



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**



**BİR GRUP DİSLEKSİ TANILI ÇOCUKTA AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Merve KAPAR

**ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Nurhan ÖZALP**

ANKARA

2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

BİR GRUP DİSLEKSİ TANILI ÇOCUKTA AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve KAPAR

ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nurhan ÖZALP

ANKARA

2022

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'na,

Uzmanlık tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Bir Grup Disleksi Tanılı Çocukta Ağız Sağlığı İle İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi **Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10/06/2022

Prof. Dr. Levent ÖZER

Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Nurhan ÖZALP

Ankara Üniversitesi

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Tülin İLERİ KEÇELİ

Hacettepe Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1.GİRİŞ	1
1.1. Diş Çürüğünün Tanımı ve Diş Çürüklerinin Değerlendirilmesi	1
1.2. Ağız Sağlığı	4
1.2.1. Ağız Sağlığı Tanımı	4
1.2.2. Ağız Sağlığını Etkileyen Faktörler	5
1.3. Yaşam Kalitesi	7
1.4. Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi	10
1.5. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi ve Ölçekleri	14
1.5.1. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	14
1.5.2. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	17
1.5.3. POQL ve CPQ 8-10 Ölçeklerinin Türkçeye Çevirileri ve Kültürel Adaptasyonu	25
1.6. Disleksi Tanımı ve Disleksi Tanılı Çocukların Genel Özellikleri	27
1.6. Amaç	33
2. GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1. Etik Kurul Onayı	35
2.2. Araştırmanın Tipi	35
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
2.4. Evren ve Örneklem	36
2.5. Veri Toplama Araçları	38

2.6. Ağız İçi Muayene	43
2.7. Verilerin analizi	43
3. BULGULAR	45
3.1. Çalışmaya Katılan Çocuk/Velilere Ait Sosyo-Demografik Özellikler ve Çocukların Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ile İlgili Değişkenler	45
3.2. Çalışmaya Katılan Çocukların CPQ 8-10 Ölçek Puanlarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	48
3.3. Çalışmaya Katılan Çocuk ve Velilerinin POQL Ölçek Genel Soruları ve Ölçek Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	49
3.4. Çalışmaya Katılan Çocukların ve Velilerinin POQL Ölçek Alt Başlık Sorularına Verilen Cevapların Puanlarının Karşılaştırılması	54
3.5. Kontrol Grubu ve Disleksi Tanılı Çocuklarda DMFT/dmft Değerlerinin Karşılaştırılması	58
3.6. Çalışmaya Katılan Çocukların DMFT/dmft Değerleri ile CPQ 8-10 ve POQL Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	59
4. TARTIŞMA	62
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
ÖZET	87
SUMMARY	89
KAYNAKLAR	91
EKLER	103
EK-1 Etik Kurul Kararı	103
EK-2 Özel Eğitim Merkezinden Alınan İzin Belgesi	104
EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Çocuk Onam Formu	105
EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	107
EK-5 CPQ 8-10 Ölçeği (Çocuk Anket Formu)	108
EK-6 POQL Ölçeği (Çocuk Anket Formu)	109
EK-7 POQL Ölçeği (Veli Anket Formu)	110
EK-8 DMFT/dmft formu	111
ÖZGEÇMİŞ	112

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden beri pozitifliği, güler yüzü, mesleki bilgi ve sevgisiyle bana örnek olan, her zaman desteğini hissettiğim, emek emek yol gösteren, üstün mesleki bilgi ve tecrübelerini sabırla ve hoşgörüyüyle yorulmadan aktaran değerli danışman hocam Prof. Dr. Nurhan Özalp'e,

Mesleki ve bilimsel tecrübeleriyle her zaman yol gösteren, eğitimimize emek veren Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm saygıdeğer öğretim üyelerine,

Tez çalışmamızda yol göstericiliği ve yardımları için Psk. Şirin Uğurlu Ateş ve tüm Özel Huzur Özel Eğitim Merkezi kadrosuna,

Akademik bilgilerini, yardımlarını, sabırlarını ve hoşgörülerini hiçbir zaman esirgemeyen Doç.Dr. Tuğba Bezgin, Doç.Dr. Akif Demirel ve Dr. Öğr. Üyesi Burcu Nihan Yüksel'e,

Zorlu uzmanlık eğitimim süresince, bana destek olup yanımda olan, beraber çalışmak ve öğrenmekten büyük keyif aldığım, sevgili dostlarım Elif Şenay, Pınar Topaloğlu, Esin Günal, Emine Akyıldız, Keriman Ateş, Suna Gökçe, Olgü Demirci, Şule Nur Yıldırım'a, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım ve kürsü personeline,

Bugünlere gelebilmem için sonsuz sevgi, fedakârlık ve özveriyi göstermiş olan hayatım boyunca bana inanmış, her anımın destekçisi canım annem Nurdan Kapar'a; neşesi, desteği, inancı ve bana güveni, mesleki bilgi paylaşımları ile de her zaman yanımda olan canım kardeşim Dr. Deniz Kapar Bayar ve değerli eşi Burak Bayar'a; hayatta olamasa da kızı olmaktan hep gurur duyduğum, mesleki ve insani özelliklerini örnek almaya çalıştığım, üzerimdeki sonsuz emeği ve hala hissedebildiğim desteği ile biricik babam Yalçın Kapar'a,

Her an yanımda olan, yol gösteren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve motivasyon veren çok sevgili Dr. Dt. Hikmet Anıl Kurun'a,

Sevgi, saygı ve tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.



SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
COHIP	(Child Oral Health Impact Profile)- Çocuk Ağız Sağlığı Etki Profili
C-OIDP	(Child Oral Impacts on Daily Performances)- Çocuklarda Ağız Sağlığının Günlük Performansa Etkisini Ölçen Ölçek
CPQ	(Child Perceptions Questionnaires)-Çocuk Algılama Ölçekleri
CPQ 11-14	(Child Perceptions Questionnaires)-Çocuk Algılama Ölçeği 11-14
CPQ 8-10	(Child Perceptions Questionnaires)-Çocuk Algılama Ölçeği 8-10
CSR	(Child Self Report) – Çocuk Özbildirimi
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DMFT/dmft	(Decayed, Missing and Filled Teeth index)- Çürük, Çürük Nedeniyle Çekilmiş ve Dolgulu Toplam Diş Sayısı
DSM	(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ECOHIS	(Early Childhood Oral Health Impact Scale) - Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği
HRQL	(Health Related Quality of Life) – Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
ICC	(Intraclass Correlation Coefficient) - Gruplar arası korelasyon katsayısı
NOT-S	“Nordic Orofacial Test and Screening”
OHRQoL	(Oral Health Related Quality of Life) – Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi
P-CPQ	(Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire) – Veli – Bakımveren Algı Ölçeği
PedsQLTM	Oral Health Scale™ - Pediatric Quality of Life Inventory™ Oral Health Scale™ - Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri - Ağız Sağlığı Skalası
PRC	(Parent/Caregiver Report) – Veli/Bakımveren Bildirimi

SOHO-5	(The Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children) 5 Yaş Çocuklarına Özgü Ağız Sağlığı Çıktıları Ölçeği
TADSAP	Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili
The POQL	(The Pediatric Oral Health-related Quality of Life)- Pediatrik Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam kalitesi Ölçeği
VAS	(Visual Analog Scale) – Görsel Analog Skalası



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin temel bileşenleri (Ingleheart ve Bahramian'ın (2002) terimlemesi)	11
Şekil 1.2. Ağız Sağlığı Ölçüm Modeli (Locker, 1988)	15
Şekil 2.1. Özel Huzur İşitme Konuşma Bozuklukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	36
Şekil 2.2. Özel eğitim merkezinde çocuklara anket uygulaması	42
Şekil 2.3. Kontrol grubu çocuklara anket uygulanması	43



ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. POQL Ölçeği Alt Grupları ve Soruları	40
Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan çocuk ve velilerinin yaşlara göre dağılımı	45
Çizelge 3.2. Çalışmaya katılan çocukların ve velilerinin cinsiyet ve öğrenim durumuna göre dağılımı (%)	46
Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan velilerin cinsiyet dağılımlarının disleksi tanılı grup ve kontrol grubu ile arasındaki dağılımı (%)	47
Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan çocukların diş fırçalama alışkanlıklarına dair genel soruların dağılımı (%)	47
Çizelge 3.5. CPQ ₈₋₁₀ ölçek toplam ve ölçek alt grup puanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	48
Çizelge 3.6. Çalışmaya katılan çocukların POQL ölçek genel sorularına verdikleri cevapların dağılımı (%)	49
Çizelge 3.7. Çalışmaya katılan velilerin POQL ölçek genel sorularına verdikleri cevapların dağılımı (%)	51
Çizelge 3.8. Çalışmaya katılan çocuk ve velilerinin POQL ölçek sorularına verilen cevapların dağılımı	54
Çizelge 3.9. Çalışmaya katılan kontrol grubu çocuk ve velilerinin POQL ölçek soru puanlarına göre değerlendirilmesi	56
Çizelge 3.10. Çalışmaya katılan disleksi tanılı grup ve velilerinin POQL ölçek soru puanlarına göre değerlendirilmesi	57
Çizelge 3.11. Kontrol Grubu ve Disleksi Tanılı Çocuklarda DMFT/dmft Değerlerinin Karşılaştırmalı Analizi	58
Çizelge 3.12. Çalışmaya katılan çocukların DMFT/dmft değerleri ile CPQ ₈₋₁₀ ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	59
Çizelge 3.13. Çalışmaya katılan çocukların ve velilerinin POQL ölçek alt başlığı skorlarına göre DMFT/dmft değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	60

1.GİRİŞ

Ağız sağlığı; toplumsal sağlık açısından önemli bir unsur olup, çocuklar için ayrı bir önem taşımaktadır. Çocuklarda ağız ve çevresinde görülen diş kaynaklı ağrılar, diş eti rahatsızlıkları ve maloklüzyolar, beslenme, konuşma ve dış görünümü etkilemesi gibi birçok faktör, bozulmuş ağız sağlığının göstergelerindendir (Hernández F, 2015). Ağız sağlığı iyi olmayan çocuklarda beslenme, günlük yaşam, aktiviteler, psikoloji ve iletişim gibi birçok hayati unsurun olumsuz etkileri nedeniyle çocukların yaşam kaliteleri de bu gibi durumlardan olumsuz etkilenmektedir (Locker ve Allen, 2007; Sischo ve Broder, 2011).

Çocuklarda ağız sağlığının bozulmasına ve kötüye gitmesine neden olan faktörlerin belirlenmesinin önemli bir konu olmasının yanı sıra, bu durumun çocuklarda yaşam kalitesine etkilerinin de araştırılmasıyla bu konuda araştırma yöntemleri de son zamanlarda oldukça popüler hale gelmiştir (Aydoğan ve Kazancı, 2015;Gürçan ve ark., 2021;Yaran ve Egil, 2021).

1.1. Diş Çürüğünün Tanımı ve Diş Çürüklerinin Değerlendirilmesi

Diş çürüğü popülasyonda yaygın görülen; biyolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal, psikolojik etkileri olan bir hastalıktır (Hotz, 2006). Diş çürüğü, ağızda var olan bazı bakterilerin dişin sert yapısını, belirli etkenlerin varlığı sonucu bozması olayıdır. Diş çürüğünün oluşabilmesi için gerekli bu etkenler; ağızda karyojenik bakteri varlığı, bu bakterilerin beslenmesi için gereken maddeler (karbonhidratlar), bakteri beslenmesi sonucu oluşan enzimler ya da bazı gıdaların tüketilmesiyle oluşan asit ve bu asidin diş sert dokularına etki etmesi için geçecek zamandır (Larsen ve Kelley, 1991). Temel mekanizma olan asit ile yıkımın yanı sıra genetik, anatomik, davranışsal faktörler ve terapötik uygulamaların varlığı-yokluğu gibi birçok faktör çürük gelişimi ile ilişkilidir (McDonald, 2010).

Diş çürüğü, önleyici ve tedavi edici uygulamalardaki gelişmelere rağmen en sık görülen çocukluk çağı hastalığı olmaya devam etmektedir (Antunes ve ark., 2006; Martins-Júnior ve ark., 2012). Diş çürüğü gelişiminde; bireyin tükürük yapısının, tükürük akış hızının, yeni sürmüş dişlerde tamamlanmamış olan mine kalsifikasyonlarının varlığının, çapraşıklık ve dişlerdeki düzensizliklerin varlığının, yer tutucuların veya ortodontik apareylerin varlığının, bireyin beslenme özelliklerinin, ağız bakım alışkanlıklarının, sosyoekonomik durumunun rolü olduğu bildirilmektedir (Chin, 2015).

Oral epidemiyolojide, hastalığın ne aşamada olduğunu ölçmekte hekime yardımcı olması için kullanılan indeksler bulunmaktadır. Kullanılan indeksler; geçerli, güvenilir, basit, tekrarlanabilir, duyarlı ve de kabul edilebilir olmalıdır. Diş çürükleri değerlendirilirken ayrı, dişeti sağlığı değerlendirilirken ayrı indeksler kullanıldığı bilinmektedir. Diş çürüğü sıklığı ve dağılımını tespit etmek için epidemiyolojik çalışmalarda çürük prevelansı ve çürük insidansı hesaplanmaktadır (Özşin Özler, 2019).

Türkiye’de 2004 yılında yapılmış olan, ulusal temsili bir çalışmanın sonuçlarına göre dmft prevelansı 5 yaş çocuklarda %70 olarak bulunmuş; diş çürüğünün bu yaş grubu çocuklar için önemli bir toplum sorunu olduğu görülmüştür (Gökalep ve ark., 2010). TADSAP-2018 araştırmasında ise çürük prevelansı, dahil edilen 5 yaş grubu 2.208 çocuğun verilerine göre %64,4 olarak elde edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Sürekli diş dizisinde çürük riskinin tahmininde önemli bir gösterge olan süt dişi çürükleri, tedavi edilmedikleri takdirde erken süt dişi kayıpları, maloklüzyon, büyüme gelişme geriliği, beslenme yetersizliği, konuşma problemleri, rampant çürükler, ağrı, iltihap, apse, gastrointestinal sistem bozuklukları gibi somatik-bedensel problemlere, çocuğun öz saygısının azalması, okul günü kaybı, okulda öğrenme aşamasında konsantrasyon kaybı gibi subjektif yetersizliklere, özel sağlık bakım ihtiyacı olan çocuklarda ise olası sistemik hastalıklara ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Peker ve Bermek, 2013).

Ağız-diş sağlığına yönelik uygulamaların toplumsal bazda başarıya ulaşması için, hastalığın dağılım düzeyi ile hastalığa sebep olan etken faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar; tedavi gereksinimlerinin belirlenmesi, tedavilerin doğru planlanması ve uygulanması açısından önem taşımaktadır. Birçok alışkanlığın çocukluk döneminde kazanılması, çocuğun büyüme gelişiminin devamlılığı açısından ağız diş sağlığına önem verilmesi gerekliliği, çocuk hastalarda ağız diş sağlığı düzeyinin araştırılması, tedavi ihtiyacının belirlenmesini ve hedeflenen sağlık düzeyine ulaşılması için hasta ve ebeveynin eğitilmesini önemli kılan faktörlerdir (Yıldız ve ark., 2015).

