



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatih Burak ALPASLAN

ANTALYA, 2017



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatih Burak ALPASLAN

ANTALYA, 2017



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatih Burak ALPASLAN

Tez Danışmanları: Prof. Dr. Hakan YAMAN

Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

ANTALYA, 2017

TEŞEKKÜR

Tez araştırmamın planlanması ve yürütülmesi esnasında vermiş olduğu desteklerden, uzmanlık eğitimim boyunca yapmış olduğu katkılardan dolayı değerli danışman hocam Prof. Dr. Hakan YAMAN'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez yazım aşamasında desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve katkılarını her aşamada gösteren Dt. Şerife AK'a,

Tez araştırmasının her kademesinde yardımlarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarım Dr. Abdullah TEKSAN'a, Dr. Florije MEŞELİ'ye, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez araştırması sırasında yardımcı olan Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Hayatımın her aşamasında sevgi ve desteğini esirgemeyen, hep yanımda olan aileme ve biricik anneme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kısaltmalar Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
Çizelgeler Dizini	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.2. Yaşlılık ve Sağlık	4
2.3. Yaşlıda Ağız Ve Diş Sağlığı	4
2.3.1. Geriatrik Orofasiyal Değişimler	4
2.3.2. Yaşlılarda Sık Karşılaşılan Ağız-Diş Hastalıkları	7
2.3.3. Beslenme Bozukluklarına Bağlı Problemler	14
2.3.4. Yaşlıda Ağız Hijyeni	15
2.3.5. Yaşlıda Ağız Muayenesi	16
2.3.6. Yaşlıda Acil Müdahale Gerektiren Dental Problemler	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Etik Kurul ve İzinler	22
3.2. Araştırma Bölgesi	22
3.3. Araştırma Evreni	22
3.3.1. Araştırmaya Kabul Kriterleri	22
3.3.2. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	23
3.4. Araştırmanın Tipi	23
3.5. Araştırmanın Uygulanma Şekli	23
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları	23

3.6.1. Sosyo-demografik Anket ve Tıbbi Öykü Anketi	23
3.6.2. Diş Hekimi Muayenesi Anketi	24
3.6.3. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği	24
3.6.4. Diş Taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT)	24
3.7. İstatistiksel İncelemeler	24
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri	25
4.2. Hastaların Alışkanlıkları	30
4.3. Hastalık Öyküsü	31
4.4. Hastaların Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bulgular	36
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR	55
7. ÖZET	59
8. ABSTRACT	60
9. KAYNAKLAR	61
10. EKLER	70
Ek 1. Etik Kurul Kararı	70
Ek 2. Aydınlatılmış Onam	71
Ek 3. Sosyo-demografik Anket	74
Ek 4. Tıbbi Öykü Anketi	75
Ek 5. Diş Hekimi Muayenesi Anketi	76
Ek 6. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği	76
Ek 7. Diş Taraması İçin Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı	77

KISALTMALAR DİZİNİ

ADSÖ	:	Ağız Diş Sağlığı Ölçeği
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention
DM	:	Diyabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
FTR	:	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
HT	:	Hipertansiyon
ISCO	:	International Standard Classification of Occupations
İŞKUR	:	Türkiye İş Kurumu
MAKS	:	Maksimum
MİN	:	Minimum
OHAT	:	The Oral Health Assessment Tool
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
SS	:	Standart Sapma
TME	:	Temporomandibuler Eklem
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜİK MEDAS	:	Türkiye İstatistik Kurumu Merkezi Dağıtım Sistemi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
4.1.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	25
4.2.	Hastaların Cinsiyete Göre Yaş Gruplarının Dağılımı	26
4.3.	Hastaların Eğitim Durumları	26
4.4.	Hastaların Eğitim Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	27
4.5.	Hastaların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	28
4.6.	Hastaların Medeni Durumları	28
4.7.	Hastaların Mesleklerinin Dağılımı	29
4.8.	Hastaların Sigara Kullanma Durumu	30
4.9.	Hastaların Alkol Kullanma Durumu	31
4.10.	Hastaların Kendi Beyanlarına Göre Genel Sağlık Düzeyleri	32
4.11.	Cinsiyete Göre Kronik Hastalık Sayıları	33
4.12.	Erkek Hastaların Beden Kitle İndeksleri	36
4.13.	Kadın Hastaların Beden Kitle İndeksleri	36
4.14.	Hastaların Kendi Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Düşünceleri	38
4.15.	Hastaların Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Gitme Durumları	38
4.16.	Hastaların Diş Tedavisi İhtiyaçları Olup Olmaması Sorusuna Verdikleri Yanıt	39
4.17.	Hastaların Genel Olarak Ağız-Diş Sağlığı	40
4.18.	Hastalara Uygulanması Gereken Diş Tedavileri	43
4.19.	Ağız-Diş Sağlığı Ölçeği Sonuçları	45

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
2.1. Diş Hekimi Konsültasyonu Gerektiren Durumlar	17
4.1. Hastalarda Görülen Kronik Hastalıklar	34
4.2. Hastaların Cinsiyete Göre Beden Kitle İndeksleri	35
4.3. Hastaların Kendi Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Düşünceleri	37
4.4. Hastaların Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Gitme Durumları	38
4.5. Hastaların Diş Tedavisi Gereksinimleri Hakkındaki Düşünceleri	39
4.6. Hastaların Genel Olarak Ağız-Diş Sağlığı	40
4.7. Hastalara Uygulanması Gereken Diş Tedavileri	43
4.8. Yaşlıların Ağız Ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımları	44
4.9. Ağız-Diş Sağlığı Ölçeği (ADSÖ) Puan Durumu	44
4.10. Ağız-Diş Sağlığı Ölçeği Sonuçları	44
4.11. OHAT Toplam Puanı	46

1. GİRİŞ

Sanayi devrimi sonrası hızla gelişen bilim ve teknoloji insanların yaşamını kolaylaştırmıştır. Tıp bilimi de bu gelişmeye paralel olarak ve bu gelişmenin ürünlerinden yararlanarak hastalıklarla savaşında büyük başarılar kazanmıştır. Genç ölümlerin ve doğurganlık oranının azalması toplumların demografik yapısını değiştirmeye başlamıştır. Önce gelişmiş ülkelerde başlayan nüfusun yaşlanması günümüzde tüm ülkelerin sorunu olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında %12 olan 60 yaş üzeri kişilerin oranının 2050 yılında ikiye katlanarak %22 olması beklenmektedir (1). 2050 yılında yaşlı kişilerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı beklenmektedir (1).

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013-2075 yılları için yaptığı nüfus projeksiyonlarına göre 2023'te 8,6 milyon olan yaşlı nüfus (65 ve üzeri yaştakiler) 2050'de 19,5 milyona, 2075'te ise 24,7 milyona çıkacaktır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2023'te %10,2'ye 2050'de %20,8'e, 2075'te %27,7'ye yükselecektir (2).

Tüm dünyayı ilgilendiren bu nüfus değişimi, tıp dünyasını bakım ihtiyacının fazla olduğu yaşlılık dönemine yöneltmiştir. Yaşlı nüfusun artan gereksinimlerine yönelik çözüm arayışı pek çok disiplini ilgilendirmektedir. Ortaya çıkan gereksinim ile birlikte geriatri ayrı bir tıp disiplini olarak ortaya çıkmış, giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (3). Yaşlı sağlığı ile ilgilenen disiplinler arasında hem geniş kitlelere ulaşabilen hem de toplumun rahatlıkla ulaşabileceği mesafede olan aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Yaşlı hastalar aile hekimliği sağlık hizmeti uygulamasında gittikçe artan oranda yer almaya başlamışlardır. Pek çok sağlık sorununa sahip olma potansiyeli olan yaşlı hastaların bakımı ve izlemi giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (4).

DSÖ'ne göre yaşlanan nüfus ile birlikte kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere ruhsal hastalıklar artmaktadır (5). Bu hastalıkların çoğu kötü beslenme, sigara içme, bedensel hareket azlığı gibi sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle ortaya

çıkılmaktadır. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi için sağlıklı beslenme her yaşta önemli olmakla birlikte yaşlılık döneminde daha da önem kazanmaktadır. Bu dönemde ağız ve diş sağlığı sağlıklı beslenmeyi önemli oranda etkilediği için özel dikkat gerekmektedir.

Yaşlanma ile birlikte orofasiyal bölgedeki değişimler multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Yaşlıların tedavilerini ve rutin kontrollerini yapan hekimler, hastalarına ağız sağlığına dikkat etmeleri konusunda danışmanlık vermelidirler.

Yaşlanma ile birlikte diş kaybında artış, salya akış hızında azalma, ağız mukozasında ve çiğneme kaslarında atrofi meydana gelmektedir (6). Bu değişiklikler yaşlının çiğneme fonksiyonunda ve dolayısıyla beslenmesinde sorunlara neden olmaktadır. Beslenmenin bozulmasının birçok hastalığa zemin hazırlaması nedeniyle yaşlanmayla birlikte ağız ve çevresinde meydana gelen değişiklikler yaşlı hastalara bakım veren hekimler için büyük önem taşımaktadır (7).

Bu çalışmada; yaşlı bireylerin ağız-diş sağlığının durumuna, ileri diş hekimi değerlendirmesi gereksinimine ve yapılması gereken tedavilere, aile hekimleri tarafından dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma, ergenlik döneminden sonra belirsiz bir anda başlayan, yaşam boyu devam eden, önlenmesi günümüzde mümkün olmayan kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik bir gerilemedir (3).

DSÖ'nün tanımına göre yaşlılık “çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalmasıdır” ve 65 yaş ve üzeri kişiler ‘yaşlı’ olarak kabul edilmektedir (8).

Yaşlılık gerontolojik ve kronolojik ve açıdan üç evreye ayrılmaktadır:

1. 65-74 yaş (genç yaşlı yaşlı): Yaşa bağlı değişimlerin başlamasının beklendiği yaş.
2. 75-84 yaş (orta yaşlı yaşlı): Yaşa bağlı değişimlerin görüldüğü yaş.
3. 85 ve üstü yaş (yaşlı yaşlı): Özel bakım gerektiren yaş (8).

Yaşlanma hızı, kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Farklı genetik özelliklere sahip, birden fazla hastalığı olan, çok ilaç kullanan, farklı eğitim ve sosyo-ekonomik düzeylerdeki yaşlı bireyler arasında yaşlanma süreci de farklı boyutlarda gerçekleşmektedir (8).

Yaşlanma; moleküler yaşlanma, hücrel yaşlanma, doku ve organ yaşlanması, bireysel yaşlanma ve geniş anlamda toplumsal yaşlanma olarak incelenebilir. Biyolojik yaşlanma zamana bağlı olarak hastalık söz konusu olmaksızın bireyin anatomi ve fizyolojisinde oluşan değişimlerdir. Bu değişimler bireyden bireye farklılık gösterir (9, 10). Biyolojik ve kronolojik yaş birbiri ile aynı olmayabileceği gibi vücuttaki organların biyolojik yaşı da farklı olabilir. Yaşlanma süreci ile birlikte oluşan fonksiyonel değişiklikler normal koşullar altında vücut fonksiyonlarını etkilemeden, stres durumlarında devreye giren yedek kapasitenin azalmasını etkiler niteliktedir. Fizyolojik yaşlanma sonucu bu değişimlerle birlikte, yetersizlikler ve bozukluklar da görülmektedir. Özellikle kardiyak, pulmoner, renal, merkezi sinir sistemi ve immun işlevlerde sürekli bir azalım ve buna bağlı olarak çeşitli hastalıkların gelişmesi söz konusudur (9, 11).

Yaşlanmayı etkileyen dört neden saptanmıştır:

1. Verimli bir işten yoksun kalmak, pasif kalmaya zorunlu olmak
2. Fiziksel gücün zayıflaması ve bedensel yakınmaların ortaya çıkması
3. Eğlenceden yoksunluk, yaşamın zevk veren deneyimlerinden ve sevinçlerinden vazgeçmek veya bunların dışında bırakılmak
4. Ölümün yaklaştığının bilincinde olmak (12).

2.2. Yaşlılık ve Sağlık

DSÖ sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları genetik, yaşam biçimi, sosyal ve fiziksel çevre biyolojik yaşlanmaya bağlı değişiklikler gibi etmenlerin etkileşimi sonucu şekillenmektedir. Bu etmenlerin kontrolü ya da değiştirilmesi ile yaşlanma süreci olumlu yönde etkilenebilmektedir. Bu etmenlerin hepsi olmasa bile birçoğu ya doğrudan girişimlerle ya da bu girişimlerin dolaylı etkileri ile önlenabilir ya da daha sağlıklı bir yönde değiştirilebilir (13).

2.3. Yaşlıda Ağız Ve Diş Sağlığı

2.3.1. Geriatrik Orofasiyal Değişimler

Yaşlanma oral kavitede yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açar. Sert dokularda meydana gelen değişiklikler diş kayıpları, aşınma, çürükler, restorasyonlar, periodontal problemler olarak ortaya çıkmaktadır (14). Yumuşak dokularda meydana gelen değişiklikleri ise oral mukozada görülen enfeksiyöz lezyonlar, tükürük bezlerindeki değişiklikler, ağız kuruluğu, ağız yanması sendromu, sistemik hastalıklarla ilgili olarak kullanılan ilaçların yan etkileri, kullanılan proteze bağlı olarak gelişebilen durumlar ve prekanseröz lezyonlar olarak gruplandırılmaktadır (6).

Ağız ve diş sağlığının bozulması ağız bakımının yetersiz olmasına, sistemik hastalıklara, bazı ilaç kullanımlarına veya uygunsuz beslenmeye bağlı olarak meydana gelmektedir (15). Bir kısır döngü olarak çene kaslarında ve dilde

kas gücünün azalması, tükürük salgısında azalma da çiğnemeyi ve yutmayı olumsuz etkileyerek beslenmeyi bozmaktadır (14).

Ağızdaki dokularda meydana gelen değişiklikler aşağıdaki şekilde gruplandırılarak açıklanmaktadır.

Dişlerde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte dişlerde çeşitli yapısal değişiklikler meydana gelmektedir. Bunlara bağlı olarak dişlerin görünümünde de genç yaştaki görünümüne göre farklılıklar oluşmaktadır (16). Minede meydana gelen fizyolojik aşınmalar (atrizyon) sonucu dental ark boyu ve dişlerin kron boyu kısalmakta; minenin altında yer alan dentin dokusu açığa çıkmaktadır. Dentin dokusundaki değişimlerle (sekonder dentin oluşumu ve dentin tübüllerinin tıkanması) birlikte dişlerin renginde koyulaşmalar görülmektedir (17). Odontoblastlar, yaşam boyu sekonder dentin sentezlemektedir. Bu durum da pulpa odası ve kanallarında daralmaya yol açmaktadır (18). Tübüllerin tıkanması, dentin dokusundaki hassasiyeti önemli derecede azaltmaktadır (14, 18, 19).

Yaşla birlikte pulpada kollajen lif sayısı artarken ve pulpaya giren damar, sinir ve lenfatikler azalmaktadır (20). Bunlara paralel olarak pulpanın tamir kapasitesinde de klinik açıdan önemli boyutlarda azalma görülmektedir (20, 23).

Yaşlanmayla beraber sementte oluşan en önemli değişiklik kalınlaşmadır. Sementte matriks depozisyonu ve kalsifikasyonu, sekonder dentin yapımı yaşam boyu sürmektedir (22). Hipersementoz yaşlı bireylerde sık görülmektedir ve hipersementozlu dişlerin çekimi, klinik açıdan problem yaratmaktadır (14, 18, 20, 24).

Yaşlanmayla birlikte diş kayıplarında artış görülmektedir (25,26). En erken mandibuler molar dişler sonra sırasıyla maksiller, molar ve premolar dişler kaybedilmektedir. Mandibuler kaninler genellikle en geç kaybedilen dişlerdir (20, 26, 27).

Kemikte Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte kemiklerde kalsifiye doku azalır, sonuç olarak porozite meydana gelir (28). Yaşlıda arteriosklerotik değişikliklere veya diş kaybına bağlı olarak hem maksillada ve hem de mandibulada kan akımı azalmaktadır (28).

Diş kayıpları ve protez kullanımına bağlı dengesiz kuvvet dağılımı çene kemiklerindeki rezorpsiyonu arttırmaktadır. Kemik kaybı mandibulada, maksillaya kıyasla dört kat daha fazladır (23). Dişsiz mandibulada vertikal boyut azalır. Bu duruma bağlı olarak, perioral kasların kontrolü azalır, koronoid çıkıntı küçülür, mandibula daha öne doğru yer değiştirir. Protez kullanmayan yaşlı hastalarda bu durum, yüzde ve dudaklarda çöküntüye, ağızda büzülmeye ve dudak köşelerinden başlayan kırışıklıklara neden olmaktadır. Ayrıca, mandibuler rezorpsiyon sonucu mandibuler kanal daha superior bir konum almakta ve foramen mentale açığa çıkmaktadır. Bu durumda ağrı ve paresteziler oluşabilir (24). Bu nedenle alt çene protezlerinde bazı değişiklikler yapılması gerekebilmektedir. Alveoler kemik rezorpsiyonu sonucu maksilla hacim olarak küçülür ve maksiller sinüs ağız mukozasına yaklaşır (25). Aşırı maksiller kemik rezorpsiyonu sonucu palatal kemik ve alveoler kret tamamen düzleşebilir (14, 18, 20, 26, 29).

Periodonsiyumda Meydana Gelen Değişiklikler

Periodonsiyum; dişeti, sement, alveoler kemik ve periodontal ligamentten oluşur. Yaşlanmayla birlikte periodontal ligamentin kalınlığı azalır (30). Dişeti ve periodontal ligamentte hücre sayısı, mitotik aktivite, kollajen lifler ve kollajen sentezi azalır (31).

Yaşlı bireylerde sıklıkla dişeti çekilmesi görülür. Buna bağlı olarak, dişlerin klinik kron boyu uzar ve ağız ortamına açılmış olan sement tabakası çevresel faktörlerden etkilenir (14, 29).

2.3.2. Yaşlılarda Sık Karşılaşılan Ağız-Diş Hastalıkları

Periodontal Hastalıklar

Yaşlanmayla birlikte periodontal hastalıkların sıklık ve şiddetinde artış görülmektedir (27, 32). Bu durum çok sayıda diş kaybına neden olmaktadır (33). Ancak, ağız bakımı iyi olan yaşlı bireylerde periodontal hastalık görülme oranı daha düşüktür (34).

Kök Çürükleri

Yaşlıda yaygın olarak rastlanan periodontal doku kaybı sonucu, kök çürüklerinin oluşumu da artar. Diş kökleri; sement ve dentinin yapısal özellikleri sebebiyle diş kronlarına kıyasla, mekanik etkilere daha dayanıksızdır (35). Kök çürükleri, dişleri bant şeklinde çevrelediği gibi, bazen de derin dentin dokularına doğru ilerleyerek diş kırıklarına neden olmaktadır (14).

Ağız Kuruluğu

Yaşla birlikte tükürük müsinöz bir özellik kazanmaktadır. Bu duruma bağlı olarak bakteriyel plak birikimi ve dolayısıyla çürük ve/veya periodontal hastalık riski artmaktadır (36).

Ağız kuruluğu, mukozal dokuların mekanik irritasyonlara karşı direncinde azalmaya neden olduğundan yaşlıda ağız ülserlerine sık rastlanmaktadır (34). Ayrıca, yetersiz tükürük sekresyonu sonucu, protetik restorasyonların tutuculuğu azalmakta ve bu duruma bağlı olarak hastaların çiğneme, yutkunma ve konuşma fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir (34, 35).

Ağız kuruluğu dilde de bazı değişikliklere yol açmaktadır. Dilin üzerinde yiyecek artıklarından oluşan bir tabaka birikmesi tat cisimciklerini etkileyerek tat alma duyusu azalmaktadır (35). Ağız kuruluğu ayrıca dil papillalarında atrofiye neden olmakta ve yanma, kaşıntı ve ağrıya yol açmaktadır. Tükürüğün mekanik temizleme ve nemlendirici etkisi azaldığı için ağızda özellikle kandida tipi enfeksiyonlar görülebilmektedir (36).

Ağız kuruluğunun yaşlıda malnütrisyonu da neden olduğu düşünülmektedir (14, 34).

Motor Bozukluklar

Yaşlanmaya bağlı değişiklikler oral motor performansı etkileyebilmektedir. En sık bildirilen oral motor bozukluk, çiğneme fonksiyonu ile ilgilidir (37).

Yaşlıda çiğneme bozukluklarına neden olan faktörler:

- Diş kayıpları
- Çürük veya kırık dişler
- Periodontal problemi olan dişler
- Atrizyon sonucu düzleşmiş diş düzeyleri
- Hatalı dental restorasyonlar
- Bruksizm
- Nöromusküler sorunlar
- Ağızın yumuşak ve sert doku lezyonları
- Temporomandibuler eklem sorunları
- Ağız dokularını etkileyen sistemik hastalıklardır (32).

