. 78.
- FEINE, J.S., DUFRESNE, E., BOUDRIAS, P. VE LUND, J.P. (1998). Outcome assessment of implant-supported prostheses. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 79, 575-579.
- FEINE JS, CARLSSON GE, AWAD MA, CHEHADE A, DUNCAN WJ, GIZANI S (2002a). The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two- implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Int J Oral Maxillofac Implants*;17(4):601-2.
- FEINE, J.S., CARLSSON, G.E, AWAD, M.A., CHEHADE, A., DUNCAN, W.J., GIZANI, S. VE ARK. (2002). The Gerodontology Association, 19, 3-4.
- FERNANDES MJ, RUTA DA, OGDEN GR, PITTTS NB, OGDEN SA. (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34:53-62.
- FLOYD, P., PALMER, R. VE BARRET, V. (1999). Treatment planning for implant restorations. *British Dental Journal*, 187:297-305.
- GATES W. DAY III, COOPER L.F., SANDERS A.E., RESIDE G.J., KOK I.J (2012). The Effect Of İmplant-Supported Removable Partial Dentures On Oral Health Quality Of Life. *Clin. Oral Impl. Res.*1-7.
- GEÇKİLİ O., (2007). İki Farklı İmplant Yüzeyinin Kemik İçi Stabilite Ve Krestal Kemik Kayıpları Üzerine Etkilerinin; İki Farklı Abutment Tipinin Hasta Memnuniyetlerinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi. İstanbul.
- GEÇKİLİ O., BILHAN H., MUMCU E., DAYAN Ç., YABUL A., TUNCER N. (2012). Comparison of patient satisfaction, quality of life, and bite force between elderly edentulous patients wearing mandibular two implant-supported overdentures and conventional complete dentures after 4 years. *Spec Care Dentist* 32(4): 136-141.

- GEÇKİLİ O, BİLHAN H, BİLGİN T. (2011) İmpact of mandibular two-implant retained overdentures on life quality in a group of elderly Turkish edentulous patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 53:233-6.
- GEERTMAN ME, VAN WASS MAJ, VAN'T HOF MA ET AL.(1996). Denture satisfaction in a comparative study of implant-retained mandibular overdentures: a randomized clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants*; 11: 194–200.
- GENG JP, TAN KBC, LIU GR. (2001).Application of finite element analysis in implant dentistry: A review of the literature. *J Prosthet Dent*;85: 585-98.
- GULIZIO MP, AGAR JR, KELLY JR, TAYLOR TD. (2005). Effect of implant angulation upon retention of overdenture attachments. *J Prosthodont*;14:3-11.
- GÜL E.B. (2009). Farklı açılarda yerleştirilen implantlarla desteklenen barlı tutucularda kemikteki gerilme dağılımının incelenmesi. Gazi Üniversitesi.Doktora Tezi. Ankara.
- HANKS CT, WATAHA JC, SUN Z. (1996). In vitro models of biocompatibility: a review. *Dent. Mater.* 12: 186-193.
- HEYDECKE G. (2002). Patient-based outcome measures: oral health-related quality of life. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 112(6): 605-11.
- HEYDECKE G, KLEMETTI E, AWAD MA, LUND JP, FEINE JS. (2003). Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular implant overdentures and conventional dentures. *Int J Prosthodont*;16:307–12.
- HEYDECKE G, TEDESCO LA, KOWALSKI C, Inglehart MR. (2004). Complete dentures and oral health-related quality of life. do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol.*;32(4):297-306.
- HEYDECKE G, THOMASON JM, LUND JP, FEINE JS. (2005). The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults: results from a randomized trial 2 months after treatment. *J Dent.*;33: 649–657.
- HEYDECKE G, THOMASON JM, AWAD MA, LUND JP, FEINE JS. (2008). Do mandibular implant overdentures and conventional complete dentures meet the expectations of edentulous patients? *Quintessence Int.* 39(10):803-9.
- HULTİN, M. KOMİYAMA A, KLİNGE B.(2007). Supportive therapy and the longevity of dentalimplants: a systematic review of the literature. *Clin Oral Impl. Res.* 18(3);50-62.
- HUNT PR, GARTNER JL, NORKIN FJ. (2005) Choice of a dental implant system. *Compend Contin Educ Dent.*;26(4):239-40.
- JIVRAJ S, CHEE W.(2006). Rationale for dental implants. *Br Dent J*; (24):661-5.
- JOHN MT, SLADE GD, SZENTPETERY A, SETZ JM. (2004). Oral health-related quality of life in oatients treated with fixed, removable and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont*; 17(5):503-11.
- KALLUS T. (1984). Evaluation of the toxicity odenture base polymers after subcutaneous implantation in guinea pigs. *J. Prosthet. Dent.* 52: 126-134.
- KAWAI Y, TAYLOR JA. (2007) Effect of loading time on the success of complete mandibular titanium implant retained overdentures: a systematic review. *Clin Oral Impl. Res.*18,;399-408.
- KENDE D, SZABO G, MARADA G, SZENTPETERY A. (2008). Impact of prosthetic care on oral health related quality of life. *Fogorv Sz*; 101(2): 49-57.
- KİMOTO K, GARRETT NR. (2005). Effects of mandibular ridge height on patients' perceptions with mandibular conventional and implant-assisted overdentures. *Int J Oral Maxillofac Implants*; 20: 762–768.