Dünya genelinde uzun yıllardır diş çürüğü ile ilgili veriler “Decayed”, “Missing”, “Filled” baş harflerinden gelen DMFT/dmft indeksi ile belirlenmektedir. Bu indeks çürük ve kayıp dişler ile ilgili bilgi sağlamasına rağmen, tedavi edilmemiş diş çürüklerinin pulpayla ilişkisini veya apseye sebep olup olmadığı gibi klinik sonuçları ile ilgili bilgi sağlamakta yetersizdir (Aktaş ve ark., 2018). Diş hekimliği literatüründe, en sık kullanılan indeks DMF/dmf indeks sistemidir. DMF/dmf indeks sistemi; bireyde çürük, dolgu veya çürük sebebi ile çekilmiş toplam diş (dmft) ya da yüzey sayısını (dmfs) ifade eden ve çok uzun yıllardır bireydeki çürük deneyimini göstermekte ve özellikle saha çalışmalarında da (Dulgergil ve ark., 2015; Öztürk ve Sönmez, 2016) kullanılan bir indekstir. 1997 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı kılavuzda, çürük muayenesinde gözle görünür ışık altında Dünya Sağlık Örgütü’nün top uçlu periodontal sondu (CPI) ve düz ağız aynası kullanılarak kaviteasyon gösteren çürüklerin kaydedilmesi önerilmiştir (Burt ve ark., 2008). Bu indeks bir toplulukta kişi başına düşen diş çürüğü ve sonuçlarını göstermektedir. “dmft” süt dişleri için bireyde çürüklü, dolgulu veya kayıp olan diş sayısını; “dmfs” süt dişlerinde çürüklü, dolgulu veya kayıp olan diş yüzeyi sayısını gösterir. Etkilenen diş durumuna göre dmft indeksi 0-20 arasında bir değer olarak gösterilirken; dmfs indeksi 0-88 arasında değer olarak hesaplanır (Alvarez ve ark., 1990). DMFT/dmft hesaplamasında, sürmemiş dişler, konjenital eksik dişler ya da süpernumere dişler, çürük dışında bir sebeple kaybedilmiş dişler, daimî dentisyonda var olan persiste süt dişleri değerlendirilmez. Ayrıca risk altındaki, başlangıç lezyonlu dişlere hiç değinilmemekte, tedavi ihtiyacı net olarak ortaya çıkamamakta ve çürük için sadece

belirgin kavitasyon oluşmuş dişler dahil edilebilmektedir. Önceden yapılmış fissür örtücüler, travma sonucu veya estetik sebeplerle yapılmış restorasyonlar değerlendirilmemektedir. Ayrıca, sağlıklı yapılmış bir restorasyon ile tedavi edilmemiş bir çürük diş aynı skora sahip olmaktadır (Burt ve ark., 2008; Glendor ve ark., 2007;).

İndeks, ülkemizde ve diğer ülkelerde saha çalışmalarında çok defa kullanılmış ve hala sıklıkla kullanılan bir indekstir (Aşıcı ve ark., 2003; Basir ve ark., 2018; Eskandarian ve Joshan, 2005; Güler ve ark., 2012; Khodadadi ve Khafri, 2013; Öztunç ve ark., 2000; Shabani ve ark., 2015; Sajadi ve ark., 2014). Çalışmalarda belirli iller ve eğitim kurumlarında, belirli yaş grubu çocukların DMFT indeksleri ile çürük deneyimleri, sosyo-demografik özellikleri, anne/babaya ait çürük gelişimini etkileyen faktörler, ağız sağlığına ilişkin alışkanlıklar yanı sıra başka faktörlerle ilişkilerine bakılabilmektedir (Eğri ve ark., 2015; Güler ve ark., 2012; Öztunç ve ark., 2000). Ayrıca farklı grup sistemik hastalıkları, zihinsel/fiziksel engeli veya disfonksiyonları olan çocuklarda da çürük riskinin ve sebep olan faktörlerin değerlendirilmesi açısından birçok araştırmada kullanılmış ve kullanılmaya devam etmektedir (Aşıcı ve ark., 2003; Ballıkaya, 2015; Baysan, 2020; Bodrumlu ve Demiriz, 2018; Yalçın, 2015).

1.2. Ağız Sağlığı

1.2.1. Ağız Sağlığı Tanımı

Sağlık yalnızca hastalık olmaması durumu değil; ruhsal, zihinsel, duygusal ve sosyal olarak bütünüyle iyi olma hali olup insanların stres ile başa çıkmasını, yeteneklerini kazanmasını, ilişkilerini sürdürmesini dolayısı ile dayanıklı ve bağımsız yaşam için kaynakları olmasını sağlama durumudur (Dünya Sağlık Örgütü, 2014; Hernández F, 2015).

Ağız boşluğu çiğneme ve yutkunma fonksiyonları ile vücudu enfeksiyonlardan korur, sosyal ve psikososyal bütünlüğü sağlar. Bunların yanısıra özgüven gelişimi, iletişim, etkileşim kurulması ve yüz estetiğini sağlamaya katkı sağlar (Özşin Özler, 2019).

Ağız sağlığı için farklı tanımlar mevcuttur. Ağız sağlığı “Bireyin sosyal rolünü istediği şekilde sürdürmesini sağlayacak rahat ve fonksiyon gören dentisyon” dur (Dolan, 1993). Başka bir tanıma göre ağız sağlığı: “Ağız ve ilişkili doku ve yapıların; konuşma, yemek yeme, ağrısız olarak, rahatsızlık ve utangaçlık hissetmeden sosyalleşmeyi sağlayarak; fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi olma haline ve yaşam koşullarından zevk alabilme durumuna pozitif katkı sağlayabilmesi durumu” dur (Hernández ve ark., 2015). Dünya Diş Hekimleri Birliği ağız sağlığını; “çok yönlü bir kavram olup; ağrı, rahatsızlık, kraniyofasiyal komplekste hastalık olmaksızın güvenle konuşabilmek, gülümsemek, koku almak, tat almak, çiğnemek, yutabilmek ve yüz mimikleriyle birlikte birtakım duyguları ifade edebilmek” olarak tanımlanmaktadır (FDI, 2016).

1.2.2. Ağız Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ağız ve diş sağlığı, bireyin vücut sağlığını doğrudan etkileyen bir etkidir. Öncelik tanınan sağlık sorunları ve vücut sağlığının bir parçası olan ağız-diş sağlığı korunmadığında, bu durum pek çok hastalığı beraberinde getirmektedir. Diş fırçalama, diyet, koruyucu uygulamalar ve periyodik hekim kontrolü, ağız ve diş sağlığının temelini oluşturmaktadır (Altun ve ark., 2005). Diş çürüğü ve diş eti hastalıkları, tüm yaşam sürecinde maruz kalınabilen hastalıklar olduğundan koruyucu yöntemlerin sürekli ve düzenli olması gerekmektedir. Koruyucu yöntemlerin etkili bir şekilde uygulanması ile diş çürüğü ve diş eti hastalıklarının azaltılması mümkün olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Çocuklarda beslenme, tükürük yapısı, diş yapısındaki bozukluklar, maloklüzyon ve dental-iskeletsel anomaliler, oral hijyen alışkanlıklarının uygulanması, kullanılan

ilaçların karyojenik olup olmaması, velisinin bu durumlar hakkındaki bilgi seviyesi ve kontrolü gibi birçok etken ağız sağlığını etkilemektedir (Altun ve ark., 2005; Doğan ve ark., 2021; Namal ve ark., 2009).

Çocuklarda, anneyle (veli) ilgili çocuğun diş sağlığını etkileyen faktör olarak anne eğitim düzeyi çok sayıdaki yayında bildirilmiştir (Ahmed ve ark., 2007; Casanova-Rosado, ve ark., 2008; Smyth ve ark., 2005). Mattila ve ark. (2005) yaptıkları çalışma sonucunda annenin çürük düzeyinin çocuğun çürük düzeyini etkilediğini bildirmişlerdir. 2009 yılında altı-on iki yaş grubu çocukların diş sağlığını etkileyen anneye ait faktörlerin araştırılması için ülkemizde yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Namal ve ark., 2009).

Başka bir çalışmada dişsiz annelerin çocuklarının daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (Bedos ve ark., 2005).

Çocukların ağız sağlıklarını etkileyen dudak damak yarığı, maloklüzyonlar, eklem-kas ve çiğneme sorunları gibi birçok fiziksel faktör de vardır (Botti Rodrigues dos Santos ve ark., 2003; Griffen, 2005; Gürleyen ve ark., 2018; Maiya ve ark., 2015; Weraarchakul ve Weraarchakul, 2017).

Maloklüzyonlar gibi ağız sağlığını etkileyen durumlar yaygındır ve sadece fiziksel-ekonomik durumu değil; aynı zamanda fonksiyonu, görünüşü, insan ilişkilerini, özsaygıyı ve psikolojik olarak iyi olma halini etkileyerek yaşam kalitesini kötü etkileyebilmektedir (Pahel ve ark.; 2007).

Travmatik diş yaralanmaları, maloklüzyonlar ve diş çürüklerinin erken çocukluk çağı döneminde ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi için yapılan bir çalışmada; 206 okul öncesi (yaş ortalamaları 4.09 ± 0.97) çocuk velilerini vekil kabul ederek uygun ölçekle anket çalışması yapılmış ve diş çürüklerinin, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki gösterdiği görülmüştür. Ek olarak, diş çürüklerinin; ağız sağlığı ile ilişkili yaşam

kalitesi ortalaması, semptomları, fonksiyonu, psikolojisi, ailesel sıkıntı ve aile fonksiyon alanları üzerinde olumsuz bir etki gösterdiği bildirilmiştir (Gürçan ve ark., 2021).

Ön bölgede maloklüzyon varlığının ise, sadece sosyal etkileşim alanı üzerinde olumsuz bir etki gösterdiği bildirilmiştir. Komplike travmatik diş yaralanmaları da, komplike olmayan travmatik diş yaralanmalarına göre semptomları açısından daha olumsuz bir etki göstermiştir. Travmatik dental yaralanma ve maloklüzyon gözlenen dişin varlığında, okul öncesi çocukların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinde yalnızca çocuk açısından olumsuz bir etkiye sahip olduğu; ancak diş çürüğünün, hem çocuk hem aile alanında ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Gürçan ve ark., 2021).

Kronik sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlara ve tedavilere bağlı olarak çocuklarda çürük oluşumunu artırıp çocukların ağız sağlığını kötü yönde etkileyebilir (Bektaş, 2019; Delilbaşı, 2013). Ayrıca otizm gibi bazı rahatsızlıklarda oral hijyen uygulamalarının iyi öğrenilememesi, çocuğun veya velisinin efektif uygulayamamasının ağız sağlığını kötü etkileyebileceği belirtilmiştir (Ağdemir, 2019). Çocuklarda bilişsel seviye ve ağız sağlığına etkileri ile ilgili çalışmalar da yapılmaya başlanmış; bu tip çalışmalarla hem klinisyenlerin oral hijyen eğitimine verecekleri önem hem de özel bakım gereksinimi olan çocukların ağız sağlıklarına verdikleri önem ve yetilerinin değerlendirilmesi popüler hale gelmiştir (Durhan ve ark., 2020).

1.3. Yaşam Kalitesi

Tıp alanında, Hipokrat tarafından hekimlere öğretilen ilk ilke, hastaların iyileştirilmesi ve şikayetlerinin giderilmesi sırasında olabilecek iyilik halini en üst seviyeye çıkarılmasıdır (Paster, 2006).

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluktan ve “iyi bir yaşam” için gerekli olan faktörlerden bahsetmiştir. Aristo ve pek çok filozofun ortak görüşüne göre yaşamın temel amacı, en yüksek seviyeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Bu hedefe ulaşan kişiler de en iyi yaşam kalitesine sahip olmaktadır. (Hernandez, 2011).

Medikal literatürde sınırları belirlenmiş bir yaşam kalitesi değerlendirmesi ilk kez 1966 yılında Priestman ve Baum tarafından meme kanserli hastalara yöneltilen 10 soruluk bir anket ile yapılmıştır (Hecker ve ark., 2002; Morton, 1995).

“Yaşam kalitesi” terimi, Medline Bilgisayar Arama Sisteminde 1977 yılında anahtar kelime haline gelmiştir ve bu tarihten sonra ilgi büyük ölçüde artmıştır. 1966 ve 1974 yılları arasında, anahtar sözcük olarak ‘yaşam kalitesi’ listelendiğinde 40 makale bulunurken, bu 1986 ve 1994 yılları arasında 10.000’in üzerine çıkmıştır (Cunningham ve ark., 2001; Wood-Dauphine, 1999). Günümüzde literatür taramalarında “Quality of Life” terimi listelendiğinde 5.700.000’den fazla makale listelenmektedir.

Takip eden zamanlarda, Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını algılama şekli” olarak tanımlamıştır (Görgün Baran, 2008; The WHOQoL Group, 1988).

Yaşam kalitesi kavramının temelde dört ana alanda değerlendirilmesi önerilmiş ve şu şekilde açıklanmıştır:

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

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

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

4. Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, eğitim, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım vb.) (The WHOQoL Group., 1995; Petersen, 2003).

Bu temel kavramların değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergeleri bulunduğu, aynı zamanda yaşam kalitesini değerlendirirken objektif ve subjektif göstergelerin beraber kullanılması gerektiği bildirilmiştir (Allen, 2003; Evans ve ark, 1985). Yaşam kalitesinin objektif göstergesi olan “Fiziksel İyilik Hali” bireyin günlük aktivitelerini ve kişisel bakımını, başkasına ihtiyaç duymadan yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Kişinin yaşam kalitesini tanımlamada objektif boyut önemli olmasına rağmen; kişinin subjektif algıları ve beklentileri bu objektif değerlendirmeyi gerçek yaşam kalitesi değerlendirmesine dönüştürür (Testa ve Simonson, 1996).

Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri; ekonomik, sosyal ve psikolojik iyilik hallerini kapsamaktadır. ‘Ekonomik İyilik Hali’ içinde bireyin sağlık, barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, iş güvencesine sahip olması, maddi açıdan geleceğe karşı kendini güvende hissetmesi gibi durumları barındırmaktadır. ‘Sosyal İyilik Hali’ bireyin sosyal ilişkilerinde ve toplumsal faaliyetlerinde yapması gerekenleri yerine getirebilmesi anlamına gelmektedir. ‘Psikolojik İyilik Hali’ içerisinde kişinin genel mutluluk ve doyum duygularının yer aldığı görülmektedir. Bireyin hayattan tatmin olması, değişik yaşam koşullarına ayak uydurabilmesi ve duygusal açıdan iyi olması anlamına gelmektedir (Allen, 2003; Görgün Baran, 2008).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, genel yaşam kalitesinin alt bileşenidir. Bireyin hastalığını ve/veya hastalığa yönelik tedavi sonuçlarını nasıl algıladığına ve bireyin

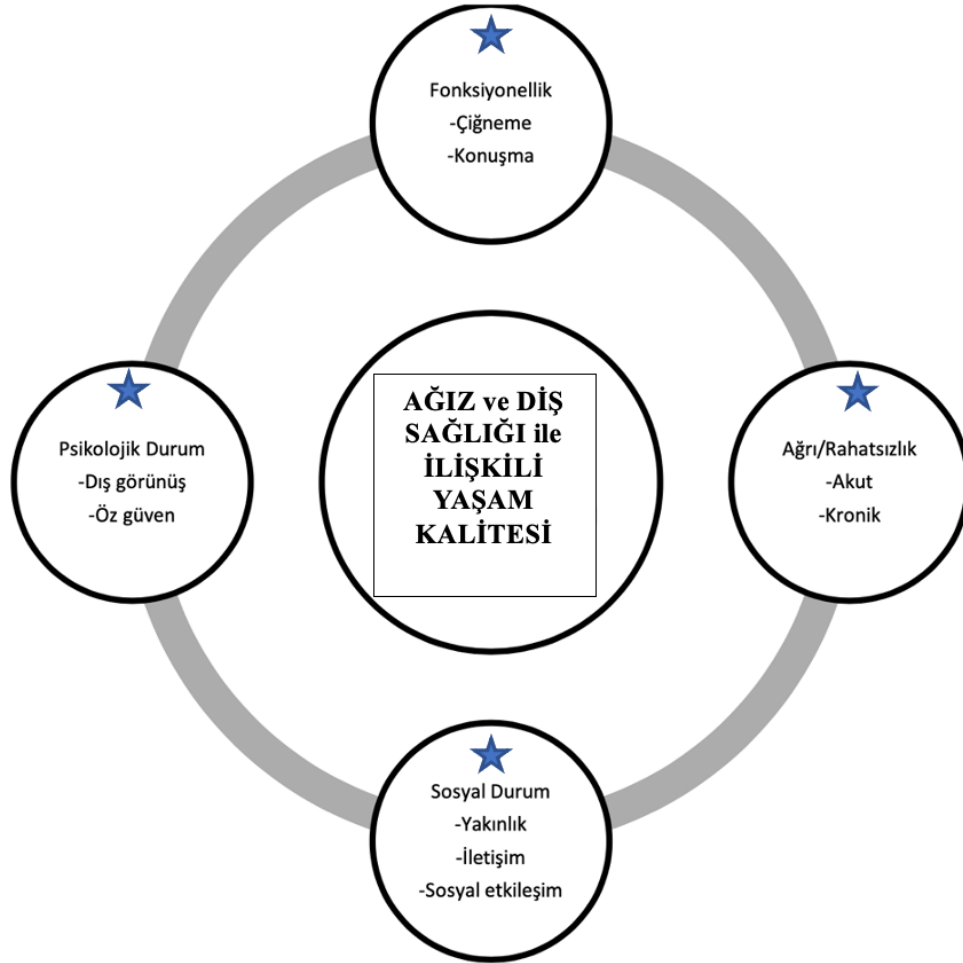
endişelerine odaklanmaktadır (Fitzpatrick ve ark., 1992). Sağlıklı olma durumu ile ilgili beklentiler; oluşan aksaklık ve sakatlıkla başa çıkabilme becerisi kişinin sağlık algısını ve yaşamdan memnuniyet seviyesini büyük ölçüde etkileyebilir, dolayısıyla aynı sağlık statüsüne sahip iki kişi çok farklı yaşam kalitesine sahip olabilir (Beşiroğlu ve Lütfoğlu, 2018). Allison ve ark. (1997), sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin “dinamik bir yapı” olduğunu ve zamanla değişime uğrayabileceğini vurgulamışlardır. Çünkü bireysel tutumlar sabit değildir; zaman, tecrübe, baş etme, beklenti ve uyum gösterme gibi olgular tarafından değişebilmektedir (Allen, 2003; Allison ve ark., 1997).