Çiğneme bozuklukları, genellikle, çiğneme fonksiyonuna önemli katkısı olan premolar veya molar dişlerin eksikliğine bağlı olarak meydana gelmektedir. Atrizyon da çiğneme bozukluklarına yol açmaktadır (37).

Kötü yapılmış protezler çiğneme fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlıda beslenme bozuklukları, yetersiz sıvı alınımlı, ilaç kullanımı, tükürük bezlerinin fonksiyonel bozuklukları ve ağız kuruluşuna neden olan sistemik hastalıklar sonucu stomatit tablosu geliştiğinde yanma ve ağrı nedeniyle hastaların çiğneme fonksiyonu bozulmaktadır (38). Yaşlı bireylerde, ağız kuruluşuna bağlı olarak hareketli protezlerin tutuculuğu azalır ve etkin bir çiğneme fonksiyonu yapılamaz (39). Yutma fonksiyonu da normal yaşlanma sürecinden etkilenmektedir. Yutma süreci uzamakta ve bu sırada gereksiz ve alışılmamış hareketler görülmektedir. Konuşma yaşlanmadan en az etkilenen fonksiyondur. Yaşlıda görülen konuşma değişiklikleri, ağız dokularından ziyade laringeal dokularla ilişkilidir (40, 41, 42).

Temporomandibuler Eklem Sorunları

Yaşlanmaya bağlı olarak ağız yapılarında ortaya çıkan değişiklikler, zaman içinde temporomandibuler eklemi de etkileyerek, bazı yapı ve fonksiyon değişikliklerine neden olmaktadır (42). Temporal kemikte, glenoid çukurun derinleşmesi veya artiküler çıkıntının düzleşmesi gibi olaylar, dejeneratif değil adaptif değişikliklere bağlı olarak meydana gelmektedir. İlerleyen yaşla birlikte artiküler disk incelirken eklem yüzeylerinde düzleşme ve nodüler tarzda kalsifikasyonlar ortaya çıkmaktadır (7, 42). Yaşlıda artiküler disk ile kondüler hareketlerin uyumsuzluğuna bağlı olarak, ağzın açılması sırasında hafiften şiddetliye değişen sesler duyulabilir. Yaşlı bireylerde travma sonucu mandibuler subluksasyon veya dislokasyon kolay gelişmekte, ayrıca incelenmiş bulunan kondüler yapıda kırıklara rastlanabilmektedir. TME'de ankiloz, genellikle şiddetli mekanik travmaları takiben oluşan piyojenik enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir (7).

Yaşlıda diş sayısı azaldıkça, TME sorunları artmaktadır (42). Hatalı dental restorasyonlar, çiğneme kaslarında aşırı gerilim ve gevşemeler ile bruksizm gibi faktörler de dişlerin okluzal yüzeylerinde değişiklikler yaratarak, alt ve üst çene dişlerinin kapanış pozisyonundaki ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu durum TME'de kronik travmaya ve dolayısıyla miyofasiyal ağrı ve işlevsizlik sendromunun gelişmesine yol açmaktadır (32, 42). Çiğneme kaslarında ağrı olduğu için mandibuler hareketlerde kısıtlılık olur, ancak klinik ve radyolojik olarak eklemde organik bir bozukluk görülmeyebilir. Dış kulak yolundan yapılan eklem muayenesinde hassasiyet yoktur (32). Uygun olmayan Toplam protez kullanan hastaların %75'inde TME disfonksiyonu tespit edilmiştir (42). Dejeneratif bir eklem hastalığı olan osteoartrit, TME'de krepitasyon, hassasiyet, ağrı ve nadir olarak da hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Poliartiküler romatoid artrit vakalarının %20'sinde TME tutulumu nedeniyle eklemdeki inflamasyon sonucu alt çene hareketleri kısıtlanmaktadır (43). Costen sendromu tam dişsiz yaşlı bireylerde ağzın aşırı kapanması sonucu ortaya çıkar (44). Kondil tepesinin arka-üst doğrultuda yer değiştirmesi ile baş ağrısı, baş dönmesi, kulak ağrısı, kulak çınlaması ve dilde yanma gibi belirtiler görülmektedir (7).

Mukozal Lezyonlar

Ağız sağlığı, bütünlüğü bozulmamış bir ağız mukozası ile mümkündür. Mukoza, altındaki dokuları enfeksiyon, kimyasal, termal ve mekanik travmalar ile kuruluk gibi zararlı etkilere karşı koruyan bir dokudur (42, 43). Yaşla birlikte ağız mukozası incelmekte, düzleşmekte ve kuruluk başlaması nedeniyle mukozanın mekanik irritasyonlara karşı direnci azalmaktadır. Yaşlıda arterioskleroza ve kapiller dolaşımın azalmasına bağlı olarak, mukozada soluk bir görünüm ortaya çıkmakta ve yara iyileşmesi de gecikmektedir (42, 43, 44).

Yaşın ilerlemesi ile dilde filiform papillalar kaybolmakta, yanma hissi başlamakta ve tat cisimcikleri, dolayısıyla tat alma duyusu azalmaktadır (42, 43, 44). Yaşlanmaya bağlı olarak ağız mukozasında görülen lezyonlar, genellikle sistemik hastalıkların ağız bulgularına, beslenme bozukluklarına, ilaçların yan etkilerine ve oral enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir (45). Ayrıca, travmatik yaralanmalar da görülebilir (46). İlaç kullanımı, mukozada kuruluğa, kanamalı lezyonlara, doku büyümelerine, likenoid veya hipersensitivite reaksiyonlarına neden olabilmektedir (47). Yaşlı hastada, ağız mukozasında görülen deskuamasyon veya vezikülobüllöz lezyonlar, ilaç kullanımına sekonder olarak gelişebilmektedir (42).

Protez Stomatiti: Yaşlıda ağız mukozasında, protez kullanımına bağlı olarak meydana gelen iltihabı değişikliklere sık rastlanmaktadır (50). Tam veya bölümlü protezlerle temas eden mukozal dokularda görülen ve eritemle karakterize olan bu değişikliklere protez stomatiti adı verilir (51). Üç tip protez stomatiti vardır:

Tip I: Lokalize iltihap ve iğne ucu şeklinde küçük hiperemik alanlar

Tip II: Yaygın eritemle karakterize iltihap (diffüz stomatit)

Tip III: Neoplastik olmayan ve değişen derecelerde iltihap ile birlikte görülen papiller hiperplazi (granüler protez stomatiti, inflamatuvar papiller hiperplazi) (51).

Protezlerle bağlı mekanik travma sonucu gelişen tip I lezyonlar, protezlerin düzeltilmesi ve uygun okluzal ilişkilerin sağlanmasıyla iyileşmektedir (13).

Tip II ve Tip III lezyonlar kandida albikans enfeksiyonu ile ilgilidir. Epiteldeki atrofi sonucu ateş kırmızısı renkte izlenen bu lezyonlara kronik atrofik kandidiyazis de denir (50). Bu durum genellikle protezlerin mukozaya bakan yüzeylerinin kontamine olmasına bağlı olarak gelişmektedir. Tip II protez stomatiti olan hastalar ağız hijyeni açısından motive edilmelidir (52). Hastalara protezlerini günde üç defa mekanik olarak temizlemeleri önerilir. Ayrıca, protezler günde 6-8 saat kullanılmamalı ve bu süre içinde suda muhafaza edilmelidir. Etkili bir tedavi için sigara alışkanlığının bırakılması gerekmektedir (53). Bu uyarıların yerine getirilmesine rağmen, lezyonlar üç-dört hafta içinde iyileşmezse, mikostatik tedaviye başlanmakta ve protezlerin iç yüzeylerine antifungal ajanlar uygulanmaktadır (54). Tip III lezyonlarının tedavisi papiller hiperplazinin şiddetine bağlıdır. Hafif vakalarda tedavi, tip II lezyonların da olduğu gibidir. Ağır vakalarda ise, genellikle cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Papiller hiperplazi en iyi elektrocerrahi ile tedavi edilmektedir (51).

Angular Keilit (Angular Cheilosis): Özellikle yaşlılarda ve protez kullananlarda görülen ve dudak köşelerinde fissürlerin oluşumu ile karakterize olan bu klinik tabloya 65 yaşın üzerindeki bireylerin %10-25'inde rastlanmaktadır. Etiyolojisinde kandida albikans önemli rol oynamaktadır. Dudak köşeleri hastaların protezlerinde bulunan kandida ile enfekte olmaktadır. Yüzün dikey boyutunda azalma, dudak köşelerinin nemli olması ve yanak emilmesi gibi faktörler de keilit gelişimine katkıda bulunmaktadır (14, 32).

Protez İntoleransı: Mukozada somut bir değişiklik olmamasına rağmen damakta, dil ucunda, boğazda acı veren yanma, tat bozukluğu, ağız kuruluğu gibi yakınmaların olduğu subjektif semptomlar söz konusudur. Bu yakınmalar daha çok depresif ve anksiyete içinde bulunanlarda ortaya çıkmaktadır. Özellikle kadınlarda menopoza sonrası dönemde diğer faktörlerinde etkilemesiyle protez intoleransı olasılığı artmaktadır. Ayrıca çok yaşlı hastalarda veya serebral dolaşım bozukluğu olanlarda bu problemin ortaya çıkma oranı yüksektir (14). Protezin yenilenmesi çare sorunu çözmemekte; aksine hastanın şikayetleri devam ettiğinden panik ve kanser fobisine yol açabilmektedir. Tedavide; hastanın protez

kullanım süreleri kısaltılarak uzun dönemde alışması beklenmelidir. Psikiyatrist hekim konsültasyonu ve kontrolünde gerekirse antidepresan tedavisi uygulanabilir. Ayırıcı tanının protez materyaline karşı gelişen alerjik reaksiyon ile yapılması önerilmektedir (14, 32).

Protez Kullanımına Bağlı Hiperplazi: Protezleri destekleyen kemiklerde meydana gelen sürekli rezorpsiyonlar, protezlerin altındaki doku ile uyumunu bozmaktadır (52). Uzun süre düşük derecede bir irritasyona maruz kalan mukoza buna hiperplastik reaksiyon ile cevap vermektedir. Protezlerin sonlandığı bölgelerde, dişeti-mukoza sınırında hiperplastik doku kitleleri görülmektedir. Bu lezyonlara, 'granüloma fissuratum' denmektedir (51). Bu duruma en çok Toplam protez kullananlarda ve özellikle mandibulada rastlanmaktadır. Yaşlıda protez irritasyonuna bağlı hiperplazi %3-26 oranında görülmektedir (52). Genellikle uzun protez kanatları veya keskin protez kenarları ağız mukozasında hiperplaziye neden olmaktadır (50). Travma artarsa, dokularda ülserasyon veya hiperkeratozis meydana gelmekte; hiperkeratozis sonucu lökoplaki görülmektedir. Ülseratif ve hiperkeratotik alanlar zaman içinde malign transformasyon gösterebilmektedirler (14, 32, 51, 52).

Labil Kret: Şiddetli kronik travma sonucu alveol kretinin rezorbe olması ve bu bölgenin fibröz doku ile dolması sonucu meydana gelen, belirli oranda hareketlilik gösteren oluşumlardır (53). Çoğunlukla alt üst tam protez taşıyan hastaların üst ön bölgelerinde görülebildiği gibi çiğneme kuvvetinin dengesiz dağılımı ile alveol kretin herhangi bir yerinde de oluşabilmektedir. Tedavide, o bölgeye gelen aşırı kuvvetin diğer bölgelere doğru dengelenmesi, çok geniş oluşumlarda ogmentasyon veya eksizyon yapılması önerilmektedir (51).

Stomatit Medikamentoza: Yaşam süresi uzadıkça akut ve kronik hastalıklara bağlı olarak kullanılan ilaçların sayısında da artış olmaktadır (52). İlaçların sistemik etkileri sonucunda görülen stomatit tablosuna stomatit medikamentoza (alerjik stomatit, stomatit venenata) denir. İlaçların büyük bir çoğunluğu sistemik mekanizmalar yolu ile anlaşılması güç lokal etkileri olan mukozal reaksiyonlara yol açabilmektedirler. Sistemik yollarla ortaya çıkan

reaksiyonlara inflamasyonlu ülserler, likenoid reaksiyonlar veya eritema multiformlar dahildir. Ayırıcı tanının iyi yapılması gerekmektedir. İlaç erupsiyonlarında deride lokalize eritem ve ödem sahaları olmaktadır. Nadiren ağız içinde lezyon meydana gelmektedir (54).

İlaç kullanımı mukozada kuruluğa, kanamalı lezyonlara, doku büyümelerine ya da hipersensitivite reaksiyonlarına neden olabilmektedir. Yaşlıda ağız mukozasında görülen deskuamasyon ya da vezikülö-büllöz lezyonlar genellikle ilaç kullanımına bağlı sekonder olarak gelişen bir olaya bağlı olabilmektedir (51, 54).

Kullanılan ilaçların bazılarının yan etkisi olarak dişeti büyümeleri (hiperplazi) sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Ağrısız dişeti büyümelerinde, dişeti sert, lobüler, hafif kırmızıdır ve kanama eğilimi yoktur (54). Dişeti lokal veya yaygın olarak diş kronlarını örtecek kadar büyüyebilir. Dişsiz, dişeti cebinin olmadığı bölgelerde dilantine bağlı gingival hiperplazi gözlenmez (51, 54). Organ trasplantasyonlarında immunsupresif olarak kullanılan siklosporin de dilantin benzeri hiperplaziye neden olabilmektedir ancak dişetleri daha yumuşaktır ve kanamaya daha yatkındır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan nifedipin, fenitoin sodyum, kalsiyum kanal blokörleri gibi ilaçlarında gingival hiperplazi reaksiyonlarına yol açtıkları bilinmektedir. Yaşlı hastalardan alınan kapsamlı öyküde hem hastalık hem de kullanılan ilaçlar, ilaçların dozu ve tedavi süresi hakkında bilgi edinerek doğru bir tanıya varılabilmektedir (14, 18, 42, 54). Dişeti büyümelerinin tedavisinde ağız hijyeninin düzeltilmesi, düzenli kontrol, gingivektomi ve gingivoplasti uygulanması önerilmektedir. Hormon replasman tedavileri ender olarak dişeti büyümesine neden olabilmektedir. İlaçlara bağlı gingival hiperplazi, tedavinin durdurulabilmesi veya modifiye edilmesi ile geriye dönebilmektedir (54).

Prekanseröz Lezyonlar ve Ağız Kanserleri: Yaşlıda, ağız içi yumuşak dokularda, lökoplaki, eritroplaki ve aktinik elastozis gibi prekanseröz oluşumlara sık rastlanmaktadır (41). Ağız kanserleri 55-70 yaşları arasında görülmekle beraber, en sık 65 yaş civarında ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda ağız boşluğunda görülen malign oluşumların büyük çoğunluğunu skuamoz hücreli karsinomlar

oluşturmaktadır (41). Ağız kanserlerinde risk faktörü olarak birinci sırada sigara ve alkol gelmektedir. Yaşlıda ağrısız ağız lezyonları ve uzun süre iyileşmeyen lezyonların, aksi biyopsi ile kanıtlanana kadar malign oluşumlar olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

2.3.3. Beslenme Bozukluklarına Bağlı Sorunlar

Beslenme, ağız ve diş sağlığını etkileyen önemli bir etmendir. Diş çürükleri ile periodontal hastalıkların etyolojisinde, bireylerin beslenme alışkanlıklarının etkisi büyüktür (55). Bu alışkanlıklar ise, diş kayıpları ve protetik restorasyonların kullanımı gibi çiğneme fonksiyonunu etkileyen faktörlere bağlı olarak zaman içinde değişim göstermektedir (18, 46).

Yaşlıda ağızda mevcut diş sayısı çok azaldığı için, hareketli protez kullanımı söz konusudur. Hareketli protezler, geniş mukozal yüzeyleri kaplayarak tat cisimciklerinin uyarılmasını engellemektedirler. Tat duyusunun azalmasına bağlı olarak yaşlıda tuz ve şeker tüketiminin artması sistemik sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (56). Yaşlıda, tükürük akış hızı azaldığı için, şeker etkin bir şekilde ağız ortamından uzaklaştırılamamakta ve bu duruma bağlı olarak ağız florasında çürüğe yol açan bakteriler sayıca artmaktadır (57). Bunun yanı sıra, yaşlıda hareketli protez kullanımına bağlı olarak çiğneme yeteneği azalmış ve yumuşak gıdalarla beslenme eğilimi artmıştır. Bu durum da plak ve diş taşı birikimine ve sonuç olarak da çürük ve periodontal hastalık insidansının artışına yol açmaktadır (18, 29, 48).

Yaşlıda, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, çiğneme ve yutma bozuklukları, tat duyusunun azalması, fiziksel bozukluklar ve hareketliliğin azalması ve dolayısıyla kalori gereksinimin ve besin alımının azalması gibi fiziksel etmenlerin yanı sıra çeşitli psikolojik ve sosyal etmenlerde, beslenme bozukluklarına yol açar. Bu durum ağızı oluşturan yapıları da etkiler (43, 44).

2.3.4. Yaşlıda Ağız Hijyeni

Bakteriyel plak, dişleri ve ağız içindeki apareyleri kaplayan organik bir tabaka içinde organize olmuş, yoğun mikroorganizma kolonilerinden oluşan bir eklentidir (58). Ağız sağlığı için esas olan plak kontrolü, günlük ağız hijyeni ve diş hekimi tarafından yapılan düzenli kontrollerle sağlanabilir. Yaşlıda görülen ağız hastalıklarının %95'ini, bakteriyel plağın neden olduğu periodontal hastalıklar ve diş çürükleri oluşturmaktadır (34).

Yaşlılarda motor fonksiyonların kaybına bağlı olarak manipülasyon yeteneği azaldığı için, plak kontrolü iyi yapılamamaktadır (35, 44). Ayrıca, dişeti çekilmesi sonucu açığa çıkan kök yüzeyleri plak birikimi için uygun retansiyon alanları oluşturmaktadır. İlerleyen yaşla beraber periodontal dokuların bakteriyel plağa maruz kaldıkları süre artarken, immün sistem fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak, plak mikroorganizmalarına karşı konakçı savunmasında yetersizlik ortaya çıkmakta ve plak birikimi için uygun zemin hazırlamaktadır (59). Yaşla birlikte tükürük akış hızının azalması da plak birikimini arttıran bir diğer faktördür. Ayrıca, koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yetersizliği, sistemik hastalıklar ve yetersiz beslenme gibi faktörler de oral hijyeni negatif yönde etkilemektedir (60). Alınan besinlerin fiziksel özellikleri de bakteriyel plak birikimini etkilemektedir. Yumuşak diyetle beslenenlerde plak ve diş taşı birikimi daha fazla görülmektedir. Yaşlıda diş kaybının yüksek oluşu ve hareketli protez kullanımı sonucu besinlerin çiğnenmesi güçleşmiştir (58). Bu duruma bağlı olarak, yumuşak gıda tüketimi ve dolayısıyla bakteriyel plak birikimi artmaktadır (34). Yaşlı bireylerin ağız hijyeni alışkanlıkları açısından altı ayda bir değerlendirilmeleri ve motive edilmeleri önerilmektedir. Ancak, ağız hijyeni iyi olmayan veya ağız dokularını etkileyen sistemik bir problemi olan hastalar, 1-3 ay gibi daha kısa aralıklarla değerlendirilmelidir (61). Yaşlıda dişeti mekanik kuvvetlere karşı dirençli olmadığı için, bu hastalara yumuşak kıllardan oluşan diş fırçaları önerilmektedir (34). Periodontal doku kaybı sonucu oluşan dişler arası boşluklar, besin birikimine neden olacağı için, bu alanların temizliğinin ara yüz fırçası ve diş ipi ile yapılması gerekmektedir (62). Çürük profilaksisi için floridli diş macunları ve ağız gargaraları önerilmektedir (34). Ayrıca, hastalar öğünler arasında şeker kullanmamaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır. Ağız bakımını

gerçekleştiremeyen yatağa bağımlı hastalarda bu işlem, hasta yakınları ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılmalıdır (63). Bu durumda antibakteriyel ajanların kullanımına ağırlık verilerek kimyasal plak kontrolü sağlanmaktadır (64). Klorheksidinli ağız gargaraları bu amaçla kullanılmaktadır (34). Hareketli protezlerin temizliği de protezi destekleyen mukozal dokuların ve dayanak dişlerin sağlığı açısından çok önemlidir (65). Protezler yemeklerden sonra protez fırçası ile temizlenmeli ve kullanılmadığı zamanlarda (günde 6-8 saat) su içinde tutulmalıdır (34). Ayrıca, protez temizleme tabletleri de mekanik temizleme işlemlerine ek olarak kullanılabilir (34).

2.3.5. Yaşlıda Ağız Muayenesi

Halk sağlığı ile ilgili istatistikler, yaşlı bireylerin kronik tıbbi sorunları nedeniyle hekimlere çok sık başvurduklarını göstermektedir. Bu yüzden, yaşlıda ağız ve dişlerle ilgili hastalıkların tanısında, genel fizik muayene sırasında yapılan ağız muayenesi önemlidir (66).