- KLINE R, HOAR J, BECK GH. (2002). A prospective multicenter clinical investigation of a bone quality based dental implant system. *Implant Dent*; 11: 224-234.
- KRESSINE NR, REISINE S, SPIRO III A, JONES JA. (2001) Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol.*; 29: 412-23.
- LEAO A, SHEIHAM A. (1995). Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res*, 74(7): 1408-1413.
- LEAO A. (1993) The development of measures of dental impacts on daily living. PhD Thesis, University College London, England.
- LEE CK, AGAR JR. (2006). Surgical and prosthetic planning for a two-implant-retained mandibular overdenture: A clinical report. *J Prosthet Dent*;95:102-05.
- LINDH T, GUNNE J, TILLBERG A, MOLIN M. (1998). A meta analysis of implants in partial edentulism. *Clin Oral Implants Res*;9:80-90.
- LOCKER D. (1988). Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dent Health*;5(1):3-18.
- LOCKER D. (1998). Patient-based assessment of the outcomes of implant therapy: a review of the literature. *Int J Prosthodont*; 11:453-61.
- LOCKER D., (2004). Oral Health and Quality of Life. *Oral Health Preventive Dentistry*, 247-253.
- MACENTEE MI, WALTON JN, GLICK N. (2005). A clinical trial of patient satisfaction and prosthodontic needs with ball and bar attachments for implant-retained complete overdentures: Three-year results. *J Prosthet Dent*; 93:28-37.
- MCGRATH C, BEDI R. (2004). A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res.*; 13(4): 813-8.
- MCGRATH C, BEDI R. (2002) Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *Br Dent J.*;193(9):521- 4.
- MEIJER HJ, STARMANS FJ, STEEN WH, BOSMAN F. (1994). Locations of implants in the interforaminal region of the mandible and the consequences for the design of the superstructure. *J Oral Rehabil*;21:47-56.
- MEIJER HJA, RAGHOEBAR GM, VAN'T HOF MA, VISSER A. (2004).A controlled clinical trial of implant-retained mandibular overdentures: 10 years' result of clinical aspects and aftercare of IMZ implants and Branemark implants. *Clin Oral Impl Res*;15:421-27.
- MELAS F, MARCENES W, WRIGHT PS. (2001). Oral health impact on daily performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants*.16(5):700-12.
- MERICSKES- STERN R, TAYLOR TD, BELSER U. (2000). Management of the edentulous patient. *Clin Oral Impl Res*;11:108-125.
- MERICSKES- STERN R, GRÜTTER L, RÖSCH R, MERICSKES E. (2001). Clinical evaluation and prosthetic complications of single tooth replacement by nonsubmerged implants. *Clin Oral Impl Res*; 12: 309-318.
- MISCH CE (1995). Early crestal bone loss etiology and its effect on treatment planning for implants, *Post Grad Dent* 2(3): 3-17.
- MISCH, C.E. (1999) Prosthetic options in implant dentistry, In; *Contemporary Implant Dentistry*, Ed, Misch C.E. Second Ed, Mosby Inc, St Louis.
- MISCH CE. (2005a) Generic root form terminology. İçinde: Misch CE, editör. *Dental Implant Prosthetics* St. Louis: Mosby;. pp. 32-42.
- MISCH CE. (2005b) *Dental implant prosthetics*. Mosby Inc, St. Louis,105-141.
- MISCH, C.E. (2005c). *Contemporary Implant Prosthetics*. St. Louis: Mosby Elsevier.

MISCH CE. (2005d). An organized approach to treatment options for mandibular implant overdentures. İçinde: Misch CE, editör. *Dental Implant Prosthetics* St. Louis: Mosby;. pp. 206-27.

MISCH CE. (2005e). Mandibular implant overdentures design and fabrication. İçinde: Misch CE, editor. *Dental Implant Prosthetics*. St Louis: Mosby;. Pp.228-51.