Günümüzde tüm bunlara ek olarak, hasta hayatının doktorlar tarafından erişilemeyen birçok yönünün de var olduğu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hastanın kendisinin değerlendirilmeyi yapacak en iyi kişi olduğu varsayılmaktadır. Hastalıklarının getirdiği olumsuzluklara alışan ve bu olumsuzlukları kendileri için normalleştiren kronik hastalığa sahip bireyler, yaşam kalitelerinin sağlıklı bireylere göre daha üstün olduğunu düşünebilmektedirler (Locker ve ark., 1977). Bu durum, yaşam kalitesinin dinamik bir yapıya sahip olması sebebiyle zaman içinde değişiklik gösterebileceği, bireysel beklenti ve yaşam koşullarından etkilendiği şeklinde açıklanmaktadır (Allison ve ark., 1997).

1.4. Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi

Ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir (John ve ark., 2004). Tıp alanında 1960'lı yıllardan beri kullanılmakta olan sağlığa bağlı yaşam kalitesi kavramı diş hekimliğinde ancak 1980'li yıllardan itibaren ilgi görmeye başlamıştır. Önceki zamanlarda, ağız sağlığının genel sağlık ile alakalı olmadığı ve bireyin psikolojik ve sosyal yaşamı üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir. Ancak 1970'li yılların ikinci yarısından itibaren, ağız sağlığı durumunun bireyin sosyal yaşamını da etkilediği yaklaşımı ağırlık kazanmıştır (Al Shamrany, 2006).

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve bileşenleri, Ingleheart ve Bahramian'ın (2002) terimlemesi ile Şekil 1.1'de gösterilmektedir. Buna göre; ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi; fonksiyonellik (çığneme-ısıırma, konuşma), psikolojik durum (dış görünüş, özgüven), sosyal durum (yakınlık, iletişim, sosyal etkileşim), ağrı/ rahatsızlık (akut, kronik) açılarından değerlendirmeleri ile tanımlanabilir.



Şekil 1.1. Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin temel bileşenleri (Ingleheart ve Bahramian'ın (2002) terimlemesi)

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi; orofasiyal bölgedeki ağrı ve rahatsızlığın bireyin psikolojik, sosyal, fonksiyonel faktörler ve bireysel iyilik halini nasıl etkilediğini tanımlayan özelleşmiş bir durumun ifadesidir (Brennan ve Spencer, 2004; Cunningham ve ark., 2001; Gerritsen ve ark., 2010; Naito ve ark., 2006).

Birleşik Devletler Genel Cerrahlar Birliği tarafından ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini “bireylerin yemek yerken, uyurken, sosyal aktivitelere ve fonksiyonlara rahatlıkla katılma durumu, öz saygısını ve onun ağız sağlığıyla alakalı memnuniyet düzeyini yansıtan çok boyutlu bir kavram” olarak tanımlanmıştır (National Institute of Health, 2000).

Hasta merkezli pratiğin, diş hekimliği alanında ağırlık kazanmasıyla “hasta tarafından bildirilen çıktılar” olarak da adlandırılan; subjektif ağız sağlığı durumu ve ağız hastalıklarının sosyal etkilerini değerlendirmek için ilk olarak sosyo-dental göstergeler kullanılmıştır. İlerleyen yıllarda, bu ölçütler için “ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Bayram, 2015).

İlk kez II. Dünya Savaşı sırasında “ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi” kavramı, karşılıklı çenelerde altı dişin ağızda bulunmasının oral fonksiyonları yerine getirebilmenin göstergesi, iyi olma hali ve hizmete uygunluğu değerlendirmek için kullanılmıştır (Hatch ve ark., 1998). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan sağlık durumu ölçekleri tıbbın çeşitli alanlarında diş hekimliği alanlarına göre daha yaygın kullanılmaktadır.

Sonuç olarak, oral hastalıklar ve durumlar oldukça yaygındır ve çok sayıda bireyde yaşam kalitesini ciddi şekilde bozar; buna ek olarak işlev, görünüm ve kişiler arası ilişkiler de dahil olmak üzere yaşamın çeşitli yönlerini etkileyebileceği görülmüştür (Gift ve Redford, 1992).

Günümüzde, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi tanımlanmasında farklı yaklaşımlar olsa da, bu kavramın çok boyutlu olduğu üzerine ortak görüş oluşmuştur.

Kavram;

- Dentisyon sürekliliğini,
- Hastalık veya hastalığın sebebiyet verdiği semptomların yokluğunu,
- Çiğneme - yutkunma gibi fiziksel, gülümseme gibi duygusal ve sosyal fonksiyonların yerine getirilebilmesini,
- Ağız sağlığından memnuniyeti,
- Bireyin durumunun sosyal - kültürel sorunlara sebep olmamasını kapsar (Can ve ark., 2009).

Araştırmacılar yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalarda ağız ve diş sağlığının, insanların genel sağlık durumları üzerinde önemli bir yere sahip olduğunu ortaya koymuştur (Çolak ve ark., 2010; Soylu, 2019). Ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesine ve günlük yaşama etkisinin değerlendirilmesi ile toplumların bilinçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerin topluma doğru şekilde ulaştırılması konusunda gelişmeler kaydedilebileceği belirtilmektedir (Beşiroğlu ve Lütfioğlu, 2018).

1.5. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi ve Ölçekleri

1.5.1. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Günümüzde, sağlığa bağlı yaşam kalitesi değerlendirmeleri, bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık düzeylerinin ve tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesi ile tedavi uygulamalarının etkinliğinin hastalar tarafından değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Cunningham ve Hunt, 2001).

Geçmiş yıllara bakıldığında, tıbbın birçok alanında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmasına rağmen diş hekimliğinde bu tür ölçümlerin çok yaygın olmadığı görülmektedir. Diş hekimliğinde ağız sağlığı problemlerinin psikososyal etkilerinin de araştırılması gerekliliğini ilk olarak Cohen ve Jago (1976) vurgulamıştır.

Diş hekimliğinde ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi araştırmaları, yetişkin hasta popülasyonlarında başlamıştır. Diş hekimliği alanında Locker (1988), sağlık sonuçlarını bireysel seviyede değerlendirirken, bireysel ölçeklerin kullanılması gerektiğini önermiş ve ağız sağlığının ölçümü ile ilgili kavramsal bir taslak oluşturmuştur. Locker tarafından ağız ve diş sağlığını ölçmek için tanımlanan kavramsal sistem, Dünya Sağlık Örgütü'nün; bozukluğun, sakatlığın ve engelin sınıflandırılmasına dayanmaktadır ve “ağız ve diş sağlığı sorunlarının” olası tüm fonksiyonel ve psikolojik sonuçlarını değerlendirebilmeye çalışmaktadır. Tanım gereği dişlerini kaybeden yani bir vücut bölümünü kaybetmiş insanlar ‘sağlık bozukluğuna sahip’ olmaktadır. Bu kavramsal çerçevenin yayınlanması, bu araştırma temasının diş hekimliğinde geliştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Locker ve Allen, 2007). Bundan sonraki araştırmalar ile ağız ve dişlerle ilgili rahatsızlıkların diğer bozukluklar kadar ciddi duygusal ve psikososyal sonuçları olduğu vurgulanmaya başlanmıştır (Locker ve Allen, 2007; Sischo ve ark, 2011).

Ağız sağlığı ölçüm modelindeki kavramlar şu şekilde tanımlanmaktadır;

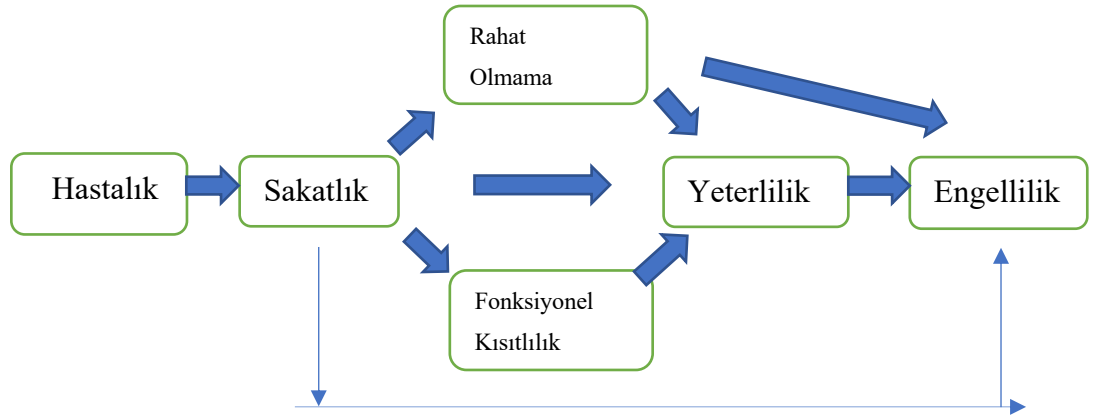
1.Fonksiyonel Kısıtlılık: Çoğunlukla vücudun bileşenlerinin veya organlarının beklendiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanmaktadır.

2. Rahatsızlık: Hastalığa verilen cevaptır. Hastaların ifade ettiği ağrı, rahatsızlık, fiziksel ya da psikolojik semptomlar örnek gösterilebilmektedir.

3. Sakatlık: Doğum esnasında ya da sonradan oluşan fiziksel, psikolojik ya da anatomik yapının yokluğu veya anormalliği olarak tanımlanmaktadır. Dişsizlik, periodontal hastalık veya maloklüzyon örnek gösterilebilmektedir.

4. Yetersizlik: Normal kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir.

5. Eksiklik: Bireylerin bulunduğu grup içerisinde sosyal beklentileri yerine getirememesidir (Şekil 1.2) (Locker, 1988).



Şekil 1.2. Ağız Sağlığı Ölçüm Modeli (Locker, 1988)

Genel sağlık ve ağız sağlığı arasında bir ayrım olmadığı, ağız boşluğunun vücut içinde yer aldığı ve bireyin “otonomiye sahip” bir anatomik bölgesi olmadığı, ağız dış sağlığı ile ilgili hastalıkların bireyin iyilik hali ve yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır (Locker, 1988). Günümüzde artık ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi

“kişinin ağız sağlığıyla ilgili memnuniyetini, özgüvenini, yemek, uyku ve sosyal etkileşimlerde bulunurken kişinin rahatlığını” değerlendirmeyi hedeflemektedir ve ağız sağlığının devamlılığının genel olarak sağlıklı olmanın gereklerinden biri olduğu görülmektedir (Glick ve Meyer, 2014).

Reisine ve ark. (1989) çalışmalarında mevcut psiko-sosyal etkileri anlatabilmek için sosyal indikatörlerin dental problemlerle ilişkili vakit geçirilen erişkinler için iş günü, çocuklar için okul günü kaybını değerlendirmiş ve kişi başına yıllık iş gücü kaybını 1,7 saat olarak belirlemiştir. Bu kayıp bireysel olarak tolere edilebilir ancak çok sayıda kişinin çalıştığı kurumlarda bir bütün olarak düşünüldüğünde, yüksek miktarda iş gücü kaybı ve maliyete sebep olacağı bildirilmiştir.

Son yıllarda yetişkinlerde diyabet, çeşitli oral mukoza rahatsızlıkları, gebelik dönemi periodontal durumlar, kardiyovasküler hastalıklar, dişsizlik tedavileri öncesi sonrası yaşam kalitesi değişimi gibi birçok konuda çalışmalar yapılmıştır (Ekşi Özsoy ve Tuncer, 2021; Göktürk ve ark., 2019; Gürleyen ve ark., 2018; Sönmez ve ark., 2015).

Yetişkinler üzerinde yapılan birçok çalışmayla beraber, çocukların da diş çürükleri, periodontal hastalıklar, maloklüzyon ve dudak damak yarıkları gibi çeşitli hastalıklar ve semptomları nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesinden dolayı son yıllarda da çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ölçülmesine önem verildiği görülmektedir (Bulut ve ark., 2021; Gürcan ve ark., 2021).

Çocuklarda, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi incelenen ilk araştırmalarda yetişkinler için geliştirilmiş ölçekler kullanılmıştır. Yetişkin ölçeklerinin çocuklarda kullanılma sebebinin, çocuklar için ölçek geliştirilmesinde ortaya çıkan yöntemsel zorluklara bağlı güçlükler olduğu bildirilmiştir. Çocukların ruhsal ve psikolojik gelişimleri, geniş yaş aralıklarında aynı ölçeklerle değerlendirilmesine uygun değildir. Bu sebeple çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçümünde, araştırma konusu yaş gruplarının bilişsel ve iletişimsel yeterlilikleri göz önüne alınarak

geliştirilen ölçeklerin seçilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Jokovic ve ark., 2002).

Çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde uzun yıllar ebeveynler vekil olarak kullanılmıştır (Theunissen ve ark., 1998). Geçtiğimiz yıllarda ise ebeveynler ve çocukların düşüncelerinin farklı olabileceği gerçeği, çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi konusunda kendi bildirimlerini önemli hale getirmiştir. Yapılan araştırmalar da bu durumu doğrulamış, çocuklarla ebeveynleri arasında ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi değerlendirmelerinde farklılıklar olduğu görülmüştür (Eiser ve Morse, 2001; Verrips ve ark., 2000). Günümüzde ebeveyn görüşleri çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi değerlendirmelerinde yalnızca doğrulayıcı olarak kullanılmaktadır (Aydoğan ve Kazancı, 2015).

1.5.2. Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Tedavi ihtiyacını belirlemeye yönelik indeksler, yalnızca mevcut durumu ortaya koymakta, ancak bu durumun hastanın yaşam kalitesine etkisini ölçmemektedir (Gediz ve ark., 2019).

Yaşam kalitesini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen “Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)” yani “Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi” kavramı; bireyin ağız sağlığı, fonksiyonel ve duygusal iyilik hali, beklentileri, memnuniyeti ve benlik duygusunun öznel bir değerlendirmesini içeren çok boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından Küresel Ağız Sağlığı Programı’nın önemli bir bölümü olarak kabul edilmektedir (Sischo ve Broder, 2011).

Ağız ve diş sağlığının, kişinin yaşam kalitesini çok az etkilediği bildirilmiştir (Davis, 1976). Oysaki; dental hastalıklar, tedavi deneyimleri, ağız içi problemler çocuklar ve ailelerinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep

olabilmektedir (Peker ve ark., 2011). Ağız diş sağlığı ile ilgili problemler, çocuğun gecikmiş veya yetersiz fiziksel gelişimine, okul günlerinin kaybına ve sosyal hayatlarının etkilenmesine sebep olarak onların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Filstrup ve ark., 2003).

Çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan araçlar, jenerik ve spesifik olmak üzere ikiye ayrılır. Jenerik araçlar, bireylerin veya toplumların ağız sağlığı durumlarının genel olarak değerlendirilmesinde avantajlıdır. Spesifik araçlar ise; hastalığa, duruma veya popülasyona özgü hazırlanan değerlendirme araçlarıdır. Diş hekimliği alanında farklı tedavi yöntemlerinin etkinliklerinin değerlendirilmesinde daha yüksek hassasiyete sahip olmaları nedeniyle spesifik araçların tercih edilmesi uygundur (Cunningham ve Hunt, 2001).

Klinik uygulamada yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanımında;

- Psikososyal sorunların taranması ve incelenmesi
- Sağlık sorunları ile ilgili nüfus anketlerinin yapılması
- Tıbbi denetim
- Sağlık hizmetleri veya sağlık araştırmalarının sonuçlarının değerlendirilmesi
- Klinik testler
- Fayda-maliyet analizi

Klinik uygulamada kullanılan yaşam kalitesi ölçümlerinin sahip olması gereken özellikler;

- Güvenirlik
- Geçerlik
- Uygunluk ve kabul edilebilirlik
- Değişime duyarlılık
- Yorumlanabilirlik (Yıldırım ve ark., 2017)

Ağız diş sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ölçülmesi amacıyla kullanılacak olan ölçeğin standardize olabilmesi ve uygun bilgiler üretebilmesi için sahip olması gereken özellikler vardır. Bu özellikler; ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesi olan “güvenirlik” ve ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesinin bir göstergesi olan “geçerlik” olarak belirtilen iki temel özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (Guyatt ve ark., 1993).

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (Guyatt ve ark., 1993). Geçerlik, araştırmada ölçeğin aslen ölçmek istediği özelliğin doğruluğunu ve ölçümün derecesini belirleyen özelliğidir (Golafshani, 2003).

Kapsam geçerliği ise ölçek içeriğindeki soruların, ölçülmesi planlanan kavramı ne derece net yansıttığını gösteren bir kavram olarak tanımlanırken; görünüş geçerliği ise ölçme aracının ismi, soruları ve açıklamalarıyla, ölçmeyi amaçladığı özelliği ne derece ölçebildiği şeklinde tanımlanmaktadır (Guyatt ve ark., 1993).

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçeklerini Slade (2002) üç başlıkta toplamıştır:

1. Sosyal indikatörlerin değerlendirilmesi: Ağız - diş hastalıklarının toplumsal ve sosyal hayattaki etkilerini değerlendirir. Ağız ve çevre doku hastalıkları nedeniyle meydana gelen iş gücü kaybı ve aktivitelerin etkilenimini araştıran geniş çaplı araştırmalarda kullanılır.
2. Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin evrensel değerlendirilmesi: Kişiye ağız ve diş sağlığını nasıl değerlendirdiği sorusu yöneltilir. Cevap; mükemmel, iyi, etkisi yok, çok kötü, şeklinde verilir veya VAS (Visual Analog Scale) ile 100 üzerinden kişinin kendi durumuna puan vermesi istenebilir.
3. Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin anketler ile değerlendirilmesi: Anketler ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin incelenmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Uzun soluklu çalışmalarda incelenecek olan değişimin anketler tarafından doğru değerlendirilmesi önemlidir (Slade, 2002).

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini değerlendiren psikometrik araçlar, 3 grup olarak incelenmektedir;

1. Sosyal göstergeler
2. Algılanan ağız sağlığı durumu
3. Ağız sağlığı yaşam kalitesi ölçekleri (Al Shamrany, 2006).

Sosyal göstergeler; toplumun ağız sağlığı değerlendirmesinde ve sağlık çalışmalarında ağız hastalıklarının hastalık yükünün değerlendirilmesinde, sağlık hizmetlerinin planlanmasında yardımcı olmaktadır.

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçekleriye birden fazla alt boyuttan ve maddeden oluşmakta ve farklı yaş grupları, farklı sağlık sorunları veya hastalık belirtileri için farklı ölçekler geliştirilmiştir (Al-azzawi, 2020; Talekar ve ark., 2004).

Çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için çocukları yaş gruplarına göre sınıflandıran ölçekler geliştirilmiştir. Ayrıca ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, 6 yaş altı çocuklarda ebeveyn bildirimli ölçeklerin kullanılması, 8-10 ve 11-14 yaş aralıklarında ise hem çocuk hem ebeveyn bildirimli ölçeklerin de kullanılması gerekmektedir (Broder, 2007; Miloğlu ve ark., 2009).

2014 yılında yapılan bir sistematik derlemede, çocukluk çağında ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan geçerli ve güvenilir ölçekler aşağıda listelenmiştir (Gilchrist ve ark., 2014).

- Michigan Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Michigan Oral Health Related Quality of Life Scale) :

Filstrup ve ark. tarafından (2003) geliştirilmiş olan ölçek 4 yaş ve üstü çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Hem çocuk hem ebeveyn formu bulunmaktadır.

- 5 Yaş Çocuklarına Özgü Ağız Sağlığı Çıktıları Ölçeği (The scale of oral health outcomes for 5-year-old children - SOHO-5) :

2012 yılında Tsakos ve ark. tarafından geliştirilen bir ölçektir. Erken çocukluk dönemindeki çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için kullanılmaktadır.

- Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS) :

Pahel ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. 2011 yılında Peker ve ark. tarafından Türk diline kültürel adaptasyonu, geçerliği ve güvenilirliği yapılmıştır. 3-5

yaş arası çocukların ve ailelerinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

- Çocuklarda Ağız Sağlığının Günlük Performansa Etkisini Ölçen Ölçek (Child Oral Impacts on Daily Performances - C-OIDP) :

2004 yılında Gherunpong ve ark. tarafından, 10-12 yaşları arasındaki Tayland'lı çocukların ağız sağlığı problemlerinin onların günlük aktivitelerine olan etkisinin şiddet ve sıklığını ölçmek için geliştirilmiştir.

- Çocuk Ağız Sağlığı Etki Profili (Child Oral Health Impact Profile- COHIP):

Broder ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Ölçek pedodontik, ortodontik ve yüz anomalili çocukların yaşam kalitelerinin kıyaslanmasında kullanılmıştır. Çocuklarda ve ergenlerde kullanılabilen ölçek; klinik uygulamalarda, hem farklı klinik problemi olan çocukları hem de farklı şiddette klinik problem yaşayan çocukları ayırt edebildiğinden dolayı hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda kullanılabilecek özelliktedir.

- Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri - Ağız Sağlığı Skalası (Pediatric Quality of Life Inventory™ Oral Health Scale™ -PedsQL™ Oral Health Scale™)

Steele ve ark. 2009 yılında Amerika'da çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için bu ölçeği geliştirmiştir. 5 maddeden oluşan ölçeğin, çocuk ve ebeveyn için 2 formu vardır. Yüksek puanlar iyi yaşam kalitesini göstermektedir.

- Pediatrik Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Oral Health - related Quality of Life - POQL)

Boston ve Harvard Üniversiteleri tarafından ortak oluşturulan ölçek; anaokulu, okul çağı (8yaş) ve 12 yaş grubu arası, düşük gelirli ve azınlık gruplardaki çocukların

ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiş olup, klinik ve toplum bazlı çalışmalar için uygundur (Huntington ve ark., 2011). Çocuklarda farklı dönemlerde farklı ölçüm yöntemlerinin kullanılmasının uygun olduğundan, okul öncesi, okul dönemi ve ergenlik dönemi için ayrı versiyonları hazırlanmıştır. Anaokulu çocukları için yalnızca ebeveyn formu, okul (8 yaş ve üstü) ve 12 yaş grubu çocuklar için hem çocuk ve hem de ebeveyn formu vardır.

POQL çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini, ağız diş sağlığının sosyal yaşama etkilerini, çocukların fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarını ve ailelerin yaşam kalitesini ölçerek gösterir. POQL geniş bir çalışma popülasyonu ile çalışabilmek için literatür derlemeleri ve odak gruplarıyla çalışılarak elde edilmiş bir ölçektir. Kısaca POQL ağız sağlığı tarafından etkilendiği düşünülen; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental fonksiyon ve gelişme durumunu ölçmek için tasarlanmıştır (Yazıcıoğlu, 2013).

Bu ölçek, 10 maddeden ve 4 alt boyuttan (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyonlar, duygusal fonksiyonlar ve rol-görev fonksiyonları) oluşmaktadır.

Ölçek aynı zamanda Amerika’da en sık kullanılan ikinci dil olması nedeniyle İspanyolca’ya da çevrilmiştir (Albites ve ark., 2014).

POQL aile ölçeğinde ise çocuk ölçeğinde bulunan 4 alt gruba ilaveten ailenin yaşam kalitesi ile ilişkili 2 alt grup da bulunmaktadır. Bunlar çocuklar için; “Fiziksel Fonksiyon”, “Rol Fonksiyonu”, “Sosyal Etki”, “Psikolojik Etki”dir. Ailenin kendisi için ise çocukların durumuyla ilişkilendirilebilecek iki alt grup olan “Rol Fonksiyon” ve “Psikolojik Etki” mevcuttur.

- Çocuk Algılama Ölçekleri (Child Perceptions Questionnaires, CPQ)

Jokovic ve ark. tarafından geliştirilen (2002), farklı kültürlerde adaptasyonu, geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış olan “Çocuk Ağız Sağlığı Yaşam Kalitesi Ölçekleri” en çok kullanılan ölçüm aracıdır.

CPQ ölçeğinin 2 formu vardır:

1) 8-10 yaş grubu (CPQ₈₋₁₀)

2) 11-14 yaş grubu (CPQ₁₁₋₁₄).

Ayrıca ölçeklerin ebeveyn / bakımverenler için de formları vardır. Bunlar; çocukların ağız sağlığının kendi ebeveynleri tarafından nasıl algılandığını değerlendirmek için kullanılan Ebeveyn/Bakıcı Algılama Ölçeği (Parental/Caregiver Perceptions Questionnaires) ile çocukların ağız sağlıklarının aile yaşamına olan etkisini değerlendirmede kullanılan Aile Etki Ölçeğinden (Family Impact Scale) oluşmaktadır (Jokovic ve ark., 2003).

Jokovic ve ark. (2003) tarafından geliştirilen Ebeveyn/Bakıcı Algılama Ölçeği; 5’li likert yanıt skalalı 31 maddeden 4 alt ölçekten (ağız semptomları/fonksiyonel limitasyon/duygusal iyilik hali/sosyal iyilik hali) oluşmaktadır.

Aile Etki Ölçeği: 5’li likert yanıt skalalı 14 madde ve 4 alt ölçekten (ailesel aktiviteler / ebeveyn duyguları / ailesel uzlaşmazlık / maddi külfet) oluşmaktadır (Locker ve ark., 2002)

CPQ₈₋₁₀ Ölçeği: 5’li likert yanıt skalalı 25 maddeden ağız semptomları, fonksiyonel sınırlılık, duygusal iyilik hali ve sosyal iyilik hali alt ölçeklerinden oluşmaktadır (Jokovic ve ark., 2004).

CPQ₁₁₋₁₄ Ölçeği: 5'li likert yanıt skalalı 37 maddeden 4 alt ölçekten (ağız semptomları/fonksiyonel limitasyon/duygusal iyilik hali/sosyal iyilik hali) oluşmaktadır (Jokovic ve ark., 2002).

Diş çürüklü, mine defektli, malokluzyonlu ve baş-yüz anomalili çocuklarda kullanılmıştır (Jokovic ve ark., 2006).

CPQ Kısa Formları: Jokovic ve ark. tarafından (2006) CPQ₁₁₋₁₄ ölçeğinin, bilimsel çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlamak amacıyla 5'li likert yanıt skalalı 8 ve 16 maddeden ve 4 alt ölçekten (ağız semptomları, fonksiyonel limitasyon, sosyal ve duygusal iyilik hali) oluşturulmuştur.

1.5.3. POQL ve CPQ₈₋₁₀ Ölçeklerinin Türkçeye Çevirileri ve Kültürel Adaptasyonu

Araştırmalarda kullanılacak ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin kabul edilmiş olması gerekmektedir. Kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmış olması, özellikle farklı kültürel bağlamlarda testlerinin yapılması önemlidir. Bu aşamada bu ölçeklerin kavramsal ve işlevsel denkliklerini sağlamak için çevirigeri çeviri ve ön test prosedürlerinin uygulanması gerekmektedir (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020).

Türkçe versiyon POQL: Yazıcıoğlu ve ark. (2018) tarafından POQL ölçeğinin çocuk (Child Self Report - CSR) ve ebeveyn (Parent/Caregiver Report - PRC) kişisel bildirim formunun kültürel adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek, uluslararası kültürel adaptasyon rehberlerine göre Türk diline çevrilmiş, Türk diline uygun olarak bazı sözcüklerin değişmesi ile kültürel adaptasyonu yapılmıştır. Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği kliniğine başvuran 149 çocuk ve velisine uygulanmıştır. Ölçeğin güvenirlik (içsel tutarlılık ve test-tekrar test) ve geçerliği (ayırt edici ve birleştirici) test edilmiştir. İçsel tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha), CSR için 0.905; PRC için 0.887

bulunmuştur. On beş gün ara ile 16 kişilik bir örnekleme yapılan çalışmada, gruplar arası korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient/ICC) CSR için 0.895, PRC için 0.992 bulunmuştur. Ayırt edici geçerliği dış çürüğü olan ve olmayan çocukların ölçek puanlarının kıyaslanması ile; birleştirici geçerliği ise ölçek puanları ile subjektif ağız sağlığı durumu algısı arasındaki ilişkinin test edilmesiyle incelenmiştir. Yapılan çalışma, ölçeğin 8-14 yaş arası Türk çocuklarının ağız hastalıkları ve ağız sağlığı problemlerinin onların günlük yaşamlarına etkisinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir.

Türkçe Versiyon CPQ₈₋₁₀: 2019 yılında CPQ ölçeğinin 8-10 yaş grubu çocuklar için geliştirilmiş versiyonunun Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin çocuk hastalarda değerlendirilmesi amacıyla, bu yaş grubu 194 çocuk üzerinde bir çalışma olarak yapılmıştır (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020). CPQ₈₋₁₀, 25 maddeden oluşur ve kendi kendine uygulanabilen bir ölçektir. Ölçek, çocuğun yaşını ve cinsiyetini sorarak başlamaktadır. Takip eden 25 madde, ölçeğin gerçek çekirdeğini oluşturur ve 4 alana ayrılır. İlk 5 madde oral semptomlar, takip eden 5 madde fonksiyonel sınırlamalar, sonraki 5 madde duygusal iyilik hali ve son 10 madde sosyal iyilik hali alanına aittir. Maddeler, ölçek uygulanmadan önceki 4 hafta boyunca meydana gelen olayların sıklığına odaklanır. Cevaplar Likert ölçeğine göre (0-4 arası) puanlanır.

Çeviri-geri çeviri yöntemiyle Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin anlaşılabilirliği bir ön çalışma ile belirlenmiştir. İlk testlerden 2 hafta sonra 39 hasta ile test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık ve test-tekrar test güvenilirlikleri Cronbach alfa ve sınıf içi korelasyon katsayıları kullanılarak belirlenmiş ve ölçeğin yapı geçerliği Spearman korelasyonu ile değerlendirilmiştir (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020).

Türkçe çeviri yapılması esnasında kültürel açıdan küçük değişiklikler yapılmıştır. Aynı zamanda yapı geçerliği, Türkçe CPQ₈₋₁₀ toplam puanları ile ağız sağlığı değerlendirmesi ($r = 0.547$ ve $p < 0.001$) ve ağız sağlığı yaşam kalitesi üzerine

etkisi ($r = 0.627$ ve $p < 0.001$) arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon kaydedilmiştir. Türkçe CPQ₈₋₁₀, pedodonti kliniğine başvuran 8-10 yaş grubu çocuklarda kullanım için güvenilir ve geçerli bulunmuştur (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020).

Hızla gelişen teknoloji ile sağlık modelleri de daha fazla geliştirilmektedir. Bu gelişmeler, var olan ölçeklerin kavramsal temelinin yeterince sağlam olup olmadığını ve yeni sağlık modellerine ihtiyaç olup olmadığının tespiti açısından oldukça önemlidir (Yıldırım ve ark., 2017).