Fizik muayenede öncelikle baş ve boyun bölgesi olası asimetri ve lezyonlar açısından incelenir. Özellikle periauriküler, posterior servikal, ve supraklaviküler alanlarda görülen lenfadenopati dental açıdan önemli olabilir. Temporomandibuler eklem açma ve kapama hareketleri sırasında palpe edilerek krepitasyon ve mandibuler deviyasyon açısından değerlendirme yapılır (67). Dudaklar, yanaklar, ağız tabanı, sert damak ve dişeti; renk, kıvam, nemlilik ve patolojik oluşumlar yönünden incelenir. Ağız kanserleri en çok dilde görüldüğü için dil muayenesinin önemi büyüktür (68). Tükürük bezlerinin kanalları ve ağız içine açıldığı bölgeler incelenir, salya akışı izlenir. Dişsiz hastalarda ağız muayenesi protezler çıkarıldıktan sonra yapılır ve alveoler kreterler şekil, renk ve lezyonlar açısından değerlendirilir. Ağız mukozasında görülen hiperkeratotik, eritemli veya ülserli alanlar hatalı protezlerin veya başlangıç halindeki kanserlerin belirtisi olabilir (69). Hatalı protezler çiğneme fonksiyonunu etkilemektedir (70, 71). Bazı hastalar, protezleri ile ilgili bozuklukları, kendileri düzeltmeye çalışırlar. Bu durum, ağzın yumuşak ve sert dokularında çeşitli patolojilerin gelişimine neden olabilmektedir. Ağız dokularında görülen hiperemi ve özellikle palatal mukozanın ateş kırmızısı görünümü varsa diş hekimi konsültasyonu istenmelidir

(72, 73). Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, ağızda ciddi enfeksiyonlara neden olarak, yaşlı hastanın sistemik durumunu etkileyebilmektedir (74, 76). Bu yüzden, ağız muayenesi sırasında gözlenen dişeti kanaması, dişlerde mobilite, diş çürükleri ve enfeksiyon gibi bulguların bir diş hekimi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (77, 79). Diş hekimi konsültasyonu gerektiren durumlar Çizelge 2.1.'de gösterilmiştir (80).

Çizelge 2.1. Diş hekimi konsültasyonu gerektiren durumlar

Genel durumlar

- Halitozis
- Çiğneme bozuklukları
- Enfeksiyon
- Lezyonlar (hiperkeratotik, eritematöz, ülseratif)
- Ağrı

Dişlerle ilgili durumlar

- Diş etlerinde kanama
- Diş çürükleri
- Dişlerde mobilite

Protezlerle ilgili durumlar

- Kötü yapılmış protezler
- Evde tamir edilmiş protezler

2.3.6. Yaşlıda Acil Müdahale Gerektiren Dental Sorunlar

Endodontik ve Periodontolojik Sorunlar

Yaşlı bireylerde de çürük, dişeti hastalığı, fizyolojik veya patolojik nedenli diş aşınmaları sıkça karşılaşılan diş sorunlarıdır ve bunlar dişlerin canlılığını etkileyerek dişin nekrozuna neden olabilmektedirler (81, 82). Bu durum dişin çekimiyle ya da endodontik tedaviyle kontrol altına alınabilmektedir. Kök kanal sisteminin sklerotik olması olasılığı göz önüne alındığında yaşlı bireylerde endodontik işlemlerin teknik açıdan çok daha zor olduğu kabul edilmektedir (83, 84).

Yaşlı bireylerde de endodontik tedavinin başarısı pulpa ve kök kanallarındaki patojenik bakterilerin eliminasyonuna ve tekrarlayan enfeksiyonların önlenmesine bağlıdır (85, 87). Kök kanal tedavisi için az sayıda kontrendikasyon vardır.

Endodontik tedavinin kontrendike olduğu durumlar:

1. Baş boyun bölgesine ışın tedavisi görmüş kanser hastaları. Işın tedavisi alan baş boyun bölgesi kanseri olan hastaların 30 yıllık geriye dönük tarama çalışmasında tüm osteoradyonekroz olgularının %50'sinde sorumlunun diş çekimi olduğu görülmüştür (88). Bu yüzden çekim gerektirecek periapikal hastalık riskini ortadan kaldırmak için potansiyel kaynakların radyoterapi öncesi elimine edilmesi gerekmektedir.

2. Parkinson hastalığı, demans ya da titremeleri olan uyum güçlüğü gösterecek hastalar.

Diş sert dokusu ile ilgili acil müdahale gerektiren hastaların yaklaşık %90'ında pulpal ya da periapikal hastalığın semptomları görülmektedir (86, 87). Buna göre endodontik acil tedavi gereksinimi olan hastalar 3 gruba ayrılmaktadır:

A. Tedavi öncesi ağrı ile gelenler

1. Pulpal ağrısı olanlar

- a. Geri dönüşümlü pulpitis
- b. Geri dönüşümsüz pulpitis

2. Akut apikal apsesi olanlar

3. Çatlak diş sendromu olanlar

B. Tedavi sırasında ağrısı ortaya çıkanlar

1. Restoratif tedavi

2. Periodontal tedaviye bağlı

3. Pulpa açılması

4. Kök veya kron kırığı

5. Enstrumantasyona bağlı olarak oluşan ağrı

a) Akut apikal periodontit

b) Phoenix absesi

C. Endodontik tedavi sonrası ortaya çıkan ağrı

1. Yüksek restorasyon

2. Taşkın kanal dolgusu

3. Eksik kanal dolgusu

4. Kök kırığı

Ağrı ile gelen hastada dental öykünün yanında ayrıntılı bir tıbbi öykü alınması gerekmektedir. Öyküde vurgulanması gereken konular:

1. Ağrının nerede olduğu?
2. Ağrı ilk ne zaman fark edildi?
3. Ağrının tanımı?
4. Ağrı hangi şartlarda ortaya çıkıyor?
5. Herhangi bir şey rahatlama sağlıyor mu?
6. Baskıda ağrı ve şişlik var mı?
7. Son diş sorunu öyküsü
 - a. En son tedavi
 - b. Periodontal tedavi
 - c. Dişlere gelen herhangi bir travma varlığıdır.

Diş ağrısının ayırıcı tanısını zorlaştırabilecek miyofasiyal ağrı disfonksiyon sendromu ve trigeminal nevralji, vasküler ağrı sendromu ve maksiller sinüs hastalıkları gibi nörolojik hastalıkların kesin tanı koyulurken elimine edilmesi gerekmektedir (83).

Geri dönüşebilen pulpitin en önemli özelliği sıcak, soğuk ya da tatlı gibi uyarılar uzaklaşır uzaklaşmaz ağrının dinmesidir. Oklüzal travmanın varlığı dışında dişler perküsyona hassas değildir. Başlangıç olarak aşağıdaki tedavilerden birinin uygulanması gerekmektedir (84).

1. Oklüzyon kontrolü
2. Derin çürük temizlendikten sonra yatıştırıcı bir pansumanın yapılması
3. Hassas dentine florlu bir vernik ya da dentin bağlayıcı rezin uygulanması ve hassasiyet giderici bir diş macunu önermek

Geri dönüşümsüz pulpitte spontan ağrı vardır. En karakteristik özelliği hastanın ağrı ile uyanmasıdır. Soğuk ve sıcak uygulandığında uzun süreli ağrı gelişebilmektedir. İleri evrelerde sıcak ağrısı daha belirgin hale gelir, soğuk ise ağrıyı hafifletebilir (85). Semptomatik pulpit tedavi edilmezse hastanın ağrıları bir süre sonra geçebilir, pulpa testleri de tutarsız yanıtlar verebilir. Zamanla bunu hiçbir semptom vermeden gelişen pulpa nekrozu takip edebilir. Geri dönüşümsüz hasarlanmış pulpanın ilk göstergesi radyografide periapikal bölgede görülen yoğunluk azalmasıdır. Enflamasyon periodontal ligamente yayıldığında enflamatuvar eksuda dişin yükselmesine yol açabilmektedir. Bazen hasta akut periapikal apse ile de başvurabilmektedir. Geri dönüşümsüz pulpit ve sonrasında

gelişen periapikal iltihaplanmalarda, pulpa ekstirpasyonunun tek seçenek olduğu bildirilmektedir (85).

Mine çatlağı fonksiyon sonucu olarak ortaya çıkabilir. Çatlak dentine kadar derinleştğinde kırığa dönüşür ve çiğneme ağırlı hale gelebilir. Çatlak hattı pulpaya kadar ulaştığında pulpitis gelişebilir. Tanı bazen güçleşebilir, eğer çatlak bukkolingual planda ise röntgen tanıya yardımcı olabilir, ancak genelde işe yaramaz. Fiber optik bir ışık çatlak hattının belirlenmesini kolaylaştırabilir. Tanı koymada en iyi yöntemlerden biri hastanın rulo pamuk ısırmasıdır. Kök kanalını içine alan vertikal kırıklarda prognoz kanal tedavisine rağmen kötüdür, diagonal ve horizontal kırık hattı varlığında prognoz daha iyidir.

Tekrarlayan hasarlar pulpanın vaskülaritesini ve hücre içeriğini azaltmaktadır. Bunun doğal sonucu fibrozisin artmasıdır. Kalınlaşmış dentin tabakası yaşlı pulpanın ısı değişikliklerine daha az duyarlı olmasına ve tanı amaçla uyarılmasının güçleşmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda çoğu pulpa yıkımı geri dönüşümlü ve dönüşümsüz pulpitisin klasik semptomları olmadan gelişmektedir (90).

Hastanın ağız açıklığının kısıtlı olması, uygun olmayan diş arkı ya da kronun aşırı uzaması, işlemin çok uzun olmasının hasta tarafından tolere edilememesi ya da pulpa odasının kalsifiye olması sebebiyle endodontik tedavi kontrendike olduğunda dişin korunması mümkün olmayabilir, tedavi buna göre planlanmaktadır. Apikal periodontit varsa kök kanalı enfeksiyonunun yok edilmesi periapikal dokuların iyileşmek üzere kendini restore etmesi için gereken şartları yaratmaktadır (89). Kanal tedavisinden beklentiler yüksektir ve genel uygulama için %70 ve daha düşük oranlar daha gerçekçi olduğu halde bildirilen çoğu başarı oranı %90'ın üzerindedir (91). Bugüne dek sınırlı epidemiyoloji yaşla ilişkili gözlemlere sahip değildir ve kanal tedavisi uygun olarak yapıldığında gençlerde öngörülebilir olduğu gibi yaşlılarda da öngörülebilir kabul edilmektedir (89, 90). Fakat uygun enfeksiyon kontrolü için karşılaşılabilecek teknik zorluklar hasarlı ve biyolojik olarak yaşlanmış bir diş için göz ardı edilmemelidir.

Pulpal ve periapikal patolojilerin klasik akut semptomları yaşlı hastalarca sıklıkla ifade edilmekle birlikte çoğu endodontik hastalık hasta farkına varmadan gelişmektedir. Pulpa yıkımı sıklıkla ağırlı dönemler olmaksızın gelişmektedir ve

hastalar dönem dönem ortaya çıkan hafif şişlikten rahatsız olmakta; dönem dönem kendi kendine oluşup boşalan fistül ağzının varlığından bahsetmektedirler (90). Pulpal durumu belirlemede sadece tek bir test yoktur. Termal ve elektrik pulpa testleri sıklıkla uygulanmaktadır. Semptomatik pulpitli dişlerin durumunu değerlendirmede termal test daha iyi kalitatif bilgi sağlamaktadır. Bazı elektronik pulpa test cihazları restorasyonun altında supragingival alanda kalmış dar diş dokusu bandına uygulamak üzere küçük uçlar bulundurulur. Anestezi uygulanmamış bir dişin dentinine uygulanacak test kavitesi genç dişlerde pulpa tanısını kesinleştirmek için savunulan bir yöntem olmuştur; fakat küçülmüş, ancak canlı kalmış pulpası olan yaşlı bir diş derin olarak girildiğinde büyük bir belirti olmayabilir.

Protetik Sorunlar

Sabit protez yapımında lokal anesteziye bağlı alerjik reaksiyonlar ve sabit kron ya da köprü yapımında kullanılan metal alaşıma karşı hassasiyetler görülebilmektedir. Ayrıca hareketli protez uygulanacak geriatric hastanın protez kaide malzemesine karşı alerjisi olabilir. Öyküde alerjik durum öğrenilirse hasta bir alerji uzmanına gönderilmelidir. Alerji uzmanı tarafından yapılan tetkikler sonucu alerjen olmayan malzemeler kullanılarak hastanın protezi yapılabilir (67).

Ayrıca kanser tedavisi gören hastalarda özellikle baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi sonucunda ağız içerisindeki mukozanın hassasiyeti artar, tükürük akışında azalma görülmektedir (66). Tam protezin tutuculuğunu olumsuz olarak etkilenmesini önlemek için böyle hastalarda yapay tükürük preparatı kullanılmaktadır. Bunun tersine Parkinson hastalarında tükürük akışı artmakta ve bu durum da tam protezin tutuculuğunu azaltmaktadır (66).

Sonuç olarak, yaşlı hastalara uygulanacak tedaviler acil girişimler olsa dahi bu gruptaki bireylerin özel durumlarının mutlaka göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Her hasta için gerekli zaman ayrılmalı ve hastaların anlattıkları diğer yakınmalar da sabırla dinlenmelidir (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13/05/2015 tarih ve 70904504/205 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmüş olup, araştırmaya kabul kriterleri ve araştırmadan hariç tutulma kriterleri göz önüne alınarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerine başvuran 65 yaş üstü bireyler çalışmaya alınmıştır.

3.3. Araştırma Evreni

Bu araştırma kapsamında; Mayıs 2015 – Aralık 2015 tarihleri arasında, Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin erişebildiği 65 yaş ve üstü 500 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu örneklem sayısı diyagnostik çalışmalara yönelik geliştirilen örneklem hesaplama nomogramına göre tespit edilmiştir. Araştırma için 65 yaş ve üzeri 525 hastaya ulaşılmıştır. Yüz sekiz hasta anketlerin uygulanmasını reddetmiş; 417 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışma anketinin uygulanması esnasında 18 hasta çeşitli sebeplerle çalışmayı yarıda bırakmıştır. On dokuz kişinin anketi ise, bazı testlerin eksik olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Kriterleri

- 65 yaş ve üstü
- Sözel olarak iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Onam veren,
- Bilişsel olarak, uygulanan anketleri ve ölçekleri dolduracak durumda olan hastalar, araştırmaya kabul edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

Araştırma için gönüllü olmayan ve aydınlatılmış onam vermeyen

- 65 yaşın altında olan
- Sözel iletişim kuramayan
- Bilişsel olarak, uygulanan anketleri ve ölçekleri dolduramayacak durumda olan (akut ve stabil olmayan ruh sağlığı sorunları olan, deliryumda olan, ileri derecede defansif olan vb.)

- Yatağa bağımlı olan
- Ankete katıldığı halde, herhangi bir sebep ile çalışmayı yarıda bırakan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı bir çalışma olup, kesitsel-gözlemsel şekilde dizayn edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Yüz-yüze görüşme şeklinde anketler ve testler uygulanmıştır. Hastalardan testler öncesinde sözel ya da yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmış, kabul eden hastalar ile çalışmaya devam edilmiştir.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları

Araştırmada kullanılan anket ve ölçekler şu şekildedir:

3.6.1. Sosyo-demografik Anket ve Tıbbi Öykü Anketi

Araştırmamızda 65 yaş üstü hastaların, ‘adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, ekonomik durumu, sosyal güvence durumu, alışkanlıkları (sigara, alkol), genel sağlık durumu, hastalıklarının isimleri’ gibi bilgilerin sorulduğu, araştırmacılar tarafından hazırlanan ankettir (Ek-3-4).

Hastaların meslekleri İŞKUR’un ISCO-8 uyumlu sınıflandırmasına göre gruplandırılmışlardır

3.6.2. Diş Hekimi Muayenesi Anketi

Hastalara, on bir sorudan oluşan ağız-diş sağlığı durumunu inceleyen anket uygulanmıştır (Ek-5).

3.6.3. Ağız Diş Sağlığı Ölçeği

Ağız diş sağlığı ölçeği (DENTAL) altı sorudan oluşan bir ölçektir. Bu soruların yanıtına göre 0-1-2 arası skor verilmektedir. Ölçek sonu toplam skoru 2 veya daha fazla olan hastaların diş hekimi tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir (Ek-6).

3.6.4. Diş Taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT)

Araştırmamıza katılan bireylere detaylı diş hekimi muayenesi uygulanmış, ‘Diş taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT) Çizelgesine göre değerlendirmeler yapılmış ve 0-1-2 şeklinde puanlandırmalar sonucu bir hastaya ait sekiz kategoriye içeren toplam puan elde edilmiştir. Eğer bir kategorinin puanı 1 veya 2 ise hasta bu konuda diş hekimi randevusu alması için yönlendirilmiştir. OHAT Çizelgesinde elde edilebilecek toplam puan 0 (çok sağlıklı)-16 (çok sağlıksız) arasında değişebilmektedir (Ek-7).

3.7. İstatistiksel İncelemeler

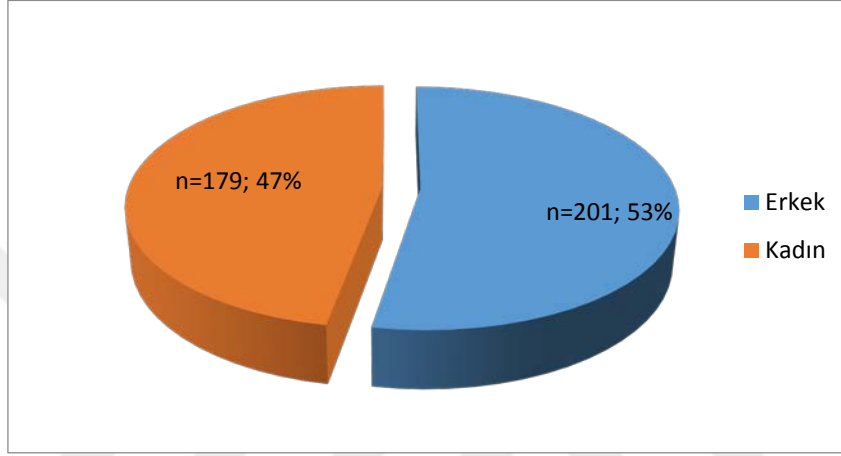
Araştırma sonucunda elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Ayrıntılı istatistiki analizler yapılmadan önce, verilere Kolmogorov-Smirnov Testi ile ‘normal dağılım testi’ uygulanmış; One-Way ANOVA Testi ile de verilerin ‘homojen dağılıp dağılmadığı’ kontrol edilmiştir.

Parametrik varsayım kriterlerinin karşılandığı durumlarda “T-Testi” ve “Pearson Korelasyon Analizi”; parametrik varsayım kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda ise “Mann-Whitney U Testi”, “Ki-Kare Testi” ve “Spearman Korelasyon Analizi” kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

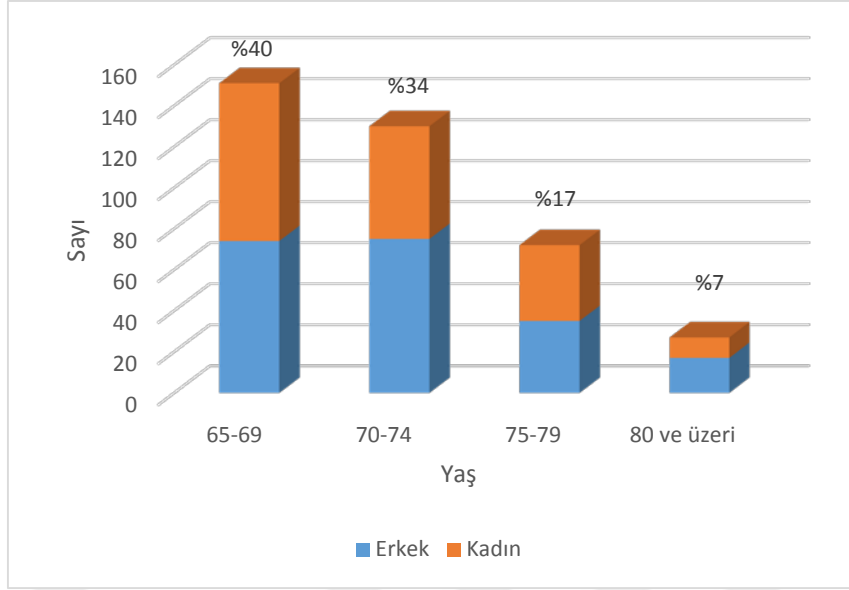
Araştırmamıza katılan 380 hastanın %47'si (n=179) kadın, %53'ü (n=201) erkektir. Şekil 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre dağılımları yer almaktadır.