MÍCHAUD PL, De GRANDMONT P, FEİNE JS, EMAMİ E. (2012). Measuring patient based outcomes: İs treatment satisfaction associated with oral health-related quality of life? *Journal of Dentistry*;40:624-31.

MUMCU G, INANC N, ERGUN T, IKIZ K, GUNES M, ISLEK U VE ARK. (2006). Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behcet's disease. *Oral Dis*;12(2):145-51.

MUMCU E., BİLHAN H., GEÇKİLİ O. (2012). The effect of attachment type and implant number on satisfaction and quality of life of mandibular implant-retained overdenture wearers. *Gerodontology*,29: 618–623.

NAERT I, ALSAADI G, QUIRYNEN M. (2004). Prosthetic aspects and patient satisfaction with two-implant-retained mandibular overdentures: a 10- year randomized clinical study. *Int J Prosthodont*;17(4):401-10.

NAERT I, QUIRYNEN M, THEUNIERS G, VAN STEENBERGHE D. (1991) Prosthetic aspects of osseointegrated fixtures supporting overdentures. A 4-year report. *J Prosthet Dent*;65:671-80.

NAERT I, KOUTSIKAKIS G, DUYCK J, QUIRYNEN M, JACOBS R, VAN STEENBERGHE D. (2000). Biologic outcome of single implant restorations as tooth replacements: a long term follow up study. *Clin Implant Dent Relat Res*; 2(4):209- 18.

NAITO M, YUASA H, NOMURA Y, NAKAYAMA T. (2006). Oral health status and health related quality of life: a systematic review. *J of Oral Science*; 48(1): 1-7.

NARHİ TO, HEVİNGA M, VOORSMIT RA, KALK W. (2001). Maxillary overdentures retained by splinted and unsplinted implants: a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants*;16:259-266.

NUTTALL NM, STEELE JG, PINE CM, WHITE D, PITTS NB. (2001). The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J*;190(3):121-6.

DE OLIVEİRA TRC, FRİGERİO MLMA. (2004). Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology*; 21: 205–220.

PINAR, R., (1995) *Diyabetes Mellitüs'lü Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Ekileyen Faktörlerin İncelenmesi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*

PJETURSSON BE, KAROUSSİS İ, BÜRGİN W, BRÄGGER U, LANG NP. (2005). Patients' satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res*;16(2):185-93.

PRECIADO A, DELRİO J, SUARES- GARCİA MJ, MONTERO J,LYNCH CD, CASTİLLO-OYAGUE R (2012). Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *Journal of Dentistry*.40:857-65.

RAGHOEBAR, G.M., MEIJER, H.J.A., STEGENGA, B., VAN'T HOF, M.A., VAN OORT, R.P. VE VISSINK, A. (2000). Effectiveness of three treatment modalities for the edentulous mandible. *Clinical Oral Implants Research*, 11, 195-201.

SADOWSKY, S.J. (1997). The implant-supported prosthesis for the edentulous arch: Design considerations. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 78: 28-33.

SADOWSKY JS. (2001). Mandibular implant- retained overdentures: A literature review. *J Prosthet Dent*;86:468-73.

SADOWSKY SJ, CAPUTO AA.(2000). Effect of anchorage systems and extension base contact on load transfer with mandibular implant-retained overdentures. *J Prosthet Dent*; 84: 327-34.

SAGESEN HLEM. (2000). İçi Boş Silindir (Hollow Cylinder) İmplant Destekli Overdenture'larda İki Üst Yapı Türünün Kemikteki Gerilme Dağılımına Etkileri Doktora Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi.

HAFIE HR. (2007).Principles of attachment selection. Icinde Shafie HR, editor. *Clinical and Laboratory manual of implant overdentures*. Oxford: Blackwell; Pp 31-6.

SHIFMAN A, MARSHAK B. (1994). İmplant-retained mandibular overdentures: Asimplified, cost-effective treatment approach. *Quintessence Int*; 25:825-28.

SLADE GD., (1997). Derivation and validation of a short form Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 25:284- 290.

SLADE GD.(2002). Assesment of oral health-related quality of life (Chapter 4) In: Inglehart MR, Bangramian RA. *Oral Health Realted Quality of Life*. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago: 29-45.

SLADE GD, SPENCER AJ.(1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*,: 11(1): 3-11.

SLADE GD, STRAUSS RP, ATCHİSON KA, KRESSİN NR, LOCKER D, REİSİNE ST. (1998). Conference summary: Assessing oral health outcomes - measuring health status and quality of life. *Community Dent Health*, 15:3-7.