1.6. Disleksi Tanımı ve Disleksi Tanılı Çocukların Genel Özellikleri

Öğrenme bozukluğu terimi ilk kez 1963 yılında özel eğitimci Kirk tarafından kullanılmıştır (Erman, 2002). Özgül Öğrenme Güçlüğü, sözel ve sözel olmayan bilginin işleme süreçlerinde, kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle oluşan nörogelişimsel bir bozukluktur. Diğer nörogelişimsel bozukluklarda da olduğu gibi, özgül öğrenme güçlükleri de erken çocukluk döneminde beyin işleyişinin farklılaşmasıyla oluşur. Sıklıkla, beyin gelişiminde yapısal farklılaşma gösteren diğer gelişimsel bozukluklarla beraber görülmektedir (Özkardeş, 2013). Özgül öğrenme güçlüğü; okuma, anlama, konuşma, dinleme, matematiksel mantık, aritmetik hesaba yapabilme, yazılı anlatım yetilerinin kazanılması ve kullanılabilmesinde gecikme veya bozukluk olarak tanımlanan nörobiyolojik bir bozukluktur (Asfuroğlu ve Fidan, 2016). Sözü geçen bilişsel işlevler, en çok yeni bilgi edinilmesi, kavramların oluşturulması ve anlamlandırılması gibi bilişsel yetilerin gerekli olduğu okul yaşamında gözle görülür şekilde önemli olduğu için, bu tip bozukluklar Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası hastalıklar sınıflaması ICD 10'da "f 81-Skolastik Becerilerde Özel Gelişimsel Bozukluklar" olarak sınıflandırılmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

Epidemiyoloji:

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı - DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bireyin hangi alanda disfonksiyonu olduğu göz önüne alınarak şu şekilde kategorize edilmiştir:

1. Okuma bozukluğu (Disleksi)
2. Yazılı anlatım bozukluğu (Disgrafi)
3. Matematiksel işlev bozukluğu (Diskalkuli)
4. Diğer öğrenme bozuklukları (Günay Aksoy, 2019; Relwani ve ark., 2016).

DSM IV ile tanımlanan okuma bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu ve matematik bozukluğu DSM V ile tek bir çatı altında toplanmış öğrenme bozukluğu alt tipine göre özelleştirilmesi önerilmiştir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-V verilerine göre özgül öğrenme güçlüğü'nün okul çocuklarındaki yaygınlığı %5-15 iken, yetişkinlerde bu oran %4 olarak bildirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde 6-21 yaş aralığındaki tüm özel gereksinimli öğrencilerin %39.2'sini özel öğrenme güçlüğü olan çocuklar oluşturmaktadır (US Department of Education, 2016). Ülkemizde tanı koymadaki yetersizlikler, uygun eğitim imkanlarının kısıtlılıkları sebebiyle resmi olarak tanı almış tüm özel eğitim öğrencileri grubunda özgül öğrenme bozukluğu olan çocukların oranının %3 olduğu belirtilmiştir (Melekoğlu, 2017). Özgül öğrenme bozukluğunun alt tipleri arasında en çok rastlanılan okuma bozukluğudur ve vakaların %80'ini okuma bozukluğuna sahip bireyler oluşturmaktadır (Erden, 2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı ile Özgül Öğrenme Güçlükleri arasında da bir ilişki vardır. Ülkemizde

yapılan bir çalışmada, özgül öğrenme güçlüğü bulunan bireylerde olguların yaklaşık %28.5’inde DEHB saptandığı belirtilmiştir (Erman, 1997).

Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) ifadesinin tanımına yönelik arayışlar henüz sona ermemiştir. Temel olarak, öğrenme güçlüğünde bireyin sahip olduğu özel bir alanda disfonksiyon mevcuttur. Bu açıdan, öğrenme güçlüğü tanısı alan bireylerde, bilişsel yeteneklerin eksikliği ortaya çıkmaktadır (Behlol ve Dad, 2012; Greenham, 1999; Salman ve ark., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (2013) göre; yeterli zekâ, sosyokültürel fırsatlar ve bireye verilen eğitime rağmen; verimli okuma becerisi kazanmakta görülen beklenmedik ve kalıcı başarısızlık “disleksi” olarak tanımlanmaktadır (Balcı, 2017). Literatür incelemelerinde; disleksinin öğrenme güçlüğü ile eş anlamlı olacak şekilde konuşma, dinleme ve anlama yetilerinde bozuklukları içerecek şekilde kullanıldığı görülmektedir (Salman ve ark., 2016).

Öğrenme güçlüğü bunlar ışığında en kapsamlı şekilde tanımlanacak olursa; normal ya da normal üzeri zekâ seviyesine sahip, primer psişik bir hastalık veya tanımlanmış beyinsel patolojisi bulunmayan, duyuşsal engeli olmayan bireylerde; dinleme, konuşma, okuma-yazma ve matematiksel işlevlerde tespit edilen güçlükleri kapsayan nörolojik kökenli gelişimsel bir bozukluktur (Günay Aksoy, 2019; Salman ve ark., 2016). Bunların yanısıra; öğrenme güçlüğü tanılı bireylerde ikincil olarak kendi kendini idare edememe, sosyal algı ve iletişim sorunları, standart eğitim alırken yaş ve zekâsına uygun başarı gösterememe bulguları da öne çıkmaktadır (Greenham, 1999; Salman ve ark., 2016). Farklı bir deyişle kişinin bireysel davranışları, sosyal algısı ve etkileşimi ile ilgili sorunlar tek başına bir öğrenme güçlüğü oluşturmazken; bu durumlar mevcut olan öğrenme güçlüğüne eşlik edebilmektedir (Greenham, 1999). Yıllarca entelektüel kapasitelerindeki eksikliklerden dolayı, belirli bir akademik performans düzeyine ulaşmakta güçlük çeken çocuklar mental retarde olarak değerlendirilmekteyken, günümüzde öğrenme güçlüğü ile mental retardasyon arasındaki fark net olarak ortaya konmuştur (Relwani ve ark., 2016).

Özgöl öğrenme güçlüğü ifadesi; öğrenme güçlüğüünün görme, işitme, duygusal, ekonomik vb. nedenlerden kaynaklanmamasından dolayı kullanılmaktadır. Yazılı ve sözlü dili anlama ve kullanmada temel olan bir veya daha fazla psikolojik sürecin etkilenmesiyle ortaya çıkan dinleme, düşünme, konuşma, okuma-yazma ve matematiksel hesaplamalar yapmadaki güçlüklerdir (Diken, 2012; Salman ve ark.,2016).

Özgöl öğrenme güçlüğü olan çocukların okul öncesi dönemde belirtileri;

- Konuşmada gecikme
- Birbirine yakın heceli kelimelerde sesler karıştırılır (“su” yerine “bu” vb.)
- Ayakkabıların bağlanmasında başarısızlık yaşanabilmesi
- Sağ-sol yön ve el karıştırılabilmesi
- Bir iş yapılırken her iki elin de kullanılabilmesi ve kullanılacak el konusunda belirgin bir seçim yapılamaması
- Alfabenin ve seslerin öğrenilmesinde zorluklar (b,p – m,n karışması vb.)
- Zaman ve yön kavramlarının karışması

Özgöl öğrenme güçlüğü olan çocukların okul döneminde belirtileri;

- Okuma geç ve zor öğrenilir.
- Yavaş ve hatalı okunur.

- Yazı bozuklukları çok sık görülür.
- Matematikte güçlük çekilir.
- Çarpım tablosunu öğrenememe görülür.
- İmla ve noktalama hataları yapılır.
- d ile b, p ile b harflerini karıştırılır.
- Okuduğunu anlamada sorun yaşanır.
- Okurken sık sık harfler karıştırılır.
- Harflerin sırası karıştırılır.
- Benzer kelimeler birbirine karıştırılır (“incir” yerine “zincir”, “en” yerine “ne” vb.).
- Ayna görüntüsü ile ters olarak yazma görülür.
- Bazı kelimeler yanlış hecelenir, hece atlanır, heceler tersten okunur /yazılır.
- Sesli okuma sırasında vurgulamalar inişli-çıkışlı olur ve vurgulamalar ile ilgili noktalama işaretleri görülmez.
- Dil sorunları görülür.

- Sayfa yanlış ve düzensiz kullanılır, çizgiler arasında yazmada zorluk yaşanır.
- Kelimeler çok yer kaplayacak şekilde aralıklı veya birbirine çok bitişik yazılır.
- Yuvarlak ve düz çizgiden oluşan harfleri yazmada zorluk yaşanır (Diken, 2012; Salman ve ark, 2016).

DSM kategorilerinden disleksi; öğrenme güçlüğü'nün en sık görülen tipi olup, bu terim; birincil olarak kelimeleri doğru ve akıcı heceleme ve okuma ile ilgili becerileri etkileyen bir durumu ifade eder (Günay Aksoy, 2019). Ancak; disleksinin sadece bu becerileri etkilemediği, bilgiyi alma ve işleme süreçlerindeki bozukluklarla da yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda disleksi tanılı bireyler, duydukları ve gördükleri bilgileri işlemede ve hatırlamada zorluk çekebilirler ve bu durum kişisel becerilerin öğrenilmesini ve kazanılmasını olumsuz etkilemektedir (Bennett, 2021; Günay Aksoy, 2019). Okuma bozukluklarına ek olarak, disleksi tanısı alan bireylerde görsel veya işitsel bağlantılar yokluğunda, görsel simgeler (harfler) bir ses algısı oluşturmamaktadır. Bu durum, daha çok gelişimsel konuşma güçlüğü olan çocukları ilgilendirmektedir. Diğer yandan, disleksi tanısı almış bireylerde motor fonksiyonlarda bozukluklar da görülmektedir. Sol elde, sağ ele oranla belirgin bir güçsüzlük görülmekte, yaş ilerlemesiyle ve görsel uyaranlarla desteklenme durumlarında motor fonksiyonlarda performans artışı izlenebilmektedir (Salman ve ark., 2016).

Disleksi, bireylere göre farklılık göstermekte; bireyin yapısı, çevresel faktörler, aile desteği, aldığı eğitimin süresi ve etkisi, bireydeki disleksinin yapısını değiştirmektedir. (Akhtar, 2008; Balcı, 2015; IDA, 2015).

1.6. Amaç

Dünya genelinde ağız ve diş hastalıklarının fonksiyonel, duygusal ve sosyal etkilerini değerlendirmek için çeşitli araçlar geliştirilmektedir. Geliştirilen anket ve ölçüm araçlarının hedefi, ağız hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini, duygusal ve sosyal iyi hissetme derecesi açısından ölçmektir.

Bu çalışma, disleksi tanılı çocuklarda ağız sağlığını ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini belirlemek ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır. Sağlıklı çocuklar kadar disleksi tanılı çocukların ve velilerinin/bakım verenlerinin eğitim durumları, çocuğu ve kendi ağız sağlığı durumu hakkındaki bilgi seviyesi ve ağız diş sağlığına verdiği önemin incelenmesi, çocukların hastalık durumlarının sağlıklı yaşıtlarına göre ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini etkileme durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca disleksi tanılı çocukların oral hijyende anlamakta ve uygulamakta güçlük çektikleri durumların belirlenip, anlaşılacak şekilde oral hijyen eğitimi verilecek yöntemler bulunması, başka çalışmalara da yol açıcı nitelik taşıyabilecek olması çalışmamızın amaçlarından biridir.

Ağız diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin alt bileşenidir. Türkiye’de daha önce disleksi tanılı çocukların ağız ve diş sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin değerlendirilmemiş olması ve diğer ülkelerde de bu değerlendirmeye özgü çalışmaların sınırlı olması araştırmanın önemini artırmaktadır. Günümüze kadar yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, 8-10 yaş grubu disleksi tanılı çocuklarda ağız sağlığı ile ilgili yaşama kalitesini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Tüm yaş grubundaki çocuklar kadar özel bakım gereksinimi olan çocuklar içerisinde özel öğrenme güçlüğü tanımı içinde yer alan disleksi tanılı çocuklar için gerek ağız sağlığı gerekse yaşam kalitelerini değerlendirerek sağlık programları içerisinde yer almasını sağlamak gereklidir.

Çalışmada hipotez;

H_0 : Disleksi tanılı çocuklar ile sağlıklı çocuklar arasında ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi açısından fark yoktur.

H_1 : Disleksi tanılı çocuklar ile sağlıklı çocuklar arasında ağız diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi açısından fark vardır şeklinde kurulmuştur.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Etik Kurul Onayı

Çalışma protokolü için gerekli etik kurul onayı Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Etik Kurulu'ndan 28.04.2021 tarihinde ve 36290600/40/2021 protokol numarası ile alınmıştır (EK-1).

2.2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, kesitsel tipte analitik bir anket çalışması olarak planlanmış ve tamamlanmıştır.

2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında Özel Huzur İşitme Konuşma Bozuklukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim görmekte olan 8-10 yaş ve sadece disleksi tanısı alan çocuklar ve velileri ile Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne muayene için başvurmuş olan herhangi bir hastalığı bulunmayan çocuklar ve velileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Özel Huzur İşitme Konuşma Bozuklukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Şekil 2.1.) 2009 yılında Ankara Mamak ilçesinde kurulmuş, bünyesinde dil ve konuşma güçlüğü, özel öğrenme güçlüğü, yaygın gelişimsel bozukluklar, bedensel-zihinsel ve işitme engelli bireyler için özel eğitim programları, eğitmenleri, psikologları ve personellerini barındıran Ankara'nın en büyük merkezlerinden biridir.

Çalışmaya başlamadan önce merkez müdürü ve psikoloğu ile görüşülmüş, yapılacak anketler ve bilgilendirmeler araştırmacı ile değerlendirilmiş ve merkezden yazılı izin belgesi alınmıştır (EK-2). İlgili merkezde çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve velilere anket çalışması ve ağız içi muayenelerinin yapılabilmesi için kurum tarafından hazırlanan program, çocukların bire bir yapılan özel eğitim ders saatlerini aksatmayacak şekilde yapılmıştır.



Şekil 2.1. Özel Huzur İşitme Konuşma Bozuklukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

2.4. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada, ilgili özel eğitim merkezinden alınan hasta bilgilerine göre Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında çalışmaya katılma kriterlerine uygun sadece disleksi tanılı 8-10 yaş arası 41 çocuk olduğu bilgisi edinilmiştir. Araştırmacı tarafından çocuk ve veliler çalışma hakkında bilgilendirilmiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden 35 çocuk ve velilerine bilgilendirilmiş gönüllü onam formları imzalatılmıştır (EK-3,4). Çalışma süresince özel eğitim merkezinde eğitim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve veliler gerçekleşen power olarak kabul edilmiştir (n=35). Kontrol grubunu oluşturabilmek amacıyla Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran aynı sayıda ve aynı yaş

grubunda herhangi bir kronik-sistemik hastalığı bulunmayan ve öğrenme güçlüğü tanısı kapsamında bir bozukluğu olmayan çocuk hasta ve velisi çalışmaya dahil edilmiş olup bilgilendirilmiş gönüllü onam formları imzalatılmıştır (n=35).