Şekil 4.1. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları

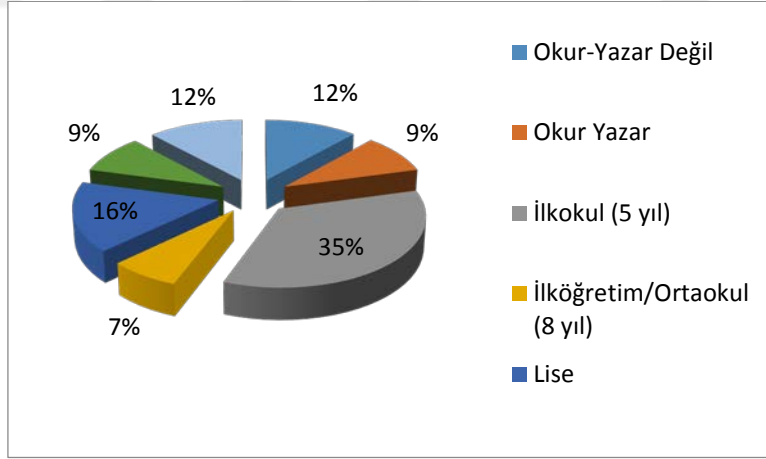
Hastaların yaş gruplarının cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında kadın ve erkeklerin yaş dağılımları birbirine benzemekte; her iki cinsiyette de hastaların çoğunluğunun 65-74 yaş arasında olduğu görülmektedir (kadınların %73,7'si; erkeklerin %74,1'i). Şekil 4.2.'de hastaların cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı gösterilmiştir.

Erkeklerin yaş ortalaması 71,8 (SS=5,27, min=65, maks=91), kadınların yaş ortalaması 71,4'tür(SS=5,23, min=65, maks=90). Her iki cinsiyetin yaş grupları dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$)



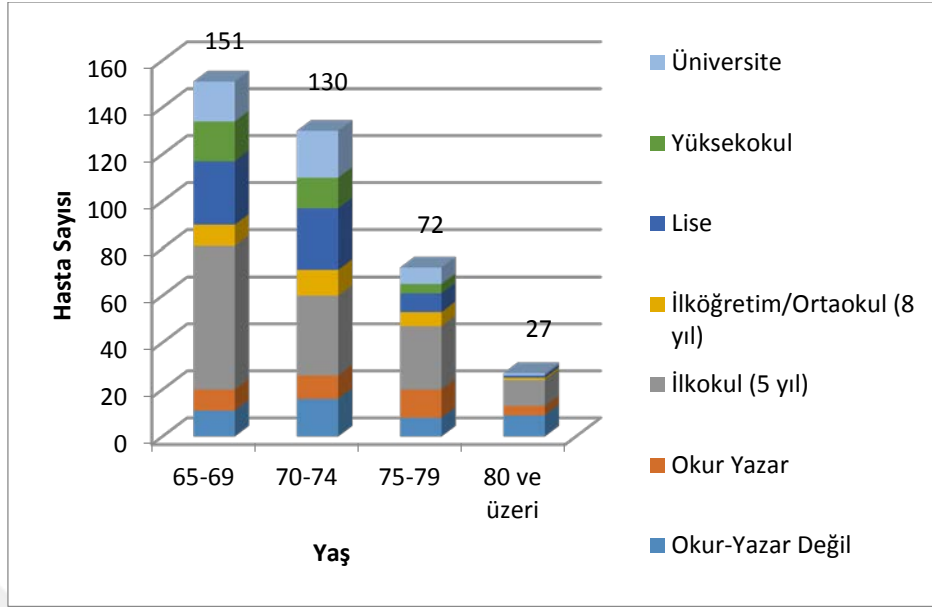
Şekil 4.2. Hastaların cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımı (n= 380 hasta)

Hastaların eğitim düzeylerine baktığımızda; ilkokul mezunu (beş yıllık eğitim) oranının (%35, n=133) en fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki hastaların eğitim durumları Şekil 4.3.'te gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Hastaların eğitim durumları (n=380 hasta)

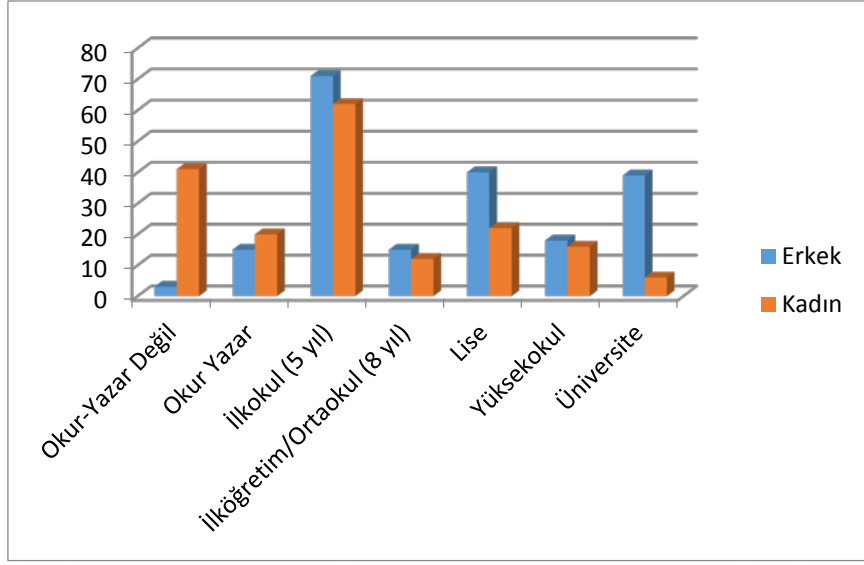
Çalışmamıza katılan bireyleri belirli yaş gruplarına ayırdığımızda 70-74 yaş grubunda üniversite mezunu sayısının tüm hastalara göre oranı (%6, n=20) en fazladır. İlkokul mezunu (beş yıllık eğitim) oranının ise 65-69 yaş grubunda en fazla olduğu (%16, n=61) anlaşılmaktadır. Hastaların yaş gruplarının eğitim düzeylerine göre dağılımları Şekil 4.4.'te görülmektedir.



Şekil 4.4. Hastaların eğitim durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı

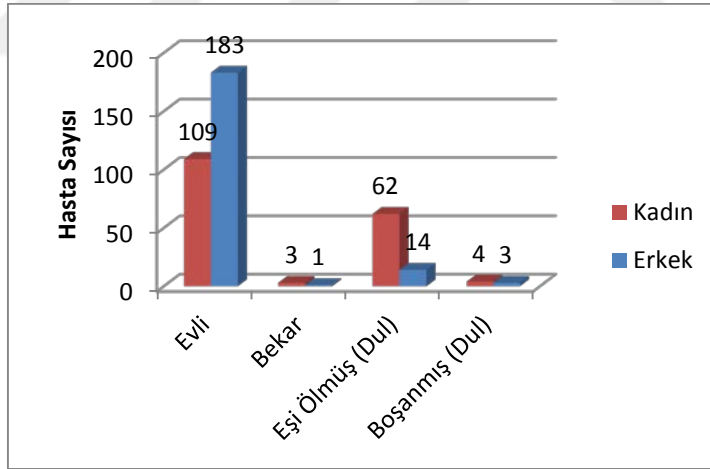
Yaş ile eğitim düzeyi arasında zıt yönlü bir ilişki mevcuttur. Yaş arttıkça eğitim düzeyi azalmaktadır (Spearman korelasyon analizi, $p < 0,05$).

Hastaların eğitim durumları cinsiyet bağlamında bakıldığında erkekler ve kadınlar arasında ciddi bir fark olduğu görülmektedir. Erkeklerin eğitim seviyesi kadınlara oranla daha yüksektir (Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$). Bu fark özellikle okur-yazar olmama ve üniversite eğitimi almış olma kategorilerinde gözlenmektedir. Erkeklerin %1,5'i okur-yazar değilken kadınlarda bu oran %22,9'dur. Hastalar arasında okur-yazar olmayanların %93,2'si kadın iken yalnızca %6,8'i erkektir. Erkeklerin %19,4'ü üniversite eğitimi almışken kadınlarda bu oran %3,4'dür. Üniversite eğitimi almış hastaların %86,7'si erkek, %13,3'ü kadındır. Şekil 4.5.'te bireylerin eğitim düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.



Şekil 4.5. Hastaların eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımı

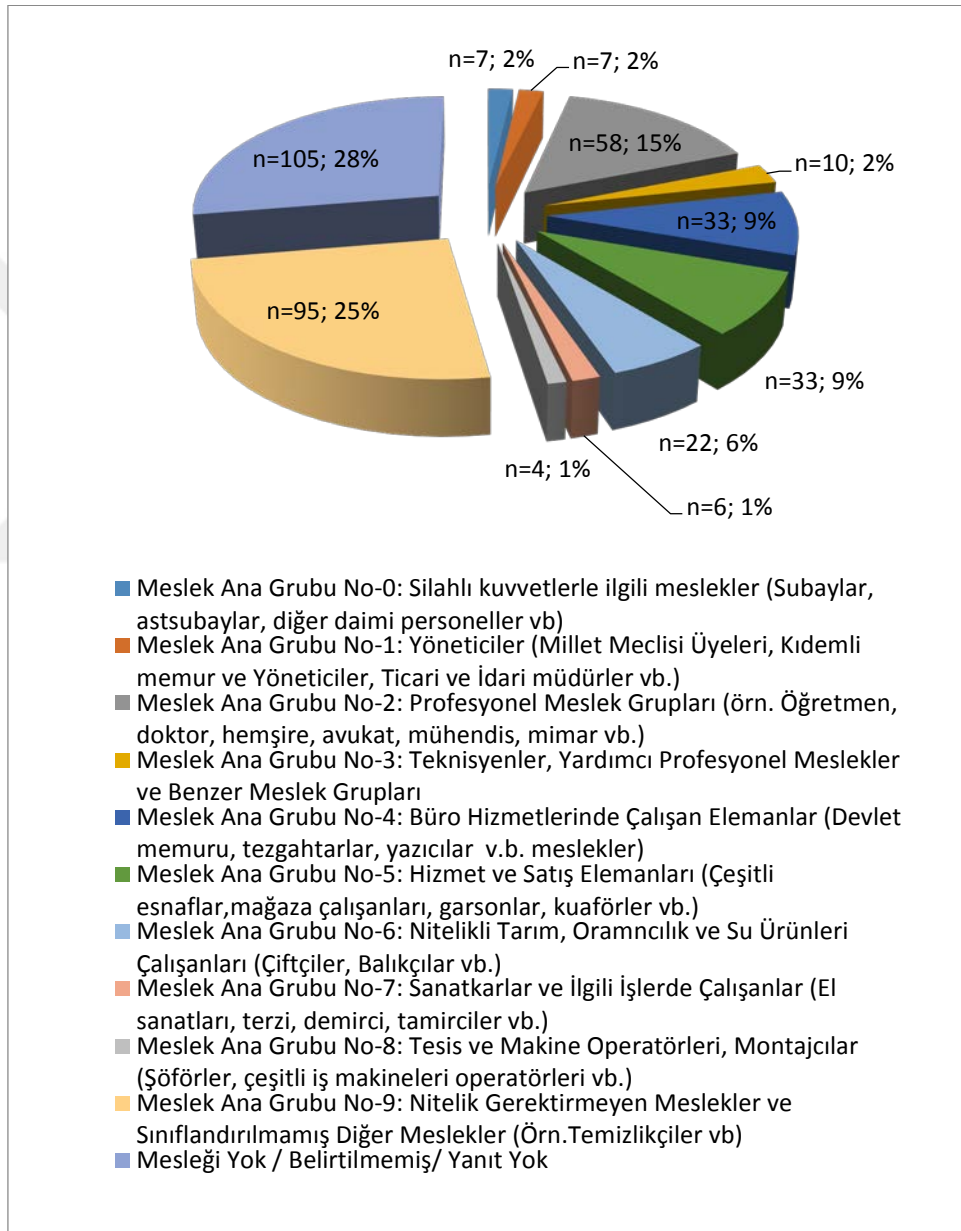
Hastaların medeni durumları incelendiğinde çoğunluğunun evli (n=292; %76,8) görülmüştür. Şekil 4.6.'da hastaların medeni durumlarına göre dağılımı görülmektedir.



Şekil 4.6. Hastaların medeni durumları

Araştırmamıza katılan hastaların %5,3'ünün halen bir işte çalıştığı, %32,4'ünün emekli olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta sayısı 10 (%2,6), SGK güvencesi altında olan hasta sayısı 351 (%92,4)'dür. Türkiye İş Kurumu (İŞKUR)'nun ISCO-8 (International Standard Classification of Occupations) uyumlu meslek ana grubu sınıflamasına göre

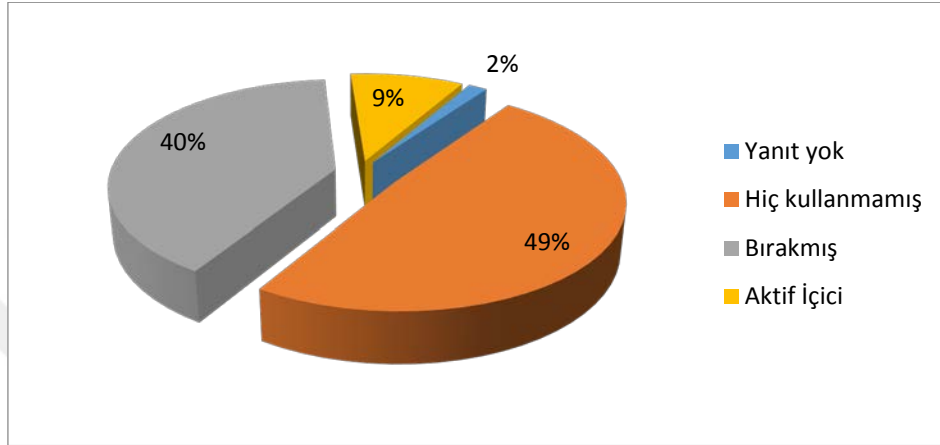
hastaların meslekleri incelendiğinde, “Nitelik Gerektirmeyen Meslekler ve Sınıflandırılmamış Diğer Meslekler” grubunun yoğunlukta (%25) olduğu anlaşılmaktadır. Ev hanımı olduğunu beyan eden kadınlar bu kategoriye dahil edilmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%28) ise herhangi bir meslek belirtmemişlerdir. Şekil 4.7.’de bireylerin mesleklerine göre dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Hastaların Mesleklerinin Dağılımı (İŞKUR’un ISCO-8 Uyumlu Sınıflandırmasına göre)

4.2. Hastaların Alışkanlıkları

Sigara kullanımına baktığımızda, hastaların yaklaşık yarısının (n=186; %49) hiç sigara kullanmadığı; 152 hastanın (%40) daha önceden sigara kullanıcısı olup bıraktığı ve 36 hastanın (%9) ise halen sigara içicisi olduğu görülmüştür. Şekil 4.8.'de hastaların sigara kullanma durumu gösterilmiştir.

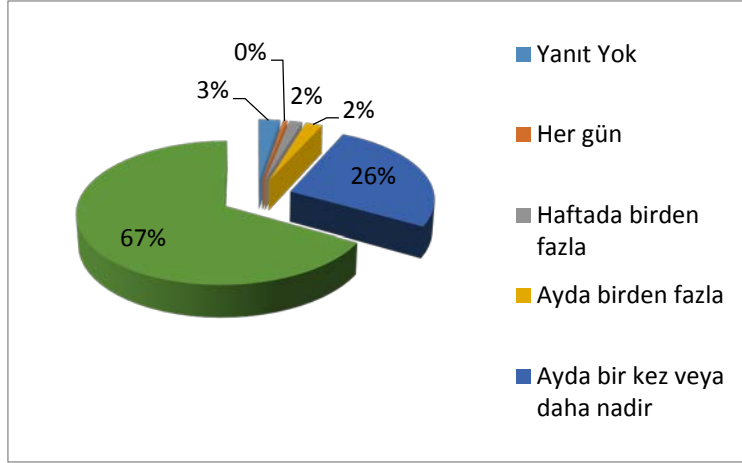


Şekil 4.8. Hastaların sigara kullanma durumu (n=380 hasta)

Kadınların sigara kullanma sıklıkları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$).

Meslek ana grubu 9 (Nitelik Gerektirmeyen Meslekler ve Sınıflandırılmamış Diğer Meslekler) olan bireylerde hiç sigara kullanmamış olma durumu diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır. Sigarayı bırakmış olma durumu ise diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Pearson Ki-Kare Testi, $p<0,05$). (Meslek ana grubu 9 daha çok ev hanımlarından oluşmaktadır).

Alkol kullanımına bakıldığında, 254 (%66,8) kişinin alkol kullanma alışkanlığının olmadığı, 100 (%26,3) kişinin ayda bir ya da daha az alkol aldığı, 16 (%4,2) kişinin ayda birden fazla, haftada birden fazla ya da her gün alkol aldığı saptanmıştır. Şekil 4.9. hastaların alkol kullanma durumuna göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 4.9. Hastaların alkol kullanma durumu (n=380 hasta)

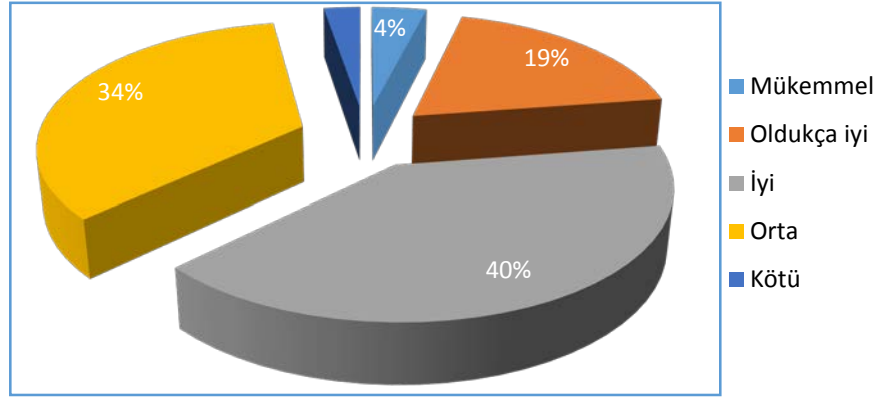
Kadınların alkol tüketme sıklıkları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$).

Sigara içiciliği ve alkol tüketimi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir (Kruskal Wallis testi, $p>0,05$).

Meslek ana grubu 1 (Yöneticiler) olan bireylerin alkol tüketimleri diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann-Whitney U Testi, $p<0,05$).

4.3. Hastalık Öyküsü

Hastaların genel sağlık düzeyleri değerlendirildiğinde sadece %4'ü (n=9) sağlığının mükemmel olduğunu bildirmiştir. Sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin oranı %3, orta düzeyde olarak değerlendirenlerin oranı ise %34'tür. Katılımcıların %40'ı sağlığını iyi; %19'u ise çok iyi olarak değerlendirmiştir. Şekil 4.10. hastaların kendi beyanlarına göre genel sağlık düzeylerini göstermektedir.



Şekil 4.10. Hastaların kendi beyanlarına göre genel sağlık düzeyleri

Bireylerin kendi sağlık düzeylerini değerlendirmelerine göre, kadınların sağlık düzeyleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha kötüdür (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$).

Multimorbid olma oranı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (Pearson ki-kare testi, $p<0,05$).

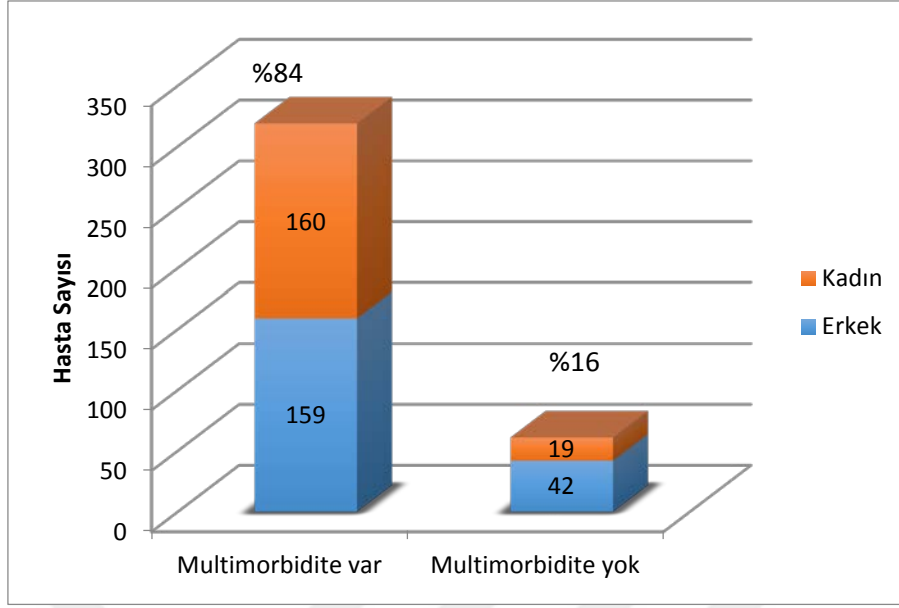
Yaş ilerledikçe multimorbid olma olasılığı artmaktadır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$)

Multimorbidite ile evlilik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson ki-kare testi, $p>0,05$).