STELLINGSMA C, VISSINK A, MEIJER HJ, KUIPER C, RAGHOEBAR GM. (2004). Implantology and the severely resorbed edentulous mandible. *Crit Rev Oral Biol Med* 15(4):240-8.

STELLINGSMA K, SLAGTER AP, STEGENGA B, RAGHOEBAR GM, MEIJER HJ. (2005). Masticatory function in patients with an extremely resorbed mandible restored with mandibular implant-retained overdentures: comparison of three types of treatment protocols. *J Oral Rehabil*;32(6):403-10.

STEWART AL, HAYS RD, WARE JE JR. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care*;26(7):724-35.

STRAUSS RP, HUNT RJ. (1993) Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc*, 124(1):105-110.

STRASSBURGER C, KERSCHBAUM T, HEYDECKE G. (2006). Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: A literature review. Part 2: Qualitative analysis and evaluation of the studies. *Int J Prosthodont*. Jul; 19(4):339-48.

SVETLIZE CA, BODEREAU EF. (2004) Comparative study of retentive anchor systems for overdentures. *Quintessence Int* 35:443-48.

THOMASON JM, LUND JP, CHEHADE A (2003). Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery. *Int J Prosthodont*; 16: 467–473.

TOMRUK C. Ö., ÖZKURT Z., ŞENÇİFT K.,KAZAZOĞLU E..(2013). İmplant destekli overdenture ve klasik tam protezlerin hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması. *Cumhuriyet Dent J*;16(1):8-19.

TORRES B. L. M., COSTA F. O., MODENA C.M., COTA L. O. M., CORTES M. I. S., SERAIDARIAN P. I. (2011). Association between personality traits and quality of life in patients treated with conventional mandibular dentures or implant-supported overdentures. *Journal of Oral Rehabilitation* 38; 454–461.

TUBERT-JEANNIN S, RIORDAN PJ, MOREL-PAPERNOT A, PORCHERAY S, SABY-COLLET S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(4):275-84.

- TUNALI B. (2000) Multi-Disipliner Bir Yaklaşım Oral Implantoloji. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- TÜZÜN EH, EKER L. (2003). Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum: 13-16.
- ULUSOY M, AYDIN K. (2003). Diş Hekimliğinde Hareketli Bölümlü Protezler. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; S: 13-15.
- VAN KAMPEN FMC, VAN DER BILT A, CUNE MS, BOSMAN F. (2002). The influence of various attachment types in mandibular implant-retained overdentures on maximum bite force and EMG. J Dent Res;81:170-73.
- VAN KAMPEN FM, VAN DER BILT A, CUNE MS, FONTIJN-TEKAMP FA, BOSMAN F. (2004). Masticatory function with implant-supported overdentures. J Dent Res;83(9):708-11.
- VISSER A, RAGHOEBAR GM, MEIJER HJA, BATENBURG RHK, VISSINK A. (2005). Mandibular overdentures supported by two or four endosseous implants.: A 5-year prospective study. Clin Oral İmplant Res; 16: 19- 25.
- WISMEIJER D, VAN WAAS MAJ, VERMEEREN JIJF, MULDER J, KALK W. (1997). Patient satisfaction with implant-supported mandibular overdentures. A comparison of three treatment strategies with ITI-dental implants. İnt J Oral Maxillofac Surg;26:263-67.
- WRIGHT PS, WATSON RM.(1998). Effect of prefabricated bar design with implant-stabilized prostheses on ridge resorption: a clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants;13:77-81.
- WRIGHT PS. (2006) Two implants for all edentulous mandibles. Br Dent J 200(8); 469.
- WRİGH, R., SAND, P., LİVİNGSTONE G.,(1966) Psysiological stress during hemodialysis for chronic renal failure, Annals of İnternal Medicine, 64,3 611-620.
- YAVUZYILMAZ, H., ULUSOY, M.M., KEDİCİ, P.S., KANSU, G. (2003). Protetik Diş Tedavisi Terimleri Sözlüğü. Türk Prostodonti ve İmplantoloji Derneği Ankara Şubesi Yayınları Sayı:1. Birinci Baskı Ankara.
- YILDIRIM, Y.K., (2002a) Dizyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi),Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- YILDIRIM A. (2002b). Health related quality of social life. Gülhane Tıp Dergisi, 44(4): 480-485.
- ZITZMANN UN, MARINELLO PC. (2002) A review of clinical and technical consideration for fixed and removable implant prostheses in the edentulous mandible. Int J Proshodont; 15: 65-72.
- ZITZMANN, N.U. VE MARINELLO, C.P. (2000). Treatment of fixed or removable implant- supported prostheses in the edentulous maxilla. Part 1: Patient's assesments. Jpurnal of Prosthetic Dentistry, 83, 424-433.