Toplamda 70 çocuk ve velisi ile örneklem grubu oluşturulmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 8-10 yaş arası çocuklar
- Sadece disleksi tanısı alan çocuklar
- Çalışma süresince merkezde eğitim almakta olan çocuklar
- Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran aynı sayıda ve aynı yaş grubunda herhangi bir kronik-sistemik hastalığı bulunmayan ve öğrenme güçlüğü tanısı kapsamında bir bozukluğu olmayan çocuklar ve velileri
- Çocuk ve velisinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Anketleri cevaplayabilecek okuma ve yazma becerisine sahip olmak,
- Hasta ile iletişim kurmayı engelleyecek bir rahatsızlığının bulunmaması

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Uygun yaş aralığında olmayan çocuklar
- Disleksi tanısına eşlik eden başka hastalık, mental retardasyon veya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da bulunan disleksi olguları ve velileri
- Merkezde eğitimine ara vermiş veya çalışma süresince merkeze gelmeyen çocuklar
- Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran herhangi bir kronik-sistemik hastalığı bulunan ve öğrenme güçlüğü tanısı kapsamında bir bozukluğu olan çocuklar
- Çocuk ve/veya velisinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

2.5. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada disleksi tanısı alan grup ve kontrol grubu 8-10 yaş arası çocuk hastalara ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için yüz yüze görüşme yöntemi ile CPQ₈₋₁₀ (EK-5) ve POQL yaşam kalitesi ölçeği (EK-6) uygulanmıştır. Çocukların anketlerde anlayamadıkları sorular (özellikle zaman kavramında) herhangi bir cevaba yönlendirmeksizin daha basit, genel şekilde sorulmuştur. Ayrıca velilerin, çocukların vereceği cevaplara müdahale etmelerini engellemek amacıyla anketler ayrı bir odada araştırmacı, çocuk ve çocuğun özel eğitimcisi eşliğinde yapılmıştır (Şekil 2.2.). Kontrol grubu çocuklarda ise muayene ve anketler Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümünde izole bir odada yapılmıştır (Şekil 2.3.).

CPQ 8-10 25 sorudan oluşan ölçek soruları 4 alanda incelenmektedir. İlk 5 madde oral semptomlar, takip eden 5 madde fonksiyonel sınırlamalar, takip eden 5 madde duygusal iyilik hali ve son 10 madde sosyal iyilik hali alanına aittir. Cevaplar, Likert ölçeğine göre “0-4 arası” olarak puanlar alır. Katılımcıların cevap seçenekleri:

Asla:0 puan;

Bir veya iki kez: 1 puan;

Bazen: 2 puan;

Genellikle: 3 puan;

Her gün veya neredeyse her gün:4 puan.

Toplam puan, 0'dan (ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur), 100'e (ağız sağlığının yaşam kalitesine kötü yönde etkisi) değişmektedir. Cevaplar Likert ölçeğine göre (0-4 arası) puanlanır.

POQL genel soruları hariç ölçek ana soruları 4 alt gruptan oluşmaktadır (Çizelge 2.1.). POQL çocuk ölçeğindeki 4 alt grup; “Fiziksel Fonksiyon”, “Rol Fonksiyon”, “Sosyal Etki” ve “Duygusal Etki”dir.

Çizelge 2.1. POQL Ölçeği Alt Grupları ve Soruları

POQL ÖLÇEK SORULARI	Fiziksel Fonksiyon	Ağrı duyma
		Yemek yemede güçlük çekme
	Rol Fonksiyon	Dikkatini verememe
		Okula gidememe
	Sosyal Etki	Gülümseme/kahkaha atma
		Çekici görünmediğini için endişelenme
		Görünüşü yüzünden mutsuz olma
	Duygusal Etki	Sinirli olma
		Endişelenme
		Ağlama

Çocuklar için 6 genel soru bulunmakta olup, POQL ölçek soruları da 10 sorudan oluşmaktadır.

Çocukların velilerine, POQL anketinin veli/bakımveren bildirimi anketi uygulanmıştır (EK-7). POQL ölçeği ebeveyn bölümünde çocuk için tasarlanmış 10 soru mevcuttur. Bu ölçekler için birbirinden bağımsız, aynı formül kullanılarak skorlama yapılmaktadır. Ölçeklerin alt gruplarının skorları da yine aynı metodlar kullanılarak hesaplanmaktadır. Çocuk anketlerinde yer almayan “bilmiyorum” seçeneği, ebeveyn anketlerinin çocukla ilişkili kısmında bulunmaktadır, “bilmiyorum” seçeneğini de hesaplamaya dahil edebilmek için POQL orijinal versiyonunda kullanılan yöntem kullanılmıştır. Bu yöntemde;

- Veriler iki bölüm halinde sorulmuştur, “Hangi sıklıkla meydana geldi” ve “Ne kadar rahatsız etti”

- Her sorunun cevabı için bir puan verilmiştir; (bu puanlar “hangi sıklıkla meydana geldi” için 3, 2, 1, 0 ve “Ne kadar rahatsız etti” için 4, 3, 2, 1, 0
- Bilmiyorum “kayıp değer” olarak kabul edilmiştir
- Düşük skorlar daha az sıkıntıyı belirtmektedir
- Hesaplanmasında “Hangi sıklıkla meydana geldi” ve “Ne kadar rahatsız etti” puanları birbirleri ile çarpılır ve 0-12 arası bir puan elde edilir;
- “Kayıp Değer” (Missing Value) için; “Hangi Sıklıkla” ve “Ne Kadar Rahatsız Etti” sorularına bilmiyorum cevabı: Kayıp değer;

Sadece Ne Kadar Rahatsız Etti kayıpsa: Hangi Sıklıkta x1;

Sadece Hangi Sıklıkta kayıpsa: Kayıp değer;

- “Kayıp Değerler” yeniden kodlanıp normal değerler üzerine 1 eklenir
- Bütün soruların toplamı bulunur, 2/3 ünden fazla “kayıp değer” yoksa yukardaki şekliyle yeniden kodlama yapılabilir; ancak 2/3’üden fazla kayıp değer mevcutsa o zaman anket çalışma dışı bırakılır;
- Yeniden kodlanan değerlerin ortalamaları ve toplamaları bulunur;
- Skor: $(\text{Toplam-Soruların toplamı}) / (\text{En Yüksek Değerle Soruların Toplamının Çarpımı-Soruların- Toplamı}) \times 100$
- Sonuçta 0-100 arası bir skor elde edilir.



Şekil 2.2. Özel eğitim merkezinde çocuklara anket uygulaması



Şekil 2.3. Kontrol grubu çocuklara anket uygulanması

2.6. Ağız İçi Muayene

Disleksi tanımlı çocukların ağız içi muayeneleri; ilgili merkezde ayrılan izole bir odada, gün ışığında ve gerektiğinde taşınabilir ışık kaynağı ile, ayna-sond kullanılarak yapılmış olup; muayene sonuçlarına göre DMFT/dmft indeksi sayısal olarak total kaydedilmiştir (EK-8).

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümü muayenesine başvuran hastalarda da DMFT/dmft indeksi aynı şekilde kaydedilmiştir.

Çalışmaya katılmış ve muayeneleri yapılmış olan tüm hastalara oral hijyen eğitimi, ailelerine ise çocuklarının ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi verilmiş ve veliler gerekli görüldüğü durumlarda çocukların tedavileri için kliniğimize yönlendirilmiştir.

2.7. Verilerin analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılmaması durumunda, ikili gruplar arasındaki

karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodu (Ortalama, Medyan, Standart Sapma, Minimum-Maximum) kullanılmıştır.

Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.



3. BULGULAR

3.1. Çalışmaya Katılan Çocuk/Velilere Ait Sosyo-Demografik Özellikler ve Çocukların Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ile İlgili Değişkenler

Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan çocuk ve velilerinin yaşlara göre dağılımı

		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss
Çocukların Yaşı (N=70)	Kontrol Grubu	35	9,0	9,0	8,0	10,0	,9
	Disleksi Tanılı Grup	35	9,3	9,0	8,0	10,0	,7
Velisinin yaşı (N=70)	Kontrol Grubu	35	40,7	40,0	32,0	49,0	4,7
	Disleksi Tanılı Grup	35	36,6	36,0	28,0	52,0	4,5

Çalışma kapsamına toplam 70 adet 8-10 yaş aralığında çocukların; kontrol grubunun yaş ortalaması 9,0 ve disleksi tanılı grubun yaş ortalaması 9,3'tür.

Velilerin yaş dağılımında ise, kontrol grubunun velilerinin yaş ortalaması 40,7 ve disleksi tanılı grubun velilerinin yaş ortalaması 36,6 (Çizelge 3.1) olarak görülmektedir.

Çizelge 3.2. Çalışmaya katılan çocukların ve velilerinin cinsiyet ve öğrenim durumuna göre dağılımı (%)

		Gruplar					
		Kontrol Grubu		Disleksi Tanılı Grup		Total	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kız	17	48,6	12	34,3	29	41,4
	Erkek	18	51,4	23	65,7	41	58,6
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Velinin cinsiyeti	Kadın	22	62,9	29	82,9	51	72,9
	Erkek	13	37,1	6	17,1	19	27,1
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Velinin öğrenim durumu	Okur yazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Okur yazar	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	İlkokul	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	Ortaokul	4	11,4	8	22,9	12	17,1
	Lise	9	25,7	12	34,3	21	30,0
	Ön lisans	8	22,9	10	28,6	18	25,7
	Lisans	10	28,6	2	5,7	12	17,1
	Y.lisans	2	5,7	0	0,0	2	2,9
	Doktora	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Çalışmaya katılan çocukların toplamda 29'u (%41,4) kız, 41'i (%58,6) erkektir. Disleksi tanılı grupta toplam 12 kız (%34,3) ve 23 erkek (%65,7) çocuk bulunmaktadır. Disleksi tanılı çocukların velilerinin 29'u (%82,9) anne, 6'sı (%17,1) babadır.

Kontrol grubunda bulunan çocukların dağılımı 17 kız (%48,6), 18 erkek (%51,4) çocuk şeklindedir. Velilerinin cinsiyet dağılımı ise 22 anne (%62,9) ve 13 baba (%37,1) olarak kaydedilmiştir.

Disleksi tanılı çocukların velilerinin %8,6 ilkokul, %22,9 ortaokul, %34,3 lise, %28,6 önlisans, %5,7 lisans mezunudur. Kontrol grubu çocukların velilerinin %5,7 ilkokul, %11,4 ortaokul, %25,7 lise, %22,9 önlisans, %28,6 lisans, %5,7'si yüksek lisans mezunudur.

Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan velilerin cinsiyet dağılımlarının disleksi tanı grup ve kontrol grubu ile arasındaki dağılımı (%)

		Sağlıklı Kontrol		Disleksi Tanılı Grup		Total		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Velinin cinsiyeti	Kadın	22	62,9	29	82,9	51	72,9	2,6	0,107
	Erkek	13	37,1	6	17,1	19	27,1		
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0		

*(p<0,05)

Çizelge 3.3'te çalışmaya katılan velilerin cinsiyet dağılımları açısından disleksi tanı grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05).

Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan çocukların diş fırçalama alışkanlıklarına dair genel soruların dağılımı (%)

		Kontrol Grubu		Disleksi Tanılı Grup		Total	
		n	%	n	%	n	%
Kendine ait diş fırçası var mı?	Yok	0	0,0	3	8,6	3	4,3
	Var	35	100,0	32	91,4	67	95,7
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Ne sıklıkla dişlerini fırçalıyorsun?	Fırçalamıyor	1	2,9	3	8,6	4	5,7
	Günde 1	16	45,7	7	20,0	23	32,9
	Günde 2	12	34,3	5	14,3	17	24,3
	Günde 3	1	2,9	6	17,1	7	10,0
	Düzensiz	5	14,3	14	40,0	19	27,1
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Çocuğunuz ne sıklıkta dişlerini fırçalıyor? (Veli)	Düzensiz	11	31,4	14	40,0	25	35,7
	Günde 1	7	20,0	5	14,3	12	17,1
	Günde 2	2	5,7	0	0,0	2	2,9
	Günde 3	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Düzenli	1	2,9	8	22,9	9	12,9
	Cevapsız	13	37,1	8	22,9	21	30,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Çizelge 3.4'te çocukların diş fırçalama alışkanlıklarına dair genel soruların frekansı ve dağılımı yüzdesel şekilde verilmiştir.

Kontrol grubunda her çocuk kendine ait diş fırçası olduğunu belirtmişken, disleksi tanı grupta 3 çocuk kendine ait diş fırçasının olmadığını bildirmiştir.

Diş fırçalama sıklığı, kontrol grubunda en yüksek oran %45,7 ile “günde 1” cevabı olarak tespit edilmiştir. Disleksi tanılı grupta ise en yüksek oran %40 ile “düzensiz” cevabı olarak bulunmuştur.

Velilere çocuklarının diş fırçalama sıklıkları sorulduğunda ise cevaplayanlar arasında kontrol grubunda en yüksek oran %31,4 ile “düzensiz” olarak öğrenilmiş ve disleksi tanılı grupta ise cevaplayanlar arasında en yüksek oran %40 ile “düzensiz” olarak tespit edilmiştir.

3.2. Çalışmaya Katılan Çocukların CPQ 8-10 Ölçek Puanlarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Çizelge 3.5. CPQ 8-10 ölçek toplam ve ölçek alt grup puanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

								Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	U	p
ORAL SEMPTOMLAR	Kontrol Grubu	35	6,89	7,00	0,00	17,00	4,76	39,21	482,5	0,125
	Disleksi Tanılı Grup	35	5,20	5,00	0,00	13,00	3,86	31,79		
	Total	70	6,04	6,00	0,00	17,00	4,38			
FONKSİYONEL SINIRLAMALAR	Kontrol Grubu	35	3,17	0,00	0,00	12,00	3,79	34,39	573,5	0,635
	Disleksi	35	3,29	3,00	0,00	15,00	3,63	36,61		
	Total	70	3,23	2,50	0,00	15,00	3,69			
DUYGUSAL İYİLİK HALİ	Kontrol Grubu	35	5,66	5,00	0,00	16,00	5,25	41,13	415,5	0,017*
	Disleksi	35	2,86	0,00	0,00	13,00	4,15	29,87		
	Total	70	4,26	2,50	0,00	16,00	4,90			
SOSYAL İYİLİK HALİ	Kontrol Grubu	35	1,77	0,00	0,00	14,00	2,92	36,93	562,5	0,517
	Disleksi	35	1,54	0,00	0,00	18,00	3,27	34,07		
	Total	70	1,66	0,00	0,00	18,00	3,08			
TOPLAM PUAN	Kontrol Grubu	35	17,49	18,00	2,00	41,00	11,78	40,16	449,5	0,055
	Disleksi	35	12,89	11,00	0,00	55,00	11,76	30,84		
	Total	70	15,19	13,00	0,00	55,00	11,91			

*(p<0,05)

CPQ₈₋₁₀ ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda kontrol grubu ve disleksi tanımlı grup çocukların ölçek toplam puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, toplam puanların kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda her alt başlık için görülen yüksek değerler, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber daha kötü algılanan yaşam kalitesini göstermiştir.

CPQ₈₋₁₀ ölçek alt grup puanlarının karşılaştırılması sonucunda kontrol grubu ve disleksi tanımlı gruplar arasında oral semptomlar, fonksiyonel sınırlamalar, sosyal iyilik hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiş olup; kontrol grubunda sadece “Duygusal İyilik Hali” puanlarının disleksi tanımlı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna dayanarak, “Duygusal İyilik Hali” ölçek alt başlığı açısından kontrol grubunun, disleksi tanımlı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü yaşam kalitesi bildirdiği görülmüştür.