Hastaların kronik hastalık sayıları incelendiğinde, hasta başına ortalama 2,52 adet kronik hastalığa sahip oldukları hesaplanmıştır (SS=1,98 min = 0; maks.=11).

Araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%84, $n=319$) iki veya daha fazla sayıda kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Hiçbir raporlu kronik hastalığı olmayan hastaların oranı ise tüm hastalar içinde %18,7'dir ($n=71$). Bireylerin kronik hastalık sayısı ortalaması kadınlarda 4,13 (min:0, maks:11, ss:2,26), erkeklerde 3,30 (min:0, maks:12, ss:2,24), toplamda 3,69 (min:0, maks:12, ss:2,28) olarak hesaplanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında kronik hastalık sayısı bakımından gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Mann-Whitney U Testi, $p<0,01$).

Hastaların kronik hastalık sayılarının 'multimorbidite' açısından değerlendirilmesi ve cinsiyete göre dağılımı Şekil 4.11.' de gösterilmiştir.



Şekil 4.11. Cinsiyete göre kronik hastalık sayıları (multimorbidite değerlendirilmesi) (n=380 hasta; Kadın=179; Erkek=201)

Yaş ile kronik hastalık sayısı arasında doğru yönlü bir ilişki mevcuttur (Spearman korelasyon analizi, $p < 0,05$).

Evli olanların toplam kronik hastalık sayıları evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$).

Meslek ana grubu 1 (Yöneticiler) olan bireylerin kronik hastalık sayıları diğer mesleklere göre daha yüksekken, meslek ana grubu 5 (Hizmet ve Satış Elemanları) olan bireylerinki daha düşüktür (Mann Whitney U testi, $p < 0,05$).

Çalışmamıza katılan hastalarda görülen kronik hastalıklar ve görülme oranları Çizelge 4.1.'de gösterilmiştir (Medula sistemindeki rapor kayıtları ve rapor tanılarındaki ICD kodları esas alınmıştır).

Çizelge 4.1. Hastalarda görülen kronik hastalıklar

Hastalıklar	Hasta Sayısı	Oran (%)
Esansiyel (Primer) Hipertansiyon (I10)	228	60,00
Diabetes Mellitus (E10)	123	32,37
Benign Prostat Hiperplazisi (N40)*	68	32,33
Hiperlipidemi (E78.5)	113	29,74
Kronik İskemik Kalp Hastalığı (I25)	99	26,05
Artroz (M15-M19)	83	21,84
Diğer Hastalıklar	77	20,26
Üriner İnkontinans (R32)	50	13,16
Osteoporoz, kırıksız (M81)	48	12,63
Gastroözefageal Reflü Hastalığı (K21)	43	11,32
Depresif Nöbet (F32)	37	9,74
Atrial Fibrilasyon (I48)	36	9,47
Konstipasyon (K59.0)	34	8,95
Refraksiyon Bozukluğu (H53)	29	7,63
Akut Miyokard Enfarktüsü (I21)	27	7,11
Hipoglisemi (E16.2)	25	6,58
Kronik Böbrek Yetmezliği (N18)	23	6,05
Kronik Böbrek Hastalığı (N00-17)	21	5,53
Peptik Ülser (K27)	20	5,26
Astım (J45)	20	5,26
Vertigo (R42)	17	4,47
Serebrovasküler Olay (G46)	16	4,21
Hipotiroidizm (E03)	14	3,68
Metabolik Sendrom (E88.8)	13	3,42
Romatoid Artrit (M05-06)	12	3,16
KOAH (J41-44)	10	2,63
Polinöropati (G62-63)	10	2,63
Katarakt (H25-26)	10	2,63
Ortostatik Hipotansiyon (I95.1)	8	2,11
Demans/Alzheimer (F00,01,03)	8	2,11
Koagülasyon Bozukluğu (D68)	7	1,84
Kalp Yetmezliği (I50)	7	1,84
Nefropati (E14.2, I12.9)	6	1,58
Parkinson (G20)	5	1,32
İnflamatuvar Barsak Hastalığı (K50-51)	4	1,05
GİS Kanama (K92)	4	1,05
Pulmoner Emboli (26)	4	1,05
Periferik Vasküler Hastalıkları (I73)	3	0,79
Diyare (K58)	2	0,53
Gut (M10)	2	0,53
Venöz Tromboemboli (I82)	1	0,26
Karaciğer Hastalığı (K70-77)	1	0,26
Epilepsi (G40)	1	0,26

*Erkekler arasında

Hastaların beden kitle indeksleri ortalama 27,8'tir (SS=4,31; min.=20; maks.=44,3). BKİ <18,5 (zayıf) grupta hiçbir hasta saptanmamıştır. Kadınlarda obezite ve morbid obezite oranlarının erkeklere göre daha fazla, erkeklerde fazla kilolu (BKİ = 25 – 29,9 arası) olanların oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Çizelge 4.2. Hastaların cinsiyete göre beden kitle indekslerini; Şekil 4.12. erkek hastaların, Şekil 4.13. kadın hastaların BKİ'lerine göre dağılımlarını göstermektedir.

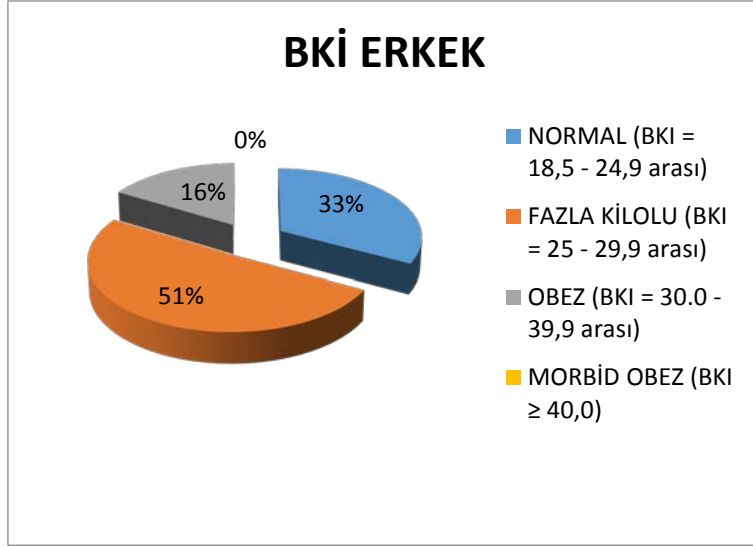
Kadınların BKİ değerleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$).

Yaş ile BKİ arasında zıt yönlü bir ilişki mevcuttur (Spearman korelasyon analizi, $p<0,05$).

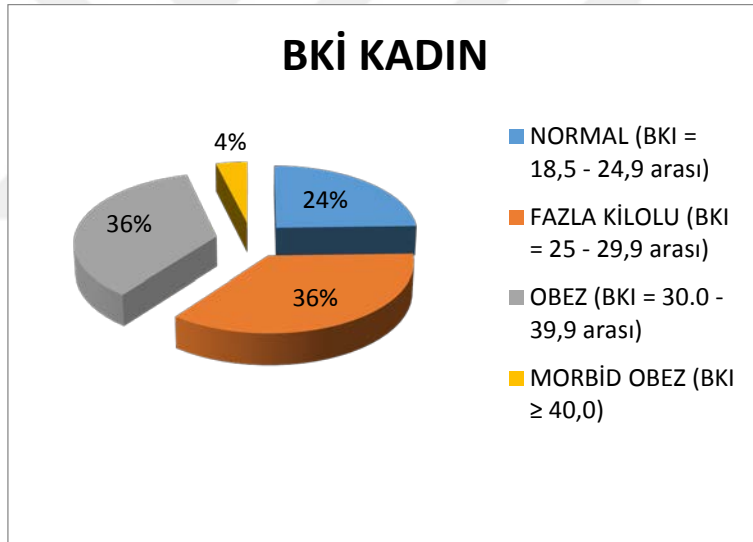
Eğitim düzeyi ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$).

Çizelge 4.2. Hastaların cinsiyete göre beden kitle indeksleri

		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
BKİ Gruplama	NORMAL (BKİ= 18,5-24,9)	66	44	110
	FAZLA KİLOLU (BKİ = 25-29,9)	102	64	166
	OBEZ (BKİ= 30,0- 39,9)	33	64	97
	MORBİD OBEZ (BKİ $\geq$ 40,0)	0	7	7
Toplam		201	179	380



Şekil 4.12. Erkek hastaların beden kitle indeksleri



Şekil 4.13. Kadın hastaların beden kitle indeksleri

Meslek ana grubu 6 (Nitelikli Tarım, Ormancılık ve Su Ürünleri Çalışanları) olan bireylerin BKİ değerleri diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann Whitney U Testi, $p < 0,05$).

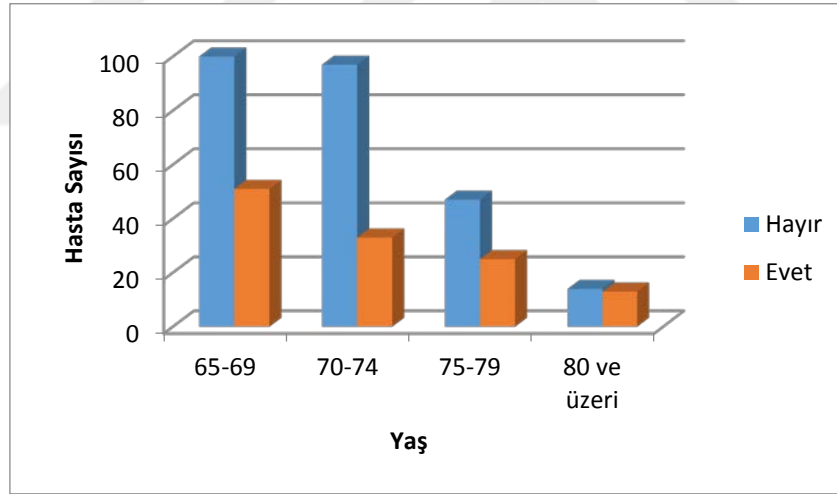
Alkol kullanımı ile BKİ değerleri arasında zıt yönlü bir ilişki mevcuttur (Spearman Korelasyon Analizi, $p < 0,05$).

4.4. Hastaların Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bulgular

Çalışmamıza dahil olan hastalara ağız-diş sağlığının durumu sorulduğunda, büyük çoğunluğu (%68, n=258) bu konuda sorununun olmadığı yanıtını vermiştir. Çizelge 4.3. ve Şekil 4.14. hastaların kendi ağız-diş sağlığı hakkındaki düşüncelerini göstermektedir.

Çizelge 4.3. Hastaların kendi ağız-diş sağlığı hakkındaki düşünceleri

		Ağız ve dişiniz ile ilgili sorunuz var mı?		Toplam
		Hayır	Evet	
Yaş grupları	65-69	100	51	151
	70-74	97	33	130
	75-79	47	25	72
	80 ve üzeri	14	13	27
Toplam		258	122	380

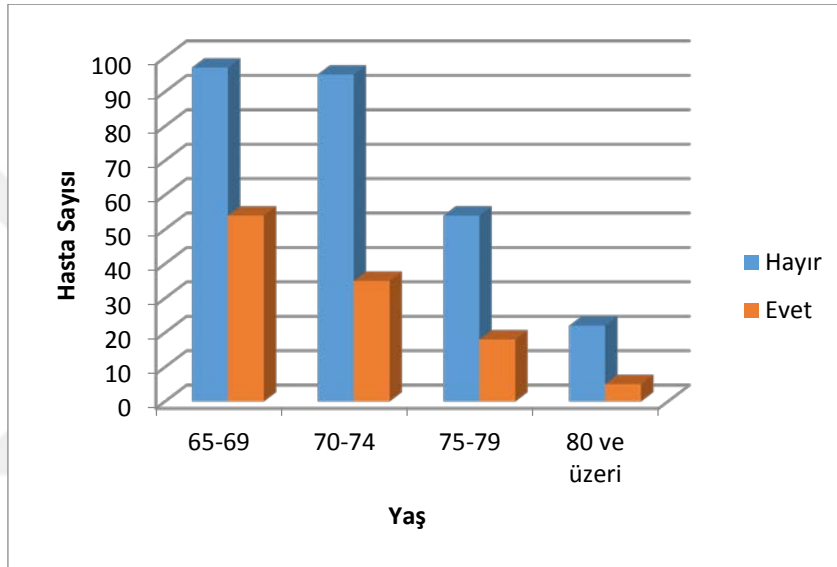


Şekil 4.14. Hastaların kendi ağız-diş sağlığı hakkındaki düşünceleri

Araştırmamıza katılan hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumları incelendiğinde 268 kişinin (%70) gitmediği anlaşılmıştır. Son bir yıl içinde diş hekimine gitmeyen hastaların oranı araştırmadaki tüm yaş gruplarında gitmiş olanlara göre fazladır. Çizelge 4.4. ve Şekil 4.15. hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumlarını göstermektedir.

Çizelge 4.4. Hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumları

		Son 12 ayda diş hekimine gittiniz mi?		Toplam
		Hayır	Evet	
Yaş grupları	65-69	97	54	151
	70-74	95	35	130
	75-79	54	18	72
	80 ve üzeri	22	5	27
Toplam		268	112	380

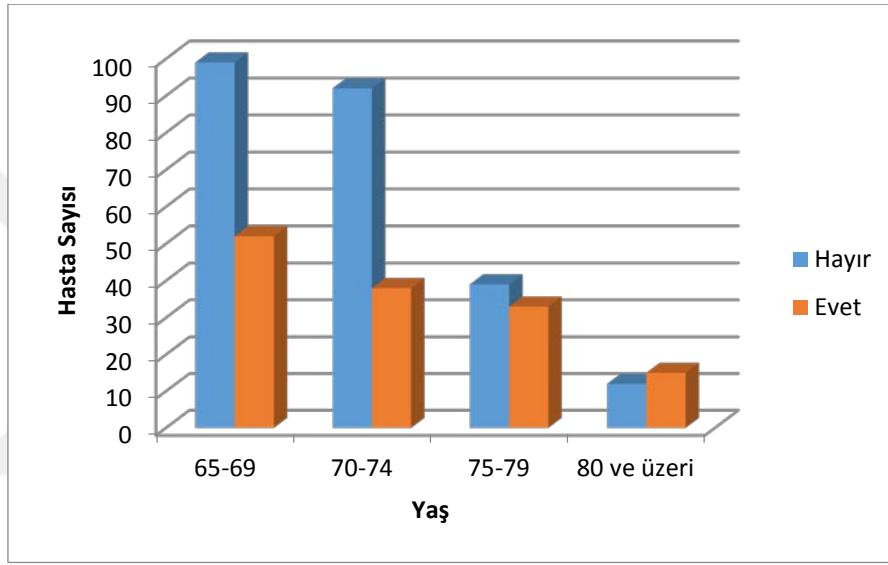


Şekil 4.15. Hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumları

Hastalara diş tedavisine gereksinimi olup olmadığı sorulduğunda tüm hastalar arasında büyük çoğunluk (%64, n=242) tedavi ihtiyacı olmadığı yönünde yanıt vermiştir. Seksen yaş ve üzerinde ise diş tedavisine ihtiyacı olduğu yönde olumlu cevap verenlerin sayısı (n=15), olumsuz cevap verenlere göre (n=12) daha fazladır. Çizelge 4.5. ve Şekil 4.16. hastaların diş tedavisi gereksinimleri hakkındaki düşüncelerini göstermektedir. Son on iki ayda diş hekimine gitmenin yaşla beraber azaldığı, yaşın ilerlemesi ile diş tedavisine ihtiyaç duyma sıklığının arttığı görülmektedir.

Çizelge 4.5. Hastaların diş tedavisi gereksinimleri hakkındaki düşünceleri

		Diş tedavisine ihtiyacınız var mı?		Toplam
		Hayır	Evet	
yaş	65-69	99	52	151
	70-74	92	38	130
	75-79	39	33	72
	80 ve üzeri	12	15	27
Toplam		242	138	380

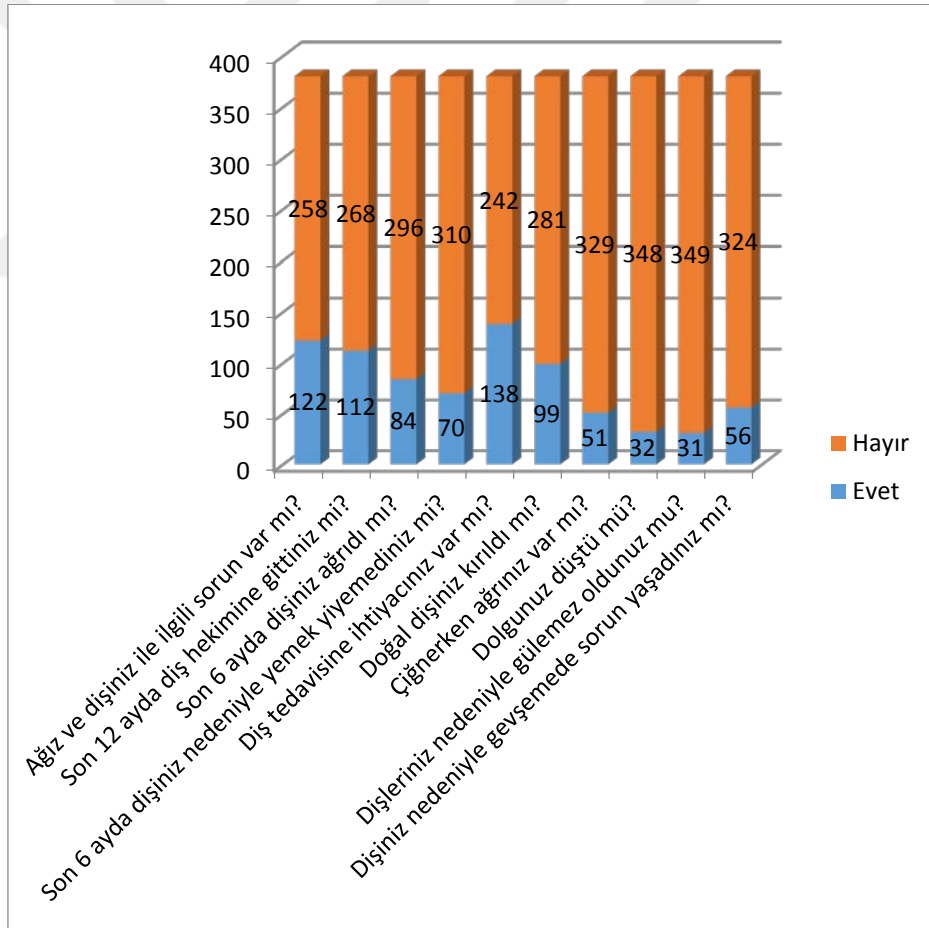


Şekil 4.16. Hastaların diş tedavisi ihtiyaçları olup olmaması sorusuna verdikleri yanıt

Araştırmamıza katılan hastalara, ağız-diş sağlıkları hakkında bazı sorular sorulmuştur. Çizelge 4.6.'da ve Şekil 4.17.'de hastalara sorulan sorular ve yanıtları görülmektedir.

Çizelge 4.6. Hastaların genel olarak ağız-diş sağlığı

	Evet	Hayır
Ağız ve dişiniz ile ilgili sorunuz var mı?	122	258
Son 12 ayda diş hekimine gittiniz mi?	112	268
Son 6 ayda dişiniz ağrıdı mı?	84	296
Son 6 ayda dişiniz nedeniyle yemek yiyemediniz mi?	70	310
Diş tedavisine ihtiyacınız var mı?	138	242
Doğal dişiniz kırıldı mı?	99	281
Çiğnerken ağrınız var mı?	51	329
Dolgunuz düştü mü?	32	348
Dişleriniz nedeniyle gülemez oldunuz mu?	31	349
Dişiniz nedeniyle gevşemede sorun yaşadınız mı?	56	324



Şekil 4.17. Hastaların genel olarak ağız-diş sağlığı

Son on iki ayda diş hekimine gitme durumu, diş tedavisine ihtiyaç olma durumu, diş nedeniyle gevşemede sorun yaşama yaş ile ilişkilidir (Mann Whitney U testi, $p>0,05$). Son on iki ayda diş hekimine gitme yaşla beraber azalmakta, yaşın ilerlemesi ile diş tedavisine ihtiyaç duyma sıklığı ve gevşemede sorun yaşama sıklığı artmaktadır. Diğerleriyle ilişki saptanamamıştır.

Diş hekimi muayenesi parametrelerine göre, kadınlarda son altı ay içinde diş ağrısı bulunma sıklığı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (Pearson ki-kare testi, $p<0,05$).