EKLER

EK-1. Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14)

EK-2. Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-3. Etik Kurul Kararı ve Oluru

Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14)

Lütfen her sorunun altındaki kutucuklardan size uygun olanı işaretleyiniz:

1. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kelimelerin telaffuzunda güçlük çektiniz mi?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

2. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden tat alma duyunuzun bozulduğunu hissettiniz mi?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

3. Ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

4. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden herhangi bir yiyeceği yemekte problem yaşadınız mı?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

5. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden güven problemi yaşadınız mı?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

6. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler nedeniyle kendinizi sınırlı hissettiniz mi?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

7. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden beslenmenizde yetersizlik yaşadığınız oldu mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

8. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler nedeniyle yemeğinizi yarıda bıraktınız mı?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

9. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kendinizi rahat hissetmekte zorlandınız mı?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

10. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden kendinizi zor durumda/mahçup hissettiğiniz oldu mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

11. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden diğer insanlara karşı sınırlı/alıngan olduğunuz oldu mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

12. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden günlük işlerinizi yapmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

13. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden genel olarak hayatınızı daha az memnun edici bulduğunuz oldu mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

14. Dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili problemler yüzünden tamamen iş göremez oldunuz mu?

a. Hiçbir zaman **b.** Nadiren **c.** Ara sıra **d.** Sık sık **e.** Çok sık

**TC İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ
FAKÜLTESİ**

PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ AD

**“TAM DIŐSİZ HASTALARDA PROTETİK RESTORASYON
TİPİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ” İSİMLİ TEZ
ÇALIŞMASI**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Tam Dişsiz Hastalarda Protetik Restorasyon Tipinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” isimli çalışma bir araştırma olup, araőtırmanın amacı tam dişsiz hastaların protetik tedavilerinin yaşam kaliteleri üzerine etkilerini araştırmaktır.

Araştırma retrospektif bir çalışmadır. Protetik tedavi görmüş tam dişsiz hastalara, ilgili yaşam kalitesi anketleri uygulanması planlanmaktadır. Bu amaçla, OHIP-14 ölçeğinin kullanılacaktır.

Gönüllüye uygulanacak herhangi bir tedavi bulunmamaktadır. Söz konusu tez çalışmasında seçilecek bireyler zaten protetik tedavi görmüş hastalardır. Kurumumuzda hastalara sadece yaşam kalitesi anketleri uygulanacaktır.

Gönüllü alınan kayıtların söz konusu araştırma için kullanılmasını kabul ediyorsa klinik muayeneye özgü kurallara uymak ile sorumludur.

Gönüllünün, araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araőtırmayla ilgili herhangi bir yan etki hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceğii kişiler aőağıda belirtilmiştir.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğeri sağlık otoriteleri gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan ulaşabileceklerdir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu imzalamakla söz konusu erişime izin vermekteyim.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğı gizli kalacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü zamanında bilgilendirilecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aőağıda

adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak, herhangi bir cezaya ve yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkımı kaybetmeksizin, araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmada, tedavim sırasında alınan kayıtların tez araştırması için kullanılmasını kendi rızamla kabul ediyorum.

Çalışma Yapılacak Araştırmacı

Araştırma Danışmanı

Gönüllü

Adı Soyadı:

Arş. Gör. Dt. Hilal EKŞİ

Prof. Dr. Erman B.TUNCER

Tarih:

İmza:



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-480.2/012

06.03.2015

Konu : Karar Hk.

Sn. Arş. Gör. Hilal EKŞİ
İstanbul Aydın Üniversitesi
Protetik Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

04.03.2015 tarihinde gerçekleşen "Klinik Araştırmalar Etik Kurul" toplantısında alınan karar gereği;
"Protetik Restorasyon Tipinin Total Dişsiz Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi ve Yaşam Kalitesi Sonuçlarının Sentrik ilişki, Dikey, Boyut ve Oklüzyon tipi ile ilişkilendirilmesi" isimli dosyanız uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Şölen GÜNAL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Hilal

Soyadı: EKŞİ

Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy 10/02/1990

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekâr

İletişim Adresi ve Telefonu: Cem Sultan Sok. 6/9/İstanbul Tel: 05348792303

II- Eğitim

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
Uzmanlık Eğitimi 2013

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 2008-2013

Bahçelievler Dede Korkut Anadolu Lisesi 2004-2008

Hoca Ahmet Yesevi İlkokulu 1996-2004

Yabancı Dil: İngilizce

III- Ünvanları

Araştırma Görevlisi Diş Hekimi – 2013

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Estetik Diş Hekimliği Akademisi Derneği