3.3. Çalışmaya Katılan Çocuk ve Velilerinin POQL Ölçek Genel Soruları ve Ölçek Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Çizelge 3.6. Çalışmaya katılan çocukların POQL ölçek genel sorularına verdikleri cevapların dağılımı (%)

Sorular	Cevaplar	Kontrol Grubu		Disleksi Tanımlı Grup		Total	
		n	%	n	%	n	%
Genel olarak sağlığın nasıl?	Kötü	3	8,6	0	0,0	3	4,3
	Orta	6	17,1	5	14,3	11	15,7
	İyi	10	28,6	19	54,3	29	41,4
	Çok iyi	15	42,9	8	22,9	23	32,9
	Mükemmel	1	2,9	3	8,6	4	5,7
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Genel olarak ağız ve diş sağlığın nasıl?	Kötü	7	20,0	1	2,9	8	11,4
	Orta	11	31,4	10	28,6	21	30,0
	İyi	14	40,0	20	57,1	34	48,6
	Çok iyi	2	5,7	4	11,4	6	8,6
	Mükemmel	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığında ağız ve diş sağlığın nasıl?	Çok daha kötü	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Biraz daha kötü	9	25,7	0	0,0	9	12,9
	Aynı	12	34,3	23	65,7	35	50,0
	Biraz daha iyi	8	22,9	10	28,6	18	25,7
	Çok daha iyi	5	14,3	2	5,7	7	10,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Genel olarak diş hekimiyle deneyimlerin nasıl?	Kötü	3	8,6	9	25,7	12	17,1
	Orta	5	14,3	7	20,0	12	17,1
	İyi	12	34,3	15	42,9	27	38,6
	Çok iyi	14	40,0	4	11,4	18	25,7
	Mükemmel	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
En son diş hekimine ne zaman gittin?	Son 6 ayda	8	22,9	1	2,9	9	12,9
	6 ile 12 ay arasında	6	17,1	6	17,1	12	17,1
	1 yıldan fazla 2 yıldan az	11	31,4	5	14,3	16	22,9
	2 ile 5 yıl önce	6	17,1	13	37,1	19	27,1
	5 yıldan çok veya hiçbir zaman	4	11,4	10	28,6	14	20,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
En son diş hekimi ziyaretinin sebebi neydi?	Düzenli kontrol ve diş taşı temizliği	1	2,9	2	5,7	3	4,3
	Acil diş yaralanması	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Acil diş ağrısı	8	22,9	6	17,1	14	20,0
	Diş çekimi	10	28,6	8	22,9	18	25,7
	Dolgu	7	20,0	8	22,9	15	21,4
	Kanal tedavisi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Kaplama	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Takma diş-protez	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Diş teli yer tutucu	3	8,6	1	2,9	4	5,7
	Diğer	4	11,4	10	28,6	14	20,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

(Çizelge 3.6. devamı)

Çizelge 3.7. Çalışmaya katılan velilerin POQL ölçek genel sorularına verdikleri cevapların dağılımı (%)

Sorular	Cevaplar	Kontrol Grubu		Disleksi Tanılı Grup		Total	
		n	%	n	%	n	%
Genel olarak çocuğunuzun sağlığı nasıl?	Kötü	1	2,9	0	0,0	1	1,4
	Orta	4	11,4	2	5,7	6	8,6
	İyi	12	34,3	18	51,4	30	42,9
	Çok iyi	18	51,4	11	31,4	29	41,4
	Mükemmel	0	0,0	4	11,4	4	5,7
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Genel olarak çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı nasıl?	Kötü	5	14,3	3	8,6	8	11,4
	Orta	17	48,6	16	45,7	33	47,1
	İyi	11	31,4	11	31,4	22	31,4
	Çok iyi	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	Mükemmel	0	0,0	2	5,7	2	2,9
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı nasıl?	Çok daha kötü	0	0,0	1	2,9	1	1,4
	Biraz daha kötü	18	51,4	3	8,6	21	30,0
	Aynı	14	40,0	20	57,1	34	48,6
	Biraz daha iyi	3	8,6	11	31,4	14	20,0
	Çok daha iyi	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Genel olarak ağız ve diş sağlığınız nasıl?	Kötü	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	Orta	14	40,0	17	48,6	31	44,3
	İyi	15	42,9	10	28,6	25	35,7
	Çok iyi	4	11,4	4	11,4	8	11,4
	Mükemmel	0	0,0	1	2,9	1	1,4
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
Genel olarak diş hekimiyile deneyimleriniz nasıl?	Kötü	2	5,7	7	20,0	9	12,9
	Orta	12	34,3	10	28,6	22	31,4
	İyi	9	25,7	14	40,0	23	32,9
	Çok iyi	10	28,6	3	8,6	13	18,6
	Mükemmel	2	5,7	1	2,9	3	4,3
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0
En son diş hekimine ne zaman gittiniz?	Son 6 ayda	15	42,9	6	17,1	21	30,0
	6 ile 12 ay arasında	2	5,7	7	20,0	9	12,9
	1 yıldan fazla 2 yıldan az	8	22,9	8	22,9	16	22,9
	2 ile 5 yıl önce	6	17,1	8	22,9	14	20,0
	5 yıldan çok veya hiçbir zaman	4	11,4	6	17,1	10	14,3
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

En son diş hekimi ziyaretinizin sebebi neydi?	Düzenli kontrol ve diş taşı temizliği	1	2,9	6	17,1	7	10,0
	Acil diş yaralanması	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Acil diş ağrısı	14	40,0	11	31,4	25	35,7
	Diş çekimi	8	22,9	4	11,4	12	17,1
	Dolgu	5	14,3	4	11,4	9	12,9
	Kanal tedavisi	2	5,7	3	8,6	5	7,1
	Kaplama	1	2,9	1	2,9	2	2,9
	Takma diş-protez	1	2,9	1	2,9	2	2,9
	Diş teli yer tutucu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Diğer	3	8,6	5	14,3	8	11,4
	Total	35	100,0	35	100,0	70	100,0

(Çizelge 3.7. devamı)

Çizelge 3.6. ve 3.7.’de tablolanmış, çocuk ve velilere yöneltilen genel sorular değerlendirildiğinde;

“Genel olarak sağlığın nasıl?” sorusuna kontrol grubunda en çok %42,9 ile “Çok İyi” cevabı verilmiş olup; disleksi tanılı grupta %54,3 ile “İyi” cevabı verilmiştir. Velilerin “Genel olarak çocuğunuzun sağlığı nasıl?” sorusuna cevapları kontrol grubunda en çok %51,4 ile “Çok İyi”, disleksi tanılı grubun velilerinde ise en çok %51,4 ile “İyi” cevabı alınmıştır.

“Genel olarak ağız ve diş sağlığın nasıl?” sorusuna kontrol grubunda en çok %40 ile “İyi” cevabı verilmiş olup; disleksi tanılı grupta da %57,1 ile en çok verilen cevap “İyi” olarak bulunmuştur. Velilerin “Genel olarak çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı nasıl?” sorusuna cevapları kontrol grubunda en çok %48,6 ile “Orta”, disleksi tanılı grubun velilerinde de %45,7 ile “Orta” cevabı verildiği bulunmuştur. Velilere yöneltilen “Genel olarak ağız ve diş sağlığınız nasıl?” sorusuna ise kontrol grubu velileri en çok %42,9 ile “İyi”; disleksi tanılı grup velileri ise en çok %48,6 ile “Orta” cevabı vermişlerdir.

“Bir yıl öncesi ile karşılaştığında ağız ve diş sağlığın nasıl?” sorusuna kontrol grubunda en çok %34,3 ile “Aynı” cevabı verilmiş olup; disleksi tanılı grupta %65,7

ile “Aynı” cevabı verilmiştir. “Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığında çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı nasıl?” sorusuna kontrol grubu velileri en çok %51,4 ile “Biraz Daha Kötü” cevabı verirken; disleksi tanılı grup velileri en çok %57,1 ile “Aynı” cevabı vermişlerdir.

“Genel olarak diş hekimiyle deneyimlerin nasıl?” sorusuna kontrol grubunda en çok %40 ile “Çok İyi” cevabı verilmiş olup; disleksi tanılı grupta en çok %42,9 ile “İyi” cevabı verilmiştir. “Genel olarak diş hekimiyle deneyimleriniz nasıl?” sorusuna velilerin cevapları ise; kontrol grubu velileri için en çok %34,3 ile “Orta”; disleksi tanılı grubun velileri için ise en çok %40 ile “İyi” olarak bulunmuştur.

“En son diş hekimine ne zaman gittin?” sorusuna kontrol grubu çocuklarda en çok %31,4 ile “1 Yıldan Fazla 2 Yılda Az” cevabı bulunmuş olup; disleksi tanılı çocuklarda en çok %37,1 ile “2 ile 5 Yıl Önce” cevabı bulunmuştur. Velilerine yöneltilen “En son diş hekimine ne zaman gittiniz?” sorusuna kontrol grubu çocukların velileri en çok %42,9 ile “Son 6 Ayda” cevabı vermiş olup; disleksi tanılı çocukların velileri eşit yüzdeler ile (%22,9) “1 Yılda Fazla 2 Yılda Az” ve “2 İle 5 Yıl Önce” cevabı vermişlerdir.

“En son diş hekimi ziyaretinin sebebi neydi?” sorusuna kontrol grubu çocuklar en çok %28,6 ile “Diş Çekimi” cevabı ve %22,9 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermiş olup; disleksi tanılı gruptaki çocuklar en çok %28,6 ile “Diğer” cevabı ve %22,9 eşit yüzdesi ile “Diş Çekimi” ve “Dolgu” cevapları vermişlerdir. Velilere yöneltilen “En son diş hekimi ziyaretinizin sebebi neydi?” sorusuna kontrol grubu çocukların velileri en çok %40 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermiş olup; disleksi tanılı grup çocukların velileri de %31,4 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermişlerdir.

3.4. Çalışmaya Katılan Çocukların ve Velilerinin POQL Ölçek Alt Başlık Sorularına Verilen Cevapların Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 3.8. Çalışmaya katılan çocuk ve velilerinin POQL ölçek sorularına verilen cevapların dağılımı

								Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	U	p
FİZİKSEL FONKSİYON (Çocuk)	Kontrol Grubu	35	35,83	37,50	0,00	87,50	27,10	38,73	449,5	0,181
	Disleksi tanılı	35	27,38	25,00	0,00	83,34	22,26	32,27		
	Total	70	31,61	33,34	0,00	87,50	24,98			
FİZİKSEL FONKSİYON (Veli)	Kontrol Grubu	35	21,43	20,83	0,00	66,67	18,53	32,71	515	0,251
	Disleksi tanılı	35	25,83	25,00	0,00	75,00	17,44	38,29		
	Total	70	23,63	20,84	0,00	75,00	18,00			
ROL FONKSİYON (Çocuk)	Kontrol Grubu	35	4,76	0,00	0,00	41,67	10,31	38,06	523	0,097
	Disleksi tanılı	35	1,31	0,00	0,00	16,67	4,38	32,94		
	Total	70	3,04	0,00	0,00	41,67	8,05			
ROL FONKSİYON (Veli)	Kontrol Grubu	35	8,81	4,17	0,00	66,67	16,29	35,07	597,5	0,853
	Disleksi tanılı	35	6,90	4,17	0,00	37,50	9,58	35,93		
	Total	70	7,86	4,17	0,00	66,67	13,30			
SOSYAL ETKİ (Çocuk)	Kontrol Grubu	35	19,37	8,33	0,00	88,89	24,55	40,46	439	0,028*
	Disleksi tanılı	35	7,70	0,00	0,00	50,00	12,89	30,54		
	Total	70	13,53	0,00	0,00	88,89	20,33			
SOSYAL ETKİ (Veli)	Kontrol Grubu	35	6,19	0,00	0,00	100,00	17,03	32,16	495,5	0,148
	Disleksi tanılı	35	10,87	2,78	0,00	77,78	18,34	38,84		
	Total	70	8,53	2,78	0,00	100,00	17,73			
DUYGUSAL ETKİ (Çocuk)	Kontrol Grubu	35	24,05	16,67	0,00	88,89	20,76	40,19	448,5	0,052
	Disleksi tanılı	35	15,40	11,11	0,00	61,11	16,74	30,81		
	Total	70	19,72	11,11	0,00	88,89	19,22			
DUYGUSAL ETKİ (Veli)	Kontrol Grubu	35	18,49	16,67	0,00	50,00	16,28	35,44	610,5	0,981
	Disleksi tanılı	35	20,16	13,89	0,00	75,00	19,86	35,56		
	Total	70	19,33	16,67	0,00	75,00	18,05			

*(p<0,05)

POQL ölçek skorlarının 4 alt başlığa göre çocuk ve velileri için gruplar arası değerlendirilmesi Çizelge 3.8’de verilmiştir.

Kontrol grubu ve disleksi tanıli grup açısından;

“Fiziksel Fonksiyon” açısından değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber; kontrol grubunun, disleksi tanıli gruba göre daha yüksek skora sahip olduğu bulgulanmıştır. “Fiziksel fonksiyon” açısından her iki gruba ait velilerin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, disleksi tanıli grubun velilerinde skorlar daha yüksek görölmektedir.

“Rol Fonksiyon” açısından değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber kontrol grubunda skorlar daha yüksek bulunmuştur. Velilerinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber kontrol grubundaki velilerin daha yüksek skorlara sahip cevaplar verdiği tespit edilmiştir.

“Sosyal Etki” açısından disleksi tanıli gruba oranla kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar olduğu görölmüştür ($p<0,05$). Velileri açısından ise; bu skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte disleksi tanıli grup velilerinde kontrol grubu velilerine göre daha yüksek skorlar sergilediği bulgulanmıştır.

“Duygusal Etki” açısından gerek kontrol ve disleksi tanıli grup; gerekse velileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görölmemiştir.

Çizelge 3.9. Çalışmaya katılan kontrol grubu çocuk ve velilerinin POQL ölçek soru puanlarına göre değerlendirilmesi

		Kontrol Grubu						Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	U	p
FİZİKSEL FONKSİYON	Çocuk	35	35,83	37,50	0,00	87,50	27,10	40,57	435	0,036*
	Veli	35	21,43	20,83	0,00	66,67	18,53	30,43		
	Total	70	28,63	25,00	0,00	87,50	24,16			
ROL FONKSİYON	Çocuk	35	4,76	0,00	0,00	41,67	10,31	30,31	431	0,017*
	Veli	35	8,81	4,17	0,00	66,67	16,29	40,69		
	Total	70	6,79	0,00	0,00	66,67	13,69			
SOSYAL ETKİ	Çocuk	35	19,37	8,33	0,00	88,89	24,55	41,36	407,5	0,011*
	Veli	35	6,19	0,00	0,00	100,00	17,03	29,64		
	Total	70	12,78	2,78	0,00	100,00	22,00			
DUYGUSAL ETKİ	Çocuk	35	24,05	16,67	0,00	88,89	20,76	37,83	531	0,336
	Veli	35	18,49	16,67	0,00	50,00	16,28	33,17		
	Total	70	21,27	16,67	0,00	88,89	18,73			

*(p<0,05)

Kontrol grubundaki çocukların ve velilerinin cevaplarına göre “fiziksel fonksiyon” puanları açısından çocukların skorlarının velilerine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek değerler sergilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu değerlere göre kontrol grubundaki çocukların algıladığı yaşam kalitesi, velilerinin algısı açısından daha kötü bulunmuştur.

“Rol fonksiyon” puanları açısından, çocukların skorlarının velilerin skorlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük değerler sergilediği görülmüştür ($p<0,05$). Rol fonksiyon ölçek alt başlığı, kontrol grubundaki çocukların velilerinin algısında, çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesi sergilemiştir.

“Sosyal etki” puanları çocuklarda, velilerin cevabına göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür ($p<0,05$). Bu değerlere göre, kontrol grubundaki çocukların algıladığı yaşam kalitesi “Sosyal etki” alt başlığı için velilerinin algıladığından daha kötü bulunmuştur.

“Duygusal etki” puanları açısından ise, çocukların skorları ile velileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Anlamlı bir fark görülmemekle

birlikte çocukların velilerinden daha yüksek skorlar sergileyerek yaşam kalitelerinin daha kötü etkilendiği bulgulanmıştır.

Çizelge 3.10. Çalışmaya katılan disleksi tanı grup ve velilerinin POQL ölçek soru puanlarına göre değerlendirilmesi

		Disleksi Tanılı Grup						Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	U	p
FİZİKSEL FONKSİYON	Çocuk	35	27,38	25,00	0,00	83,34	22,26	35,81	601,5	0,897
	Veli	35	25,83	25,00	0,00	75,00	17,44	35,19		
	Total	70	26,61	25,00	0,00	83,34	19,87			
ROL FONKSİYON	Çocuk	35	1,31	0,00	0,00	16,67	4,38	26,54	299	0,0001*
	Veli	35	6,90	4,17	0,00	37,50	9,58	44,46		
	Total	70	4,11	0,00	0,00	37,50	7,92			
SOSYAL ETKİ	Çocuk	35	7,70	0,00	0,00	50,00	12,89	32,69	514	0,213
	Veli	35	10,87	2,78	0,00	77,78	18,34	38,31		
	Total	70	9,29	0,00	0,00	77,78	15,82			
DUYGUSAL ETKİ	Çocuk	35	15,40	11,11	0,00	61,11	16,74	32,96	523,5	0,292
	Veli	35	20,16	13,89	0,00	75,00	19,86	38,04		
	Total	70	17,78	11,11	0,00	75,00	18,39			

*(p<0,05)

Disleksi tanı grubundaki çocukların ve velilerinin cevaplarına göre;

Çocukların sorulara verdiği cevapların skorları “Rol fonksiyon” ölçek alt başlığı puanlarının, bu gruptaki velilerin cevaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu yani yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05).