"Son on iki ayda diş hekimine gittiniz mi? Dolgunuz düştü mü? Dişleriniz nedeniyle gülemez oldunuz mu?" soruları haricindeki tüm sorulara hayır yanıtı veren bireylerin eğitim düzeyleri evet yanıtı verenlere göre daha yüksektir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Ağız ve dişi ile ilgili sorunu olmayan bireylerde alkol tüketimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$). Son altı ayda diş sorunu nedeniyle yemek yiyememiş olan bireylerde alkol tüketimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az bulunmuştur (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Son altı ayda dişi ağrıamamış olan bireylerde alkol tüketimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Son altı ayda dişi ağrıamış olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Son altı ayda dişi nedeniyle yemek yiyememiş olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Diş tedavisine ihtiyacı olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Doğal dişi kırılmış olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Çiğnerken ağrısı olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Çiğneme esnasında ağrı çeken bireylerin BKİ değerleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Çiğneme esnasında ağrısı olmayan bireylerde alkol tüketimi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Dişleri nedeniyle gülemez olmuş bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Dişleri nedeniyle gevşemede sorunu olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

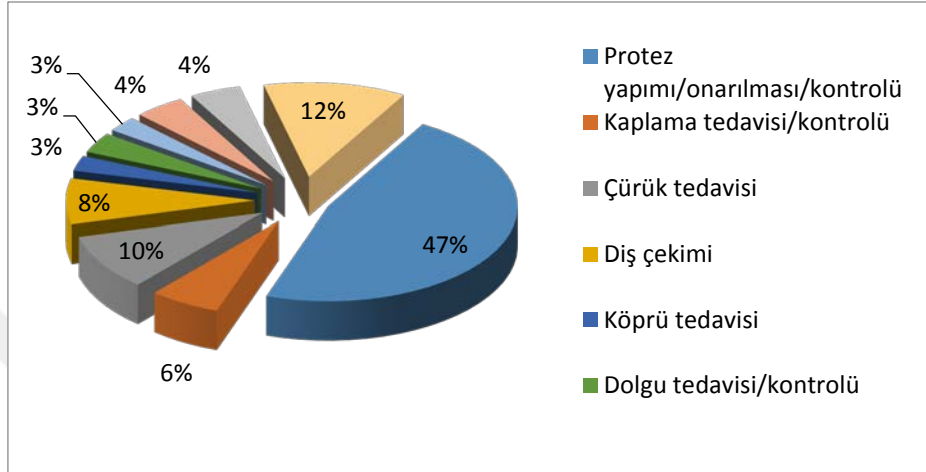
Dişi nedeniyle gevşemede sorun yaşayan bireylerin kronik hastalık sayıları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Meslek ana grubu 6 (Nitelikli Tarım, Ormancılık ve Su Ürünleri Çalışanları) olan bireylerin ağız-diş sağlığı sorunu bulunma durumu (Pearson Ki-kare Testi, $p<0,05$), dişi nedeniyle yemek yiyememe durumu (Fisher's Exact Test, $p<0,05$), diş tedavisine ihtiyaç duyma durumu (Pearson Ki-kare Testi, $p<0,05$), herhangi bir doğal dişin kırılmış olma durumu (Pearson Ki-kare Testi, $p<0,05$), çiğneme ağrısı olması durumu (Fisher's Exact Test, $p<0,05$) diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır.

Meslek ana grubu 4 (Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar) olan bireylerin herhangi bir doğal dişinin kırılmış olma durumu (Pearson Ki-kare Testi, $p<0,05$), çiğneme ağrısı olması durumu (Fisher's Ki-Kare Testi, $p<0,05$) ve gevşemede sorun bulunması durumu (Fisher's Ki-Kare Testi, $p<0,05$) diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır.

Meslek ana grubu 9 (Nitelik Gerektirmeyen Meslekler ve Sınıflandırılmamış Diğer Meslekler) olan bireylerin gevşemede sorun bulunması durumu diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Pearson Ki-Kare Testi, $p<0,05$).

Çalışmamıza katılan hastalara kendilerine uygulanması gerektiğini düşündükleri diş tedavileri sorulmuş ve 115 kişinin verdiği yanıtlara göre elde edilen sonuçlar, Şekil 4.18.'de ve Çizelge 4.7.'de belirtildiği şekilde gruplandırılmıştır. Hastalar arasında protez yapımı, onarılması veya kontrolüne ihtiyacı olanların sayısı (n=54, %47) en fazladır.



Şekil 4.18. Hastalara uygulanması gereken diş tedavileri

Çizelge 4.7. Hastalara uygulanması gereken diş tedavileri

Yapılacaklar	Hasta sayısı	Oran
Protez yapımı/onarılması/kontrolü	54	47,0
Kaplama tedavisi/kontrolü	7	6,1
Çürük tedavisi	11	9,6
Diş çekimi	9	7,8
Köprü tedavisi	3	2,6
Dolgu tedavisi/kontrolü	4	3,5
Diş temizliği	3	2,6
İmplant tedavisi/kontrolü	5	4,3
Diş ağrısı için muayene	5	4,3
Diğer	14	12,2
Toplam	115	100,0

Araştırmamızdaki 380 hastaya altı sorudan oluşan ağız diş sağlığı ölçeği (D-E-N-T-A-L) anketi uygulanmıştır. Bu ölçekte altı soru vardır. Sorulara yanıtlar 0-1-2 puan olarak skorlanmaktadır. Toplam ölçek skoru 0 ile 8 arasında

değişmektedir. Sorgulama sonucu alınan yanıtlardan 2 veya daha fazla puan alan hastalar diş hekimine yönlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan hastalara yöneltilen altı soruluk ‘ağız diş sağlığı ölçeği’ne göre bireylerin %44,5’inin (n=170) diş hekimi tarafından değerlendirmesi gerekmektedir.

ADSÖ skorlarına göre kadınların diş hekimi tarafından ileri değerlendirmeye ihtiyaç duyma sıklıkları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (Pearson ki-kare).

Çizelge 4.8. yaşlıların ağız ve diş sağlığı ölçeği skor dağılımlarını; Çizelge 4.9. ağız-diş sağlığı ölçeği puan durumunu; Çizelge 4.10. ağız-diş sağlığı ölçeği sonuçlarını göstermektedir.

Çizelge 4.8. Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Ölçeği Skor Dağılımları

	Ağız Diş Ölçeği Skoru								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Hasta Sayısı	110	100	52	67	16	14	9	11	1
Oran	%28.9	%26.3	%13.7	%17.6	%4.2	%3.7	%2.4	%2.9	%0.3

Çizelge 4.9. Ağız-Diş Sağlığı Ölçeği (ADSÖ) Puan Durumu

	Hasta Sayısı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
ADSÖ Toplam Puanı	380	0	8	1,78	1,799

Çizelge 4.10. Ağız-diş sağlığı ölçeği sonuçları

	Hasta sayısı	Oran
Normal bulgular	210	55,5
Diş hekimi tarafından ileri değerlendirme gerekir	170	44,5
Toplam	380	100,0

Kadınların ADSÖ skorları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$).

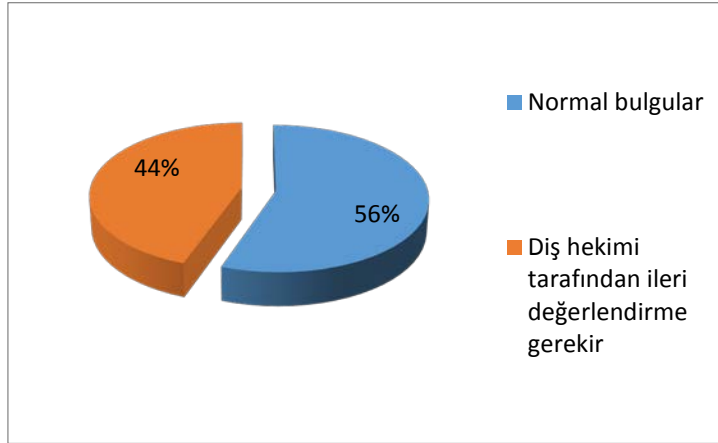
Evli olma durumu ile ADSÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U testi, $p>0,05$)

Yaş ve ADSÖ skoru arasında doğrusal bir ilişki vardır (Spearman korelasyon testi, $p<0,05$).

Sigara kullanmamış bireylerin ADSÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$). Sigarayı bırakmış bireylerin ADSÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

ADSÖ skoru ile alkol tüketimi arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttur (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$).

Ağız ve dişi ile ilgili sorunu olan bireyler kendi sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$). Şekil 4.19. hastalara uygulanan ağız-diş sağlığı ölçeği sonuçlarını göstermektedir.



Şekil 4.19. Ağız-diş sağlığı ölçeği sonuçları

Araştırmamıza katılan bireylere ‘Diş taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT)’ çizelgesine göre değerlendirmeler yapılmış ve 0-1-2 şeklinde puanlandırmalar sonucu bir hastaya ait 8 kategoriye içeren toplam

puan elde edilmiştir. Bir kategorinin puanı 1 veya 2 olduğunda hasta bu konuda diş hekimi randevusu alması için yönlendirilmiştir. OHAT çizelgesinde elde edilebilecek toplam puan 0 (çok sağlıklı) - 16 (çok sağlıksız) arasında değişebilmektedir.

Araştırma sonucuna göre OHAT toplam puanı ortalaması 1,78 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre araştırmaya katılan bireylerin ağız-diş sağlığı durumu 'sağlıklı'ya yakındır. Çizelge 4.11. OHAT toplam puanını göstermektedir.

Çizelge 4.11. OHAT Toplam Puanı

	Hasta Sayısı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
OHAT-Toplam Puanı	380	0	8	1,78	2,023

OHAT puanları açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Mann-Whitney U testi, $p>0,05$). Yaş ile OHAT skoru arasında doğru yönlü bir ilişki vardır (Spearman korelasyon analizi, $p<0,05$).

Evli olma durumu ile OHAT skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U testi, $p>0,05$).

OHAT ve ADSÖ skorları ile eğitim düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$).

Meslek ana grubu 2 (Profesyonel Meslek Grupları) olan bireylerin, ADSÖ değerleri ve OHAT değerleri diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Meslek ana grubu 4 (Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar) olan bireylerin OHAT değerleri diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Meslek ana grubu 6 (Nitelikli Tarım, Ormancılık ve Su Ürünleri Çalışanları) ve 9 (Nitelik Gerektirmeyen Meslekler ve Sınıflandırılmamış Diğer Meslekler) olan bireylerin ADSÖ değerleri ve OHAT değerleri diğer meslek

gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır (Mann Whitney U Testi, $p<0,05$).

Hem ADSÖ skorları hem de OHAT skorları ile bireylerin kendi sağlıklarını ne kadar olumlu değerlendirdikleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$).

Kronik hastalık sayısı ile ADSÖ skorları arasında doğru yönlü bir ilişki varken (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$), OHAT skorları ile kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Spearman Korelasyon Analizi, $p>0,05$).

Hem ADSÖ skorları hem de OHAT skorları ile bireylerin kendi sağlıklarını ne kadar olumlu değerlendirdikleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$).

Bireylerin son on iki ay içerisinde dış hekimine başvurma durumları ile OHAT ve ADSÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Mann-Whitney U Testi, $p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Merkezi Dağıtım Sisteminin 2016 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre ise Türkiye nüfusunun yaklaşık %49,8'i kadın ve yine %50,2'si erkektir (91). Araştırmamıza katılan bireylerin cinsiyet dağılımları, Türkiye geneli nüfusla karşılaştırıldığında oranlar birbirine yakın olmakla birlikte erkeklerin oranı kadınlardan biraz daha fazladır. Araştırmamızdaki kadın bireylerin oranı %47, erkek bireylerin oranı ise %53'tür. Bu fark erkeklerin daha bağımsız olarak sağlık bakımı arayabilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu Merkezi Dağıtım Sisteminin 2015 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre ülkemizde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin %61'i evlidir (91). Araştırmamıza katılan bireyler arasında bu oran %76,8'dir. Araştırmamıza katılan bireylerin %20'sinin eşi ölmüş iken Türkiye geneli 65 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %34'tür (91). Çalışmamıza katılan bireyler ile Türkiye geneli nüfus arasındaki bu farklılıkların nedeni araştırmanın toplum içinde yapılmamış olmasından kaynaklanabilir. Evli olmama olasılıkları yüksek daha yaşlı ve engelli kişilerin sağlık kurumuna erişiminin zor olması, evli kişilerin birbirlerine destek olarak hastane hizmetlerinden daha fazla yararlanması da bu farkı yaratmış olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin okur-yazar olmama oranı (%12), TÜİK ulusal eğitim istatistiklerine göre Türkiye geneli 65 yaş ve üzeri nüfustaki okur-yazar olmama oranına (%21,58) göre düşüktür (91) Lise (%16,3), yüksekokul (%8,9) ve üniversite mezunu (%11,8) olma oranlarının ise Türkiye geneli 65 yaş ve üzeri nüfustaki oranlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. TÜİK ulusal eğitim istatistiklerine göre Türkiye'de yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun %5,47'si lise, %4,76'sının yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görülmektedir (91). Buna göre araştırmamıza alınan bireylerin Türkiye geneli 65 yaş ve üzeri nüfusa göre daha eğitilmiş olduğu söylenebilir. Bu çalışmanın yapıldığı Antalya bölgesinde eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından ve çalışmanın bir üniversite hastanesi kliniğinde yürütülmüş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamıza katılan hastaların medeni durumu incelendiğinde 292 (%77) bireyin evli, 93 (%24,5) bireyin dul (eşi ölmüş veya boşanmış), 4 (%1)

bireyin ise bekar olduğu görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu Merkezi Dağıtım Sisteminin 2015 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Türkiye’de yaşayan 65 yaş üstü nüfusun %61’i evli, %3’ü dul (eşi ölmüş veya boşanmış), %2’si bekindir (91). Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile kıyaslandığında, araştırmamıza katılan 65 yaş ve üzeri bireylerde ‘evli olma’ durumunun daha yüksek oranda, ‘eşi ölmüş olma’ durumunun daha az oranda bulunduğu gözlenmektedir.

Araştırmamıza katılan bireyler İŞKUR’un ISCO-8 uyumlu sınıflandırmasına göre meslek gruplarına ayrılmıştır. İŞKUR’un bu meslek gruplarıyla ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişkiyi içeren çalışma olmadığı için sonuçlarımızı literatürle karşılaştıramıyoruz.

Kişilerin sigara ve alkol alışkanlıklarının da değerlendirildiği araştırmamızda, bireyler arasında aktif olarak sigara kullanma oranı %9’dur. Türkiye geneli yapılan bir sağlık araştırması sonucuna göre yaşlı bireylerde bu oran %4,82’dir (92). Çalışmamıza katılan hastalarda bu oran Türkiye geneline göre oldukça yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda alkol kullanma alışkanlığı değerlendirildiğinde hiç kullanmayanların oranı %67 iken Türkiye geneli yapılan araştırmada 65 yaş ve üstü bireylerde bu oran %85,4’tür (92). Bu durumda araştırmamıza katılan hastalar arasında alkol kullanmakta olma ya da kullanmış olma sıklığı ülke geneline göre daha yüksektir. Bu farklılık yukarıda da değinildiği gibi çalışmanın Antalya bölgesinde ve bir üniversite hastanesi kliniğinde yürütölmüş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamız sonucuna göre sigara içiciliği ve alkol tüketimi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir (Kruskal Wallis testi, $p>0,05$). TÜİK’in 2012 yılında yaptığı Türkiye geneli araştırmasına göre de yaş ile sigara ve alkol alışkanlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır (92).

Araştırmamıza katılan hastalar içinde kadınların sigara kullanma sıklıkları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$). Türkiye genelinde yapılan bir diğer araştırmada da sonuç, yaşlı bireylerde erkeklerin sigara kullanma sıklığının daha fazla olduğu yönündedir (92).

Araştırmamıza katılan hastalar içinde kadınların alkol tüketme sıklıkları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha azdır (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$). Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada erkeklerde alkol tüketme oranı kadınlara göre yüksek bulunmuştur (92).

Hastaların genel sağlık düzeyleri değerlendirildiğinde sadece %4'ü ($n=9$) sağlığının mükemmel olduğunu bildirmiştir. Sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin oranı %3, orta düzeyde olarak değerlendirenlerin oranı ise %34'dür. Katılımcıların %40'ı sağlığını iyi; %19'u ise çok iyi olarak değerlendirmiştir. Türkiye genelinde yapılan bir sağlık araştırmasının sonuçlarına göre ise 65 yaş üstü bireylerin %46'sı sağlık durumunu iyi/çok iyi, %54'ü kötü/çok kötü olarak belirtmiştir (92). Bireylerin kendi sağlık düzeylerini değerlendirmelerine göre, kadınların sağlık düzeyleri erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha kötüdür (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$). Türkiye geneli yapılan sağlık araştırmasının sonuçlarıyla da bu durum örtüşmektedir (92).

Araştırmamıza dahil edilen bireylerin %83,4'ünde ($n=319$) multimorbidite tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan bir başka araştırmada da (65 yaş üstü bireylerde) bu oran %83,5 çıkmıştır (93). Araştırmamızdaki bireylerin kronik hastalık sayısı ortalaması 3,69 (min:0, maks:12, ss:2,28) olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılmış bir başka araştırmada da 65 yaş ve üzeri erişkinlerde kronik hastalık sayısı ortalaması 2,78, multimorbidite oranı %83 olarak hesaplanmıştır (93).

Araştırmamıza katılan bireylerde en sık gözlenen 5 hastalığın esansiyel hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, kronik iskemik kalp hastalığı ve artroz olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) 2012 verileri ile araştırmamızdaki sık görülen hastalıklar örtüşmektedir (94).

Ülkemizde bölgesel olarak yapılmış ve yaşlıda sık rastlanan hastalıkların prevalansı ile ilgili bazı çalışmalar bulunmaktadır. Diker ve arkadaşlarının yaptığı 236 yaşlının alındığı çalışmada, yaşlıda rastlanan en sık kronik hastalıklar hipertansiyon (%44,1); kalp hastalıkları (%25,4); romatizmal hastalıklar (%27,5); diyabet (%14) ve osteoporoz (%9,7) olarak bulunmuştur (95). Karaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı 619 yaşlının alındığı çalışmada ise, kardiyovasküler

hastalıklara (HT, aterosklerotik kalp hastalığı, aritmi, kalp yetmezliği) %74,3; endokrin hastalıklara (DM, tiroid hastalığı vs) %34,5; gastrointestinal sistem hastalıklarına %33,7; solunum hastalıklarına %23,9; enfeksiyonlara %15,9 oranında rastlanmıştır (96). Yirmi FTR polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri toplam 820 hastanın alındığı Sevinç ve arkadaşlarının çalışmasında ise, katılımcıların %86'sının bir veya daha fazla komorbid hastalığı mevcut olup, en sık hipertansiyon (HT) daha sonra mide ve kalp hastalıkları olduğu görülmüştür (97).

Bireylerin kronik hastalık sayısı ortalaması kadınlarda 4,13 (min:0, maks:11, ss:2,26), erkeklerde 3,30 (min:0, maks:12, ss:2,24), toplamda 3,69 (min:0, maks:12, ss:2,28) olarak hesaplanmıştır ve yaş ile kronik hastalık sayısı arasında doğru yönlü bir ilişki mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir diğer araştırmada 60 yaş üstü bireylerde kronik hastalık sayısı kadınlarda ortalama 2,74, erkeklerde ise ortalama 2,12 olarak hesaplanmıştır ve yine yaş ile kronik hastalık sayısı arasındaki ilişki doğru yönlüdür (93).

Çalışmamızda saptanan multimorbidite oranları cinsiyete göre incelendiğinde multimorbidite olan kadınların araştırmadaki tüm kadınlara oranı %90, erkeklerde ise bu oran %80'dir. Türkiye'de yapılmış bir diğer araştırmada (60 yaş üstü bireylerde) bu oran kadınlarda %64,5; erkeklerde %93,3 olarak hesaplanmıştır (93). Ayrıca çalışmamıza göre, yaş ilerledikçe multimorbid olma olasılığı artmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmanın sonuçlarıyla bu durum örtüşmektedir (92).

Çalışmamız sonucuna göre, multimorbidite, evlilik ve ağız-diş sağlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Pearson ki-kare testi, $p>0,05$). Bu konunun araştırıldığı başka çalışmaya rastlanılmadığı için bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması sonuçlarında beden kitle indeksi değerlerine bakıldığında 65 yaş ve üzeri nüfusun %2,46'sının zayıf, %23,04'ünün normal, %44,24'ünün fazla kilolu, %30,26'sının obez olduğu görülmektedir (98). Çalışmamızda zayıf birey bulunmamakla birlikte, çalışmamıza katılan bireylerin %29'u (n=110) normal

kilolu, %44'ü (n=166) fazla kilolu, %25,5'i (n=97) obez kategorisindedir. Bu verilerle araştırmamızdaki BKİ değerleri örtüşmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yaptığı bir araştırmaya göre BKİ ortalamalarına bakıldığında Türkiye'de yaşayan 65 yaş üzeri erkeklerin yaklaşık %43'ü fazla kilolu, %16,5'i ise obez kategorisindedir. Yine bu araştırmaya göre kadınların %32,85'i fazla kilolu, yaklaşık %32'si ise obez kategorisindedir (92). Bu verilere göre, çalışmamıza katılan bireylerin BKİ değerleri Türkiye ortalamasına yakın değerlerdedir. Çalışmamızdaki erkek bireylerin %51'i (n=102) fazla kilolu, %16'sı (n=33) ise obez kategorisinde yer almaktadır. Çalışmamıza katılan kadın bireylerin ise %36'sı (n=64) fazla kilolu, %36'sı (n=64) obez kategorisindedir.

Araştırmamıza göre yaşlı bireylerin son on iki ay içinde diş hekimine gitme oranı %30'dur. TÜİK tarafından 2012 yılında yapılan Türkiye geneli bir sağlık araştırmasında 65 yaş ve üstü bireylerde bu oran %16,55'tir (92). 2004 yılında Türkiye'de yapılan bir başka sağlık araştırmasında ise bu oran yalnızca %20,2'dir (n=1520) (99). Buna göre çalışmamıza katılan yaşlı hastaların diş hekimine gitme oranı yüksektir.

Çalışmamıza katılan hastalara yöneltilen altı soruluk 'ağız diş sağlığı ölçeği'ne göre bireylerin %44,5'inin (n=170) diş hekimi tarafından ileri değerlendirilmesi gerekmektedir. Fakat hastalara yöneltilen 'Ağız ve dişiniz ile ilgili sorun var mı?' sorusuna sadece 122 (%32) kişi 'evet' yanıtını vermiştir. Amerika'da yaşlı bireylere aynı ölçek (D-E-N-T-A-L veya ADSÖ) kullanılarak yapılan bir araştırmada diş hekimleri tarafından ileri değerlendirme gerektiren bireylerin oranı %82'dir. Yine bu çalışmada kişilerin ağız sağlığı ile ilgili sorunu olduğunu düşünenlerin oranı %42'dir (100). Bu sonuçlara göre yaşlı bireylerde ağız-diş sağlığı problemleri genel olarak fazla; fakat bu konuda diş hekimi yardımı alması gerektiğini düşünenlerin oranı düşüktür.

Çalışmamızda ADSÖ skorları ve sigara kullanımı arasında doğru yönlü bir ilişki, ADSÖ skorları ile alkol kullanımı arasında ise zıt yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Kadınların ADSÖ skorları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Mann-Whitney U testi, $p<0,05$). Ağız diş sağlığı

ölçeğinin kullanıldığı farklı çalışmalarda sigara ve alkol kullanımı, kadın ve erkeklerin skorların karşılaştırılması ele alınmamıştır.

Araştırma sonucuna göre OHAT toplam puanı ortalaması 1,78 olarak hesaplanmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan bireylerin ağız-diş sağlığı durumu genel olarak sağlıklıya yakındır. Amerika’da OHAT ölçeği kullanılarak yapılan, yine yaşlıları kapsayan (n=455) bir çalışmada toplam puan 2,4-2,7 arasında hesaplanmıştır (101). Bizim çalışmamızda hastalarımız Amerikalılara göre daha sağlıklı görünmektedir. Bu fark çalışmaya alınan kişilerin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda OHAT puanları açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Mann-Whitney U testi, $p>0,05$). Yaş ile OHAT skoru arasında doğru yönlü bir ilişki vardır (Spearman korelasyon analizi, $p<0,05$). Evli olma durumu ile OHAT skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Mann-Whitney U testi, $p>0,05$). OHAT kullanılarak yapılan farklı çalışmada bu veriler incelenmemiştir.

OHAT ve ADSÖ skorları ile eğitim düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$). Hem ADSÖ skorları hem de OHAT skorları ile bireylerin kendi sağlıklarını ne kadar olumlu değerlendirdikleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$). Kronik hastalık sayısı ile ADSÖ skorları arasında doğru yönlü bir ilişki varken (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$), OHAT skorları ile kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Spearman Korelasyon Analizi, $p>0,05$) Hem ADSÖ skorları hem de OHAT skorları ile bireylerin kendi sağlıklarını ne kadar olumlu değerlendirdikleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Spearman Korelasyon Analizi, $p<0,05$). Bireylerin son on iki ay içerisinde diş hekimine başvurma durumları ile OHAT ve ADSÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Mann-Whitney U Testi, $p>0,05$). ADSÖ ve OHAT anketlerinin bir arada kullanıldığı başka çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda yer alan ‘yaşlı bireylerin ağız diş sağlığı durumunu içeren anket’ ve ‘hastalara uygulanması gereken diş tedavileri anketi’ gibi konuları

inceleyen başka örnek çalışmaya rastlanılmamıştır. Yaşlı ağız diş sağlığını araştıran çalışmalar genellikle diş hekimleri tarafından yapılmış olup, bu nedenle detaylı ağız-diş muayenesi sonuçlarını içermektedirler (15, 17, 20, 42). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı ağız-diş sağlığı hakkındaki görüşlerini içeren başka bir araştırma yoktur.



6. SONUÇLAR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran yaşlı bireylerin ağız-diş sağlığının durumuna, ileri diş hekimi değerlendirmesi gereksinimine ve yapılması gereken tedavilere, aile hekimleri tarafından dikkat çekilmesinin amaçlandığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmamıza 380 hasta katılmıştır. Bu hastaların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %47'si (n=179) kadın, %53'ü (n=201) erkektir.
- Erkeklerin yaş ortalaması 71,8, kadınların yaş ortalaması 71,4'tür.
- Hastaların eğitim düzeylerine baktığımızda; ilkokul mezunu (beş yıllık eğitim) oranının (%35, n=133) en fazla olduğu görülmüştür. Lise mezunu oranı %16,3 (n=62), üniversite ve yüksek okul mezunlarının oranı %20,7 (n=79), okur-yazar olmama oranı ise %11,6 (n=44) 'dır.
- Araştırmamıza katılan hastaların medeni durumu incelendiğinde; 292 (%77) bireyin evli, 93 (%24,5) bireyin dul (eşi ölmüş veya boşanmış), 4 (%1) bireyin ise bekar olduğu görülmüştür.
- Araştırmamıza katılan hastaların %5,3'ünün halen bir işte çalıştığı, %32,4'ünün emekli olduğu tespit edilmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta sayısı 10 (%2,6), SGK güvencesi altında olan hasta sayısı 351'dir (%92,4).
- Sigara kullanımına baktığımızda, hastaların yaklaşık yarısının (n=186; %49) hiç sigara kullanmadığı; 152 (%40) hastanın daha önceden sigara kullanıcısı olup bıraktığı ve 36 (%9) hastanın ise halen sigara içicisi olduğu görülmüştür.
- Alkol kullanımına bakıldığında, 254 (%66,8) kişinin alkol kullanma alışkanlığının olmadığı, 100 (%26,3) kişinin ayda bir ya da daha az alkol aldığı, 16 (%4,2) kişinin ayda birden fazla, haftada birden fazla ya da her gün alkol aldığı saptanmıştır.
- Hastaların genel sağlık düzeyleri değerlendirildiğinde sadece %4'ü (n=9) sağlığının mükemmel olduğunu bildirmiştir. Sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin oranı %3, orta düzeyde olarak değerlendirenlerin oranı ise

%34'tür. Katılımcıların %40'ı sağlığını iyi; %19'u ise çok iyi olarak değerlendirmiştir.

- Hastaların kronik hastalık sayıları incelendiğinde, hasta başına ortalama 2,52 adet kronik hastalığa sahip oldukları hesaplanmıştır (SS=1,98 min=0; maks.=11). Araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%84, n=319) iki veya daha fazla sayıda kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Hiçbir raporlu kronik hastalığı olmayan hastaların oranı ise tüm hastalar içinde %18,7'dir (n=71). Bireylerin kronik hastalık sayısı ortalaması kadınlarda 4,13 (min:0, maks:11, ss:2,26), erkeklerde 3,30 (min:0, maks:12, ss:2,24), toplamda 3,69 (min:0, maks:12, ss:2,28) olarak hesaplanmıştır.
- Araştırmamıza katılan bireylerde en sık gözlenen beş hastalığın esansiyel hipertansiyon (%60), diyabetes mellitus (%32,37), hiperlipidemi (%29,74), kronik iskemik kalp hastalığı (%26,05) ve artroz (%21,84) olduğu görülmektedir.
- Çalışmamızdaki bireylerin BKİ değerleri incelendiğinde; erkek bireylerin %51'i (n=102) fazla kilolu, %16'sı (n=33) ise obez kategorisinde yer almaktadır. Çalışmamıza katılan kadın bireylerin ise %36'sı (n=64) fazla kilolu, %36'sı (n=64) obez kategorisindedir.
- Çalışmamıza dahil olan hastalara ağız-diş sağlığının durumu sorulduğunda, büyük çoğunluğu (%68, n=258) bu konuda sorununun olmadığı yanıtını vermiştir. Sorunu olduğu yönde cevap verenlerin çoğunluğu ise 65-69 yaş aralığındaki bireylerden (n=51) oluşmaktadır.
- Araştırmamıza katılan hastaların son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumları incelendiğinde 268 kişinin (%70) gitmediği anlaşılmıştır. Son bir yıl içinde diş hekimine gitmeyen hastaların oranı araştırmadaki tüm yaş gruplarında gitmiş olanlara göre fazladır.
- Hastalara diş tedavisine gereksinimi olup olmadığı sorulduğunda tüm hastalar arasında büyük çoğunluk (%64, n=242) tedavi ihtiyacı olmadığı yönünde yanıt vermiştir. Seksen yaş ve üzerinde ise diş tedavisine ihtiyacı olduğu yönde olumlu cevap verenlerin sayısı (n=15), olumsuz cevap verenlere göre (n=12) daha fazladır.

- Son on iki ayda diş hekimine gitmenin yaşla beraber azaldığı, yaşın ilerlemesi ile diş tedavisine ihtiyaç duyma sıklığının arttığı görülmüştür.
- Araştırmamıza katılan bireyler arasında; kendi beyanlarına göre, ağız diş sağlığı sorunu olan 122 (%32), son on iki ayda diş hekimine giden 112 (%29), son altı ayda dişi ağrıyan 84 (%22), son altı ayda dişi nedeniyle yemek yiyemeyen 70 (%18), diş tedavisine ihtiyacı olan 138 (%36), doğal dişi kırılan 99 (%26), çiğnerken ağrısı olan 51 (%13), dolgusu düşmüş olan 32 (%8), dişleri nedeniyle gülemez olan 31 (%8), dişi nedeniyle gevşemede sorun yaşayan 56 (%14) kişi bulunmaktadır.
- Araştırmamıza katılan hastalara yöneltilen ‘‘kendilerine uygulanması gerektiğini düşündükleri diş tedavileri’’ sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde bazı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre; protez yapımı, onarılması veya kontrolüne duyulan ihtiyaç oranı en fazladır (%47 n=54). Kaplama tedavisi/ kontrolü isteyen 7 (%6,1), çürük tedavisi isteyen 11 (%9,6), diş çekimi gerektiğini düşünen 9 (%2,6), köprü tedavisine ihtiyaç duyan 3 (%2,6), dolgu tedavisi/ kontrolü düşünen 4 (%3,5), diş temizliği isteyen 3 (%2,6), implant tedavisi/ kontrolü gereken 5(%4,3), diş ağrısı için muayene ihtiyacı duyan 5 (%4,3), bunların dışında farklı bir tedavi gereksinimi duyan 14 (%12,2) kişi belirlenmiştir.
- Çalışmamıza katılan hastalara yöneltilen altı soruluk ‘ağız diş sağlığı ölçeği’ne göre bireylerin %44,5’inin (n=170) diş hekimi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Araştırma sonucuna göre OHAT toplam puanı ortalaması 1,78 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre araştırmaya katılan bireylerin ağız-diş sağlığı durumu ‘sağlıklı’ya yakındır.

Yaşlanmanın organizma üzerindeki etkileri arasında, ağız boşluğunda ve onu çevreleyen dokularda meydana gelen değişiklikler önemli bir yer tutar. Bu değişikliklerin oluşumu ve bunlara bağlı olarak gelişen ağız, diş ve dişeti hastalıkları yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Bu olaylarda; bireyin ağız hijyeni, diş hekimine başvuru sıklığı, medikal durumu, alışkanlıkları ve kullandığı ilaçlar gibi faktörler önemli rol oynar.

Aile hekimliği, tüm yaş, cinsiyet, organ ve hastalığı kapsayan uygulama alanı içinde; fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısıyla bütün olarak değerlendirildiği bir tıp disiplini­dir. Sağlık hizmetlerinde yaşlıların en sık başvurduğu sağlık çalışanı da aile hekimleridir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin, hastaların ağız diş sağlığı hakkında bilgi edinebilecekleri bazı anketlere ve sonuçlarına yer verilmiştir. Yaşlıların beslenmesini ve buna bağlı olarak genel sağlığını da etkileyen ağız diş sağlığı hakkında yardım almalarını gerektirecek durumları aile hekimleri belirleyebilmelidir. Ağız-diş sağlığı hakkında yaşlı bireylere soracakları bazı sorular ve verilen cevapların sonucuna göre hastayı, ileri değerlendirme için diş hekimine yönlendirebilirler.

7. ÖZET

Araştırmamızda, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran yaşlı bireylerin ağız-diş sağlığının durumuna, ileri diş hekimi değerlendirmesi gereksinimine ve yapılması gereken tedavilere dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamız tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanmış; bir anket seti yoluyla yüz yüze görüşme ve ayrıntılı diş hekimi muayenesi şeklinde yapılmıştır. Veriler, SPSS ver. 23.0'ı kullanarak analiz edilmiştir. Karşılaştırmada, Ki-kare, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmış ve $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya 65 yaş ve üzeri 380 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %47'si kadın, %77'si evli, %88'i okur-yazardır. %48'i multimorbiddir. Kendi beyanlarına göre, %68'inin ağız-diş sağlığı ile ilgili sorunu yokken, bir başka soruda bireylerin %36'sı diş tedavisine ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Son bir yılda diş hekimine gidenlerin oranı %29'dur. Hastalara uygulanması gereken diş tedavileri incelendiğinde; protez yapımı, onarılması veya kontrolüne duyulan ihtiyaç oranı en fazladır (%47; $n=54$). Ağız-diş sağlığı ölçeğine göre bireylerin %44,5'inin ($n=170$) diş hekimi tarafından değerlendirmesi gerekmektedir. OHAT toplam puanı ortalaması 1,78 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre araştırmaya katılan bireylerin ağız-diş sağlığı durumu 'sağlıklı'ya yakındır.

Araştırmamızda yaşlı bireylerde, tüm sağlık sorunlarının içinde sıklıkla rastlanılan ağız-diş sağlığı hakkındaki sorunlara ve bunların belirlenmesinde aile hekiminin yaşlı hastaya sorabileceği sorulara yer verilmiştir. Aile hekimleri yaşlı hastalara hizmet verirken, bu hastaların ağız-diş sağlığını da irdeleyebilmeli ve gerekli diş hekimi yönlendirmelerini yapmalıdırlar.

Anahtar sözcükler: aile hekimliği, yaşlı, ağız ve diş sağlığı

8. ABSTRACT

Our research was aimed to draw attention to the condition of mouth-dental health, the need for further dentistry evaluation and the treatments that should be done for elderly individuals who applied to Family Medicine Outpatient Clinic of Akdeniz University Faculty of Medicine for any reasons.

Our research was conducted as a face-to-face interview and a detailed dental examination through a descriptive and cross-sectional questionnaire.

The data were analyzed using SPSS ver. 23.0. In comparison, Chi-square, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis were used and $p < 0,05$ value was accepted as significant.

380 people, 65 years of age and over 65 years of age, were included in the study. 47% of the participants were women, 77% were married, and 88% were literate. 48% are multimorbid. According to their own statements, 68% stated that while there was no problem with oral health, in another question, 36% of the individuals required dental treatment. The rate of those going to dentist in the last 1 year is 29%. When the dental treatments to be applied to the participants were examined, the need for the prosthesis construction, repair or control was found to be the highest (%47; $n=54$). According to the oral-dental health scale, 44.5% of the individuals ($n = 170$) should be evaluated by the dentist. OHAT total score average was calculated as 1,78. According to this result, oral-dental health of the individuals participating in the research is closer to health.

In our research, the problems about oral health and dental health, which are frequently encountered in all health problems, and the questions that the family physician might ask elderly patients were mentioned. When family physicians serve elderly patients, they should also be able to examine their oral and dental health and make the necessary dentist referrals.

Key words: family medicine, elderly, oral and dental health.

9. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and Health. 2015, Fact sheet No: 404. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/> Erişim tarihi: 10.09.2016
2. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları 2013-2075. Erişim. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. Erişim tarihi: 10.09.2016
3. Berg R, Morgenstern NE. Physiologic changes in the elderly. Dent Clin North Am 1994;41(4):651-68
4. Dişçigil G. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı, The Journal of Turkish Family Phycian 1997;1(1):29-30
5. Kutsal YG. Neden Geriatri Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009, 55 (Özel Sayı 2);51-6
6. Özkan G, Kanlı A. Changes in the Oral Cavity Due to Ageing, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi. 2012;46(3):68-78
7. Zach L. The Oral Cavity. Rossman I (Ed.): Clinical Geriatrics. J.B. Lippincott Co. Pbiladeiphia. 1979; s: 618-637.
8. Turkish Society of Public Health Specialists /Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Aslan D, Ertem M (Ed.). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözömler 2012;1(1):1-8
9. Kutsal YG. Yaşlanan dñyanın yaşlanan insanları. Geriatri, Türk Tabipleri Birliği yayını, Ankara, 2007; p. 13-9
10. Kutsal YG. Yaşlanan Dñyanın Yaşlanan İnsanları. Temel Geriatri, Türk Geriatri Derneği Yayını, Ankara, 2008; s: 9-15.
11. Dik A, Yenice Z, Tanlı S. Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Katkısı, Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı, 2004; 9(2-3): 51-53.
12. Ergün ÖG, Uęuz ř, Bozdemir N, Saatçi E, Akpınar E. Yaşlılık, Depresyon ve Serum Kolesterol Dñzeyi Arasındaki İlişki. Arřiv Kaynak Tarama Dergisi 2001; 10:419-425.
13. şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve Koruyucu Tıp. GeroFam 2010; 1(1):49-68.

14. Coleman P. Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook* 2005;53(1):33-39.
15. Nazliel H. Yaşlıda ağız ve diş sağlığı *Geriatrici* 1999;2(1):14-21.
16. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
17. Önem E, Tuğsel EZ. Changes in Chewing System With Aging İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2012;46(2):58-65.
18. Miegel K, Wachtel T. Improving the oral health of older people in long-term residential care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 2009;4(2):97-113.
19. Fitzpatrick J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(6):1325-1332.
20. Ünsal B. Yaşlı Bireylerdeki Ağız Ve Diş Sağlığı, GÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2000;19(1):45-49.
21. Allen PF, Whitworth JM. Endodontic considerations in the elderly. *Gerodontology* 2004;21(4):185-94.
22. Eriksen HM, Kirkevang LL, Petersson K. Endodontic epidemiology and treatment outcome: General considerations. *Endod Topics* 2002;2(1):1-9.
23. Yıldız S, Işık G, Geriatrik Hastalarda Protezlerin Ağız Sağlığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2012;46(1):11-16
24. Yeh C, Katz MS, Saunders MJ. Geriatric Dentistry: Integral Component to Geriatric Patient Care; *Taiwan Geriatrics & Gerontology* 2008;3(3):182-192.
25. Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *Journal of the American Dental Association* 2002;133(10):1369-1379.
26. Macentee M, Macinnis B, Mckeown L, Sarapuchiello T. Dignity With A Smile Oral Healthcare For Elders In Residential Care A Report For The Federal Dental Advisory Committee 2008. 2009;1(1):5-14

27. Uzun H. Yaşlıda Oral Periodontal ve Dental Yapının Klinik Histopatolojik ve İmmünohistolojik İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Periodontoloji Programı Doktora Tezi. Ankara 1996; s:11-25
28. Koduganti RR, Gorthi C, Reddy PV, Sandeep N. Osteoporosis: "A risk factor for periodontitis" Journal of Indian Society of Periodontology 2009;13(2):8-36
29. Budtz-Jergensen E, Prosthodontics for the Elderly:Diagnosis and Treatment Quintessence Publishing Co. Inc. 1999; s:266-600.
30. Kurşunlu SF, Öztürk VÖ. Periodontal Hastalıkta Yaşlılık İle Kemik Markırlarının İlişkisi; Balıkesir Sağlık Bil Dergisi, 2013;2(3):183-184
31. Haumschild MS, Haumschild RJ. The importance of oral health in long-term care. Journal of the American Medical Directors Association 2009;10(9):667-671.
32. Çelenligil H. Yaşlıda Diş Hastalıkları. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.) Geriatri. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1997;2:815-837
33. Hand JS, Munt RJ, Kohout FJ. Five-year incidence of tooth loss in lowans aged 65 and older. Community Dent Oral Epidemiol 1991;19(1):48-51
34. Abdellatif HM, Burt BA. An. epidemiological investigation into the relative importance of age and oral hygiene status as determinants of pedodontitis. J Dent Res 1987;66(1);13-18.
35. John Wiley, Sons A/S and The Gerodontology Society. Epidemiology of oral health conditions in older people. Published by John Wiley & Sons Ltd, Gerodontology 2014;31(Suppl.1):9-16.
36. Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, MacMahon J. The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke. QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians 1995;88(6):409-413.
37. Walls AW, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. Mechanisms of Ageing and Development 2004;125(12):853-857.
38. Porter SR, Scully C, Hegarty AM. An update of the etiology and management of xerostomia. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics 2004;97(1):28-46.