Diğer ölçek alt başlığı puanları açısından ise tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0,05).

3.5. Kontrol Grubu ve Disleksi Tanılı Çocuklarda DMFT/dmft Değerlerinin Karşılaştırılması

Çizelge 3.11. Kontrol Grubu ve Disleksi Tanılı Çocuklarda DMFT/dmft Değerlerinin Karşılaştırmalı Analizi

								Mann-Whitney U testi		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra ort.	U	p
DMFT	Kontrol grubu	35	1,2	1,0	0,0	5,0	1,4	36,74	569	0,581
	Disleksi tanılı	35	1,1	0,0	0,0	4,0	1,4	34,26		
	TOTAL	70	1,2	0,0	0,0	5,0	1,4			
dmft	Kontrol grubu	35	4,9	5,0	0,0	10,0	2,9	39,19	483,5	0,127
	Disleksi	35	3,9	4,0	0,0	10,0	2,6	31,81		
	TOTAL	70	4,4	4,0	0,0	10,0	2,8			

*(p<0,05)

Kontrol grubundaki çocuklar ve disleksi tanılı çocukların DMFT/dmft değerlerine bakıldığında; sağlıklı grubun “DMFT” (Daimî dişler) değeri 1,2; disleksi tanılı grubun ise 1,1 olarak tespit edilmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

“dmft” (süt dişleri) değerleri kontrol grubunda 4,9 olarak bulunmuşken, disleksi tanılı grupta 3,9 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05).

3.6. Çalışmaya Katılan Çocukların DMFT/dmft Değerleri ile CPQ 8-10 ve POQL Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.12. Çalışmaya katılan çocukların DMFT/dmft değerleri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

			ORAL SEMPTOMLAR	FONKSİYONEL SINIRLAMALAR	DUYGUSAL İYİLİK HALİ	SOSYAL İYİLİK HALİ	Toplam puan
Kontrol Grubu	DMFT	r	-,077	-,087	,068	,307	,047
		p	,661	,620	,697	,073	,787
	dmft	r	,268	-,022	,101	,087	,167
		p	,120	,899	,564	,621	,336
Disleksi Tanılı Grup	DMFT	r	,192	,203	,125	-,135	,132
		p	,268	,243	,475	,439	,448
	dmft	r	,550**	,270	,411*	,096	,436**
		p	,001	,117	,014	,582	,009
		N	35	35	35	35	35

*(p<0,05)

Çizelge 3.12.’de DMFT/dmft değerleri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek alt başlıklarının ayrı ayrı korelasyonları gösterilmektedir. Buna göre;

Disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça, “Oral Semptomlar” alt başlık skorlarının da arttığı görülmüştür (p<0,05).

Disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça, “Duygusal İyilik Hali” değerleri de artmaktadır (p<0,05).

Disleksi tanılı çocuklarda dmft değerleri arttıkça, CPQ₈₋₁₀ toplam puan değerleri de artmaktadır (p<0,05).

CPQ₈₋₁₀ ve dmft değerleri, disleksi tanılı grupta hem “Oral Semptomlar” hem “Duygusal İyilik Hali” alt başlıkları hem de toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir.

“Oral Semptomlar” alt başlığı soruları olan “Son 4 haftada ağız ve dişlerinde ağrı oldu mu? Ağızda ağrıyan noktalar var mı? Soğuk bir şeyler yediğinde veya içtiğinde dişlerinde ağrı oldu mu? Dişlerinin arasına gıda sıkıştı mı? Ağızda kötü koku oldu mu?” sorularına verilen cevapların skorları yani şikayetler arttıkça, dmft değerlerinin de fazla olduğu görülmüştür.

“Duygusal İyilik Hali” alt başlığı soruları olan “Son 4 hafta içinde ağzın veya dişlerin yüzünden üzgün veya mutsuz hissettiğin oldu mu? Ağzın veya dişlerin yüzünden hayal kırıklığı hissettiğin oldu mu? Ağızdan veya dişlerinden utandığın oldu mu? Diğer insanların ağzın veya dişlerin hakkında düşündüklerinden endişe duyuyor musun? Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer insanlar gibi iyi görünmediğini düşünerek kaygılanıyor musun?” sorularına verilen cevapların skorları yani şikayetler arttıkça, dmft değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Disleksi tanılı grupta total CPQ₈₋₁₀ skorlarının dmft ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği yani dmft değerleri arttıkça CPQ₈₋₁₀ skorlarının da yükseldiği yani daha kötü yaşam kalitesi belirtildiği bulgulanmıştır.

Kontrol grubunda, DMFT/dmft değerleri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek alt başlıkları skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.13. Çalışmaya katılan çocukların ve velilerinin POQL ölçek alt başlığı skorlarına göre DMFT/dmft değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

			FİZİKSEL FONKSİYON (Çocuk)	FİZİKSEL FONKSİYON (Veli)	ROL FONKSİYON (Çocuk)	ROL FONKSİYON (Veli)	SOSYAL ETKİ (Çocuk)	SOSYAL ETKİ (Veli)	DUYGUSAL ETKİ (Çocuk)	DUYGUSAL ETKİ(Veli)
Kontrol Grubu	DMFT	r	,086	-,135	,232	,176	,117	-,188	,294	-,114
		p	,622	,438	,179	,313	,504	,280	,086	,514
	dmft	r	,098	,001	,272	,167	,035	,107	,290	-,068
		p	,575	,996	,114	,338	,842	,541	,091	,697
Disleksi Tanılı Grup	DMFT	r	,421*	-,086	-,018	-,168	,091	,161	,187	-,093
		p	,012	,624	,917	,334	,604	,354	,281	,593
	dmft	r	,516**	-,146	,179	-,157	,513**	,087	,293	-,146
		p	,002	,401	,304	,369	,002	,620	,087	,404
		N	35	35	35	35	35	35	35	35

*($p<0,05$)

Çizelge 3.13.'te her ölçek alt bölümü ile DMFT/dmft indeksi arasındaki korelasyon sonuçları gösterilmektedir.

Disleksi tanılı grup çocuklarda; DMFT değerleri arttıkça Fiziksel Fonksiyon değerleri de artmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür ($p<0,05$).

dmft değerleri arttıkça da Fiziksel Fonksiyon değerleri de artmıştır. Buna göre DMFT/dmft indeksi ile Fiziksel Fonksiyon alt başlık ölçek değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür ($p<0,05$).

Ayrıca disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça Sosyal Etki değerlerinin de arttığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür ($p<0,05$).

Kontrol grubunda POQL ölçek alt başlık skorları ile DMFT/dmft indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmemiştir ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Çeşitli sistemik hastalıklar, sendromlar, zihinsel veya fiziksel engelli çocuklarda hem genel yaşam kalitesi hem de ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi çalışmaları yapılmış ve bu rahatsızlıkların yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmiştir (Ceylan ve ark., 2018; Hata, 2016; Ishak, 2019; Öztürk, 2020; Şen Tekin, 2019). Tıbbın tüm alanlarında olduğu gibi, diş hekimliğinde de ağız hastalıkları üzerinde yapılan klinik ölçümlerin hastaların günlük yaşantılarındaki etkilerini tam olarak göstermediği belirtilmiştir. “Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi” kavramı ve ölçümleri bu sebepten günümüzde daha fazla önemli olmaktadır (Aydoğan ve Kazancı, 2015). Farklı hasta grupları ve farklı ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ile çalışmaların artması ve geliştirilmesi, hastaların genel yaşam kalitesini arttırmak için önemlidir; çünkü ağız sağlığı da genel sağlıktan ayrılamaz bir bütündür (Al Shamrany, 2006; Brennan ve Spencer, 2004; Cunningham ve Hunt, 2001; John ve ark., 2004;).

Dünyada özel öğrenme güçlüğüne dair özellikle gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde, disleksinin toplumların ortalama %2-10'unu etkilediği ve bu oranın %20'lere kadar çıkabildiği belirtilmiştir. Bu çalışmalardan çıkan sonuca göre disleksinin bazı ülkelerde görülme sıklıkları; Amerika %10, İngiltere %10, Almanya %5, Polonya %10-15, Macaristan %7-10, Hollanda %10, Kuveyt %6.29 olarak bildirilmiştir (Balcı, 2017; Turner, 2008). Ülkemizde, 2003 yılında Ankara'daki ilköğretim okullarında 1129 ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencisiyle yapılan bir çalışmaya göre çocukların %2'sinde okuma bozukluğu saptandığı belirtilmiştir (Balcı, 2019; Bingöl, 2003). Daha sonra Ankara Kalecik ilçesinde ilkokul ve ortaokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, disleksi riski taşıyan öğrencilerin oranı %14,8 olarak bulunmuş ve bu çalışma da disleksi riski taşıyan öğrencilerin oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Balcı, 2019).

Türkiye'de özel öğrenme güçlüğü alanında yapılan bir çalışmada, 1972-2017 yılları arasında yayımlanan bilimsel makale, yüksek lisans ve tıpta uzmanlık tezleri gözden geçirilmiş; bu bağlamda 189 araştırma incelenmiştir. Bu alanda 31 farklı

konuda araştırmalar yapılmış, bunların büyük çoğunluğunun okuma güçlüğü (%15,7) ile ilişkili çalışmalar olduğu belirtilmiştir (Görgün ve Melekoğlu, 2019).

Öğrenme bozukluğu tanısı konulan çocuklarda, bilişsel yeteneklerin düzgün olmayan dağılımı önemli bir bulgudur. Literatürde disleksi (okuma sorunu) öğrenme bozukluğu ile eş anlamlı olmakla birlikte; konuşma, dinleme, anlama yetilerindeki problemleri kapsayan geniş anlamda kullanılmaktadır (Salman ve ark., 2016). Okul öncesi dönemde, bu bireylerde dil gelişimi, dikkat durumu, motor gelişim, sosyal ve duygusal alanda birtakım sorunlar görülebilmektedir (Günay Aksoy, 2019). Öğrenme bozukluğu yaşıyan çocuklarda ayakkabıların bağlanmasında başarısızlık, bir iş yapılırken her iki elin de kullanılıp, kullanılacak el konusunda belirgin bir seçim yapılamaması, zaman ve yön kavramlarının birbirine karışması gibi spesifik davranışlar bulunmasının (Diken, 2012; Salman ve ark., 2016) dış fırçalama becerilerine de olumsuz yönde etki edebileceği düşünülmektedir. Konuşma ve dil gelişimi, çocuğun genel gelişimi ve bilişsel yeteneğinin iyi bir göstergesi olup, gelişimsel problemler açısından risk altındaki çocukların belirlenmesi ve erken müdahalenin önemli olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, söz konusu çocukları tedavi edecek klinisyenlerin rutin gelişimsel gözetim uygulamalarına entegre edilmesi ve okuma-konuşma bozukluğu tanısı için okul öncesi çocukların taranmasının önemli olduğu bildirilmiştir (Shetty, 2012). Bu bilgilerden yola çıkarak, disleksi tanılanmasının önemli olması ile, dış hekimliğı alanında öğrenme güçlüğü olan çocukların yaşamlarına çocuk dış hekimlerinin de dahil olmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Ağız dış sağığı ile ilgili problemlerin, çocuğun gecikmiş veya yetersiz fiziksel gelişimine, okul günlerinin kaybına ve sosyal hayatlarının etkilenmesine sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (Filstrup ve ark., 2003). Ağız sağığının kötü olmasına bağılı olarak, çocuklarda ve ergenlerde estetik kaygılar, konuşma bozukluklarıyla birlikte yaşıyan ağrıya bağılı olarak uyku, yemek yeme problemleri ve konsantrasyonda güçlükler görülmektedir (Yaran ve Egil, 2021). Çocukların, erken çocukluk dönemindeki kötü ağız sağığı yüzünden yemek yemede, konuşmada zorluk, ağrı sebebiyle uyku problemleri ve enfeksiyonun yüze yayılması

sonucu yüzün beklenmedik görünüşü sebebiyle zorluklar yaşayabileceği ve bunların etkisiyle yaşam boyu sürececek olan sosyalleşmeyi riske atabileceği bildirilmiştir (Hung ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada, özel öğrenme güçlüğü çeken çocuklarda görüşmelerde görülen en belirgin özelliğin öğrenmede güçlük olduğu ifade edilmiştir. İkinci olarak en belirgin özelliğin davranış bozukluğu olduğu belirtilmiş ve bunları asosyallik takip etmiştir (Avşar ve Çankaya, 2021). Zaman ve yön kavramlarının okul öncesi dönemden itibaren karıştırılması da disleksi tanılı çocuklarda görülen bulgulardan olabileceği belirtilmiştir (Diken, 2012; Salman ve ark., 2016).

Biyolojik olarak belirlenmiş okuma bozukluğu olan disleksi, Amerika Birleşik Devletleri'nde okul çağındaki çocukların tahmini %3-10'unu etkilediği bildirilmiştir. Disleksi tanılı çocukların bir kısmının aynı anda dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu (DEHB), astım, tiroidit ve inflamatuvar bağırsak hastalığı (ülseratif kolit ve Crohn hastalığı) gibi hastalıklara da sahip olabileceklerinden; çocuk diş hekimliğinde standart olan diş protokollerinin değiştirilmesi gerekebileceği belirtilmiştir (Friedlander ve ark.,1994). Yayımlanan bu makalede, disleksiye eşlik ediyor olabilecek fizyolojik bazı rahatsızlıklar ve diş hekimliği pratiğinde bu hastalarda karşılaşılabilecek bazı prosedürel zorluklardan bahsedilmiş; fakat yalnızca disleksinin diş fırçalamakla ilgili bazı yöntemlerin anlaşılabilmesi veya sağ-sol el kullanımı, motor fonksiyonlarda olabilecek bazı bozukluklardan (Salman ve ark., 2016) dolayı efektif diş fırçalamada güçlükler olabileceğine değinilmemiştir.

Bütün bu bilgiler ışığında, disleksi tanılı çocukların ağız hijyen uygulamalarını öğrenmekte, anlamak ve uygulamakta karşılaşılabileceği zorluklar olacağı ve ağız diş sağlığının kötü olabileceği; bu durumların tümünün de yaşam kalitelerini kötü etkileyebileceği düşünülmüştür.

Yapılan kaynak taramasında “Oral Health Related Quality of Life- OHRQoL” “children with dyslexia” “disleksi ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi” anahtar kelimeleri ile tarama yapıldığında disleksili çocuklar üzerinde yaşam kalitesi ölçümü yapılan çalışmalar bulunmakla beraber (Huang ve ark., 2020; Zou ve ark., 2022), ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçümünün yapıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çeşitli kronik sistemik hastalıkları olan çocuklarda ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve aileye etkisinin ölçümleri yapılan farklı çalışmalar mevcuttur (AlJameel ve AlKawari, 2021; Patrick ve ark., 2016). Ülkemizde daha önce astımlı çocuklarda orofasiyal disfonksiyonların tespiti ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin yapılmış çalışmada, CPQ₈₋₁₀ çocuk algı ölçeği ve “Nordic Orofacial Test and Screening (NOT-S)” korelasyonu değerlendirilmiş ve kontrolsüz astım grubu ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kontrollü astım grubuna göre daha kötü bulunmuştur (Çalık Yılmaz, 2020).

Uzun süre boyunca, entelektüel kapasitelerindeki eksikliklerden dolayı belirli bir akademik performans düzeyine erişmekte zorlanan çocuklar mental retarde olarak değerlendirilmekte iken, günümüzde öğrenme güçlüğü ile mental retardasyon arasındaki fark kesin olarak belirtilmiştir (Relwani ve ark., 2016). Hiçbir zekâ problemi olmayan bir birey okuma yeteneğini tam olarak kazanamazsa ya da çok geç veya ağır bir şekilde edinir ve buna sebep olan herhangi bir zihinsel problem söz konusu değilse bu duruma “gelişimsel disleksi” denir (Bingöl, 2003). Dünya Nöroloji Federasyonu 1970’de; gelişimsel disleksiye konvansiyonel yönergeler, yeterli zekâ ve sosyo