39. Murphy WM, Poyrazoğlu E, Tuncelli B. Yaşlı Bireylerin Diş Tedavileri. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 1999;33(1234):167-174.
40. Aktaş A, Özbek M, Tümer C, Taşar F. Xerostomia In Elderly Population (Yaşlı Bireylerde Ağız Kuruluğu); *Turkish Journal Of Geriatrics* 2010;13(4):285-290.
41. Baum B, Bodner L. Aging and oral motor function: Evidence for altered performance among older persons. *J Dent Res* 1983;62(1):2-6.
42. Shay K, Ship JA. The Importance of Oral Health in the Older Patient; *Jags* 1995;43(12):1414-1421.
43. Erban JK. Hematology problem of the elderly. In Reichel W(ed). *Care of Elderly: Clinical Aspects of Aging*, 4th ed. Baltimore, Williams& Wilkins 1995; s:373-380.
44. Shulman JD, Beach MM, River -Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(9):1279-86.
45. Nevalainen MJ, Narhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil* 1997;24:332-334.
46. Hashemipour MA. Dental Management And Oral Complications In Elderly, *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(4):198-201.
47. Dünder N, Kal BI. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish School of Dentistry. *Gerontology*, 2007;53(3):165-72.
48. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevelanca of oral mucosal lesions in people in Santiago, *J Oral Pathol Med Chile* 2003;32:571-574.
49. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP; Oral mucosal conditions in elderly dental patients; *Oral Dis.* 2002;8(4):218-23.
50. Tekin M, Çam OH. Oral Mukoza Hastalıkları ve Semptomatolojisi, *Klinik Gelişim* 2012;25:93-98.
51. Pindborg JJ. Pathology and Treatment of Diseases in Oral Mucous Membranes and Salivary Glands. Holm-Pedersen P-Löe H (Ed.): *Geriatric*

- Dentistry A Textbook of Oral Gerontology Munksgaard Copenhagen 1986, s: 290-306.
52. Hashemipour MS. Dental management and oral complication in old adults. Turk J Geriatrics 2008;11(supplement 1):29.
53. Yılmaz H, Yıldırım D. Huzurevinde yaşayan bireylerde oral mukozal durum; S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2008;15:7-10.
54. Laskaris G. Ağız hastalıklarının tedavileri. çev. Esmâ Kürklü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2007;s: 47-71.
55. Özkan YK, Özcan M, Kulak Y, Kazaoglu E, Arıkan A. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul. Gerodontology, 2011;28(1):28-36.
56. Kamak G, Özgöz M. Fenitoine Bağlı Dişeti Büyümesinin Tedavisi Ve Uzun Dönem Takip Sonuçları: Olgu Raporu, Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. J Dent Fac Atatürk Uni Supplement 2012;6:16-20.
57. Napier SS, Speight P M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature; Journal of Oral Pathology Medicine 2008;1:1-10.
58. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları Ve Yaklaşımlar Geriatri Derneği Eğitim Serisi 2008;1:7-30
59. Baum Bj, Bodner L; Aging and Oral Motor Function: Evidence for Altered Performance Among Older Persons, J Dent Res. 1983;62(1):2-6
60. Yu DS, Lee DT, Hong AW, Lau TY, Leung EM. Impact of oral health status on oral health-related quality of life in Chinese hospitalised geriatric patients. Qual Life Res, 2008;17(3):397-405.
61. Zhang Q, Kreulen CM, Witter DJ, Creugers NH. Oral health status and pros-thodontic conditions of Chinese adults: a systematic review. Int J Prosthodont, 2007;20(6):567-72.
62. Aleksejuniene J, Holst D, Eriksen HM. Patterns of dental caries and treatment experience in elderly Lithuanians. Gerodontol 2000;17(2):77-86.
63. Fure S. Ten-year cross-sectional and incidence study of coronal and root caries and some related factors in elderly Swedish individuals. Gerodontol 2004;21:130-140.

64. Meyerowitz C. Geriatric dentistry and prevention: research and public policy (reaction paper). *Adv Dent Res* 1991;5:74-77.
65. Minaker KL. Common clinical sequelae of aging. In Goldman L, Ausiello D (eds). *Cecil Textbook of Medicine*. Philadelphia, WB Saunders 2004; s:105-111.
66. Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Epidemiology and aetiology of oral cancer in the United Kingdom. *Community Dent Health* 1993;10(1):13-29.
67. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Dental management of the medically compromised patients. 7th St. Louis, Mosby-Year Book, 2008; s: 534-550.
68. Talwar M, Chawla HS. Geriatric dentistry: Is rethinking still required to begin undergraduate education? *Indian J Dent Res* 2008;19(2):175-177.
69. Peterson PE, Ueda H. Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health. Report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan 2005;2:1-45.
70. Mjör IA. Age Changes in The Teeth. Holm-Pedersen P-Löe H (Ed.): *Geriatric Dentistry. A Textbook of Oral Gerontology*. Munksgaard. Copenhagen, 1986; s:94-101.
71. Kutsal YG, Şenol Çevik S, Özdemir O, Bilir N et al. Determination of the Relationships Between Anthropometric Characteristics and Level of Daily Activities, Nutritional Habits and Mouth-Teeth Findings of the Elderly; *PMR Sci* 2014;17:11-18.
72. Thomson WM. Dental caries experience in older people over time: what can the large cohort studies tell us? *Brit Dent J*, 2004;196:89-92.
73. Orellana MF, Lagavere MO, Boychuk DGJ, Major PW, Flores-Mir C. Prevalence of xerostomia in population-based samples: a systematic review. *J Public Health Dent* 2006;66:152-158.
74. Drake CW, Hunt RJ, Koch GG. Three-year tooth loss among black and white older adults in North Carolina. *J Dent Res* 1995;74:675-680.
75. Eke PI, Dye BA, Wei L et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012;91:914-920.

76. Niessen LC, Fedele DJ. Aging successfully: oral health for the prime of life. *Compend Contin Educ Dent*.2002;23(10):4-11.
77. McGrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life - OHQoL-UK. *Community Dent Health* 2001;18:138–143.
78. Atchison K, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;54:680-7.
79. Niessen LC, Jones JA: Oral health changes in the elderly: Their relationship to nutrition, *Postgraduate M*. 1984;75(5):231-237.
80. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. *Dent Clin North Am* 1994; 38(3): 499-523.
81. Canay Ş, Çiftçi Y. Yaşlı bireylerde sistemik hastalıklarla birlikte izlenen ağız bulguları. *Geriatrici*, 2003;6(3):104-108.
82. Meurman JM: Dental infections and general health. *Quint Int* 1997;28(12):807-811.
83. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth: 2nd edition. *Gerodontology*, 1997;14(1):33-47.
84. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004; *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2007;31(4):11-18.
85. Toman M, Türkün M, Toksavul S, Çal E. Geriatrik hastalarda acil müdahale gerektiren dental problemler; *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2014;53(Ek Sayı/Supplement):53-55.
86. Friedman S. Prognosis of initial endodontic therapy. *Endod Topics* 2002;2(1):59-88 .
87. Spangberg LS, Haapasalo M. Rationale and efficacy of root canal medicaments an foot filling materials with emphasis on outcome. *Endod Topics* 2002;2(1):35-58.
88. Reuther T, Schluster T, Mende U, Kübler A. Osteoradionecrosis of the jaws as a side effect of radiotherapy of head and neck tumour patients—a report of a thirty year retrospective review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32(3):289-95.

89. Sperber GH, Yu DC. Patient age is no contraindication to endodontic treatment. J Can Dent Assoc 2003;69(8):494-6.
90. Michaelson PL, Holland GR. Is pulpitis painful? Int Endod J 2002;35(10):829-32.
91. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>. Erişim tarihi: 27.12.2016
92. TÜİK, Sağlık Araştırması, Ankara 2012; s:1-58 Erişim: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223. Erişim tarihi: 27.12.2016
93. Çivi S, Tanrıkulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi, 2000;3:85-90.
94. Ward BW, Schiller JS. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: estimates from the National Health Interview Survey, 2010. Preventing chronic disease, 2013;10:1-15.
95. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3:91-7.
96. Karaoğlu N, Karaoğlu MA. Özel bir hastanenin dahiliye polikliniğinde yaşlı hastalıkları ile ilgili bir çalışma. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12:130-7.
97. Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. J Clin Nurs 2010;19 (9-10):1315-25.
98. Karakaya K, Bara E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan D ve ark. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2012; s:24
99. Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004; Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2007;31(4):11-18
100. Bush LA, Horenkamp N, Morley JE. D-E-N-T-A-L: A Rapid Self-Administered Screening Instrument to Promote Referrals for Further

Evaluation in Older Adults; The Journal of American Geriatrics Society
1996; 44: 979-981.

101. Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG. Diş Taraması için Ağız
Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT) Evidence-based protocol: oral
hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older
adults. J Gerontol Nurs. 2004;30(11):5-12.



10. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Hakan YAMAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 215	Tarih: 29.04.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Oğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın FAYUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye (İznil)

Prof.Dr. Bilge KAYMAZ
Üye

Prof.Dr. Can CEVİKOL
Üye (İznil)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr. Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Yasin ŞENOL
Üye

Doç.Dr. Hasan MUTLU
Üye (İznil)

Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (İznil)

Doç.Dr. Gülşen Özge BAYRAKLI
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL
Üye

Emrah ALTIN
Üye

Ek 2. Aydınlatılmış Onam

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: “Toplumda Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Ağız Diş Sorunlarının Belirlenmesi”

b. Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

polikliniklerine başvuran hastalar arasından 65 yaş ve üzeri bireylere anketler uygulanacaktır. Çalışmamızın ön ve ileri değerlendirmelerinde SGK destekli tanısal işlemleri kullanılmayacaktır. Değerlendirmelerimiz neticesinde sorun saptanan hastalarımıza ileri muayene ve tedavi için ilgili kliniklere yönlendirmede bulunulacaktır.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı 65 yaş ve üstü bireylerin ağız diş sağlıklarının incelenmelerini sağlamaktır.

c. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: altı aydır.

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
1600 kişi

f. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Tarama testleri uygulanacak, kondisyonel testler yapılacak ve hekim tarafından muayeneler yapılacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir riski bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmamızın ön ve ileri değerlendirmelerinde SGK destekli tanısal işlemleri kullanılmayacaktır. Değerlendirmelerimiz neticesinde sorun

saptanan hastalarımıza ileri muayene ve tedavi için ilgili kliniklere yönlendirilmede bulunulacaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Fatih Burak Alpaslan Telefon: (0242) 249 60 00 (Dahili: 6859)

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Fatih Burak Alpaslan tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
 - Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
 - Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan

sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Sosyo-Demoğrafik Anket

Hasta No:.....

Tarih:...../...../2015

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER:

Ad-Soyad:.....

Tel:.....

Adres:.....

.....

Yaş:..... Doğum Tarihi:// 19.....

TC No:

Cinsiyet: Kadın/Erkek **Medeni durumu:** Evli/Bekar/Eşi ölmüş/Boşanmış

Eğitim Düzeyi:

Okur yazar değil:.... Okur yazar:.... İlkokul (5 yıl):.... İlköğretim/Ortaokul (8 yıl):.... Lise:..... Yüksekokul:.... Üniversite:...

Meslek:..... Hala bir işte çalışıyor/Emekli/Çalışmıyor

Hobileri:..... Evcil Hayvan:.....

Sosyal Güvence: Yok /SGK/Yeşil Kart/Özel Sigorta/Yurt Dışı Sigorta

Kaç Yıldır Antalya'da yaşıyor: Kaç yıldır aynı evde yaşıyorsunuz?

Konut Tipi: Müstakil/Apartman/Diğer:

Oturduğu Kat:.....

Asansör: Var/Yok **Kira:** Evet/Hayır

Evin ısıtması nasıl sağlanıyor?

Telefonunuz var mı? Evet/Hayır

Alışverişinizi nasıl sağlıyorsunuz? Kendim/Diğer

Ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz? Kendim/Diğer

Otobüs/Dolmuş durağı: yakın/orta/uzak

Düzenli aylık geliri var mı? Evet/Hayır

Aylık ortalama geliri:TL

Ekonomik durumunu nasıl değerlendirir? çok iyi-iyi-orta-kötü-çok kötü

Hangi tür gelirleriniz bulunur? Faaliyet gelirleri/Menkul gelirleri/Sosyal tür gelirleri/diğer

Kiminle yaşıyor: Yalnız:..... Eşi/çocukları/diğer akrabalar ile:.....

Ücretli bakıcı:... . **Diğer kişiler ile:**....

Yaşam şekli : Sabit bir yerde yaşıyor/Çocuklarının yanında sıra ile kalıyor/

Diğer:.....

Aynı evde yaşama nedeni:

Ayrı evde yaşama nedeni:

Size kim bakıyor?:

Mutluluk kaynağı olan kişiler kimlerdir?

Gene mutluluk düzeyiniz nasıldır?

Az 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9->9 Çok

Ek 4. Tıbbi Öykü Anketi

TIBBİ ÖYKÜSÜ:

Hastalık: DM:... HİPOGLİSEMİ:... HT:... HPLD:... METAB SENDR.:...
KAH:... MI:... PAH:... VTE:... KOAGÜLASYON BOZ.:... KY:...
DİSRİTMİ/AF:... POSTÜRAL HİPOTANSİYON:... KBH:... KBY:...
NEFROPATİ:... ÜRİNER İNKONT:.... BPH/ÜRİNER RETANSİYON:... KC
HAST:... İNFLAM. BARSAK HAST:.... P.ÜLSER:... GÖRH:... DİYARE:...
KRONİK KONSTİPASYON: GİS KANAMASI:... KOAH:... ASTİM:...
PULMONER EMBOLİ:... DEPRESYON:.... DEMANS/ALZHEIMER:...
PARKİNSON:... EPİLEPSİ:... SVO:... VERTİGO:... ARTRİT/ARTROZ:...
RA: OSTEOPOROZ:... GUT:... NÖROPATİ:... OPTİK:... İŞİTME:...
KANSER

(Açıklayınız):.....
.....

DİĞER

(Açıklayınız):.....

İlaç:

Ameliyat: Göz operasyonu (belirtiniz):..... Kulak Operasyonu:.....

Diğer:..... Engel Sayısı:

Sigara: Hiç kullanmamış:... Bırakmış:... Aktif içici:... paket/yıl

Alkol: Her gün..... Haftada birden fazla:..... Ayda birden fazla:.....

Ayda bir kez veya daha nadir:.....

Aksesuar Kullanımı: Gözlük:..... Lens:..... İşitme Cihazı:.....

Baston:..... Diğer:.....

VİTAL BULGULAR:

KB: / mmHg Nabız:..... Dk Ritmik:... Ritmik Değil:...

Boy:.....cm VA:kg BKİ:.....kg/m²

Bel Çevresi:cm

Ek 5. Diş Hekimi Muayenesi

Sorular:

1. Ağız ve dişiniz ile ilgili sorun var mı? E/H
2. Son 12 ayda dişhekimine gittiniz mi? E/H
3. Son 6 ayda dişiniz ağrıdı mı? E/H
4. Son 6 ayda dişiniz nedeniyle yemek yiyemediniz mi? E/H
5. Diş tedavisine ihtiyacınız var mı? E/H
6. Dişinize neler yapılmalı?
7. Doğal dişiniz kırıldı mı? E/H
8. Çiğnerken ağrınız var mı? E/H
9. Dolgunuz düştü mü? E/H
10. Dişleriniz nedeniyle gülemez oldunuz mu? E/H
11. Dişiniz nedeniyle gevşemede sorun yaşadınız mı? E/H

Ek 6. Ağız-Diş Sağlığı Ölçeği

Hasta Adı:

Tarih: / / 2015

AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI Ölçeği*

Sorun	Evet	Hayır
Ağız kuruluğu var mı?	2	0
Yeme zorluğu var mı?	1	0
Diş ya da ağız içi ağrı var mı?	2	0
Yemek seçiminde değişiklik ya da farklılık var mı?	1	0
Son 2 yıl içinde diş hekimine gitti mi?	0	1
Ağızda lezyon, aft ya da kitle var mı?	2	0

*** Sorgulama sonucu alınan yanıtlar 2 ve daha fazla puan ediyorsa hastayı diş hekimine yönlendirin.**

Bush LA, Horenkamp N, Morley JE, Spiro A 3rd. D-E-N-T-A-L: a rapid self-administered screening instrument to promote referrals for further evaluation in older adults. J Am Geriatr Soc. 1996 Aug;44(8):979-81.

TOPLAM PUAN:

Ek 7. Diş Taraması için Ağız Sağlığı Değerlendirme Aracı (OHAT)

Puanlar: Nihai puan, sekiz kategoriden elde edilen puanların toplamıdır ve 0 (çok sağlıklı) ile 16 (çok sağlıksız) arasında değişmektedir. Toplam puan ağız sağlığının değerlendirilmesi açısından önemli olsa da, her maddenin puanı ayrı ayrı göz önünde bulundurulmalıdır. Vurgulanan semptomlar ile hemen ilgilenilmelidir. *Eğer bir kategorinin puanı 1 veya 2 ise, lütfen hastanın diş hekimi randevusu almasını sağlayın.				
Kategori	0 = sağlıklı	1 = değişken *	2 = sağlıksız *	Kategori puanları
Dudaklar	Pürüzsüz, pembe, nemli	Kuru, çatlak, kenarları kırmızı	Şişlik veya yumru, beyaz/kırmızı/ülserli leke; kenarlarda kanama/ülser	
Dil	Normal, nemli, pürüzlü, pembe	Lekeli, yarık, kırmızı, paslı	Kırmızı ve/veya beyaz, ülserli, kabarıklık leke	
Dişetleri ve dokular	Pembe, nemli, pürüzsüz, kanamasız	Kuru, parlak, pürüzlü, kırmızı, kabarıklık, takma dişlerin altında ülser/hassas nokta	Kabarıklık, kanamalı dişetleri, ülser, beyaz/kırmızı lekeler, takma dişlerin altında genel olarak kırmızılık veya ülser	
Tükürük	Nemli dokular, sulu ve akışkan tükürük	Kuru, yapışkan dokular, az miktarda tükürük	Kurumuş ve kırmızı dokular, çok az tükürük veya tükürük olmaması, çok koyu tükürük	
Doğal diş Evet/Hayır	Çürük veya kırık diş/kök yok	1-3 çürük veya kırık diş/kök ya da çok aşınmış diş	4 veya daha fazla çürük veya kırık diş/kök veya 4'ten az diş veya çok yıpranmış diş	
Takma Diş Evet/Hayır	Kırık bölge veya diş yok, takma dişler düzenli olarak takılıyor	1 kırık bölge/diş veya takma dişler günde sadece 1-2 saat takılıyor ya da gevşek	1'den fazla kırık bölge/diş, kayıp veya takılmayan takma diş, takma diş yapışkanlığı gerekli	
Ağız temizliği	Temiz, ağızda veya takma dişlerde yemek artıkları veya tartar yok	Ağız 1-2 bölgesinde veya takma dişlerin küçük bir bölgesinde yemek artıkları/tartar/plak veya ağız kokusu	Ağız veya takma dişlerin çoğu bölgesinde yemek artıkları/tartar/plak veya şiddetli halitoz (ağız kokusu)	
Diş ağrısı	Diş ağrısına dair davranışsal, sözlü veya fiziksel bir belirti yok	Yüzde çekme, dudakları çiğneme, yemek yememe, agresiflik gibi sözlü ve/veya davranışsal ağrı belirtileri	Yüzde şişlik, dişeti oyuğu, kırık diş, büyük ülserler gibi fiziksel belirtiler ve yüzde çekme, dudakları çiğneme, yemek yememe ve agresiflik gibi sözlü ve/veya davranışsal belirtiler	
Hastanın diş hekimi randevusu almasını sağlayın. Hasta veya aile/vasi diş tedavisini reddetmektedir. Bu hastanın ağız sağlığını aşağıdaki tarihte tekrar gözden geçirin: ____/____/____				TOPLAM PUAN: 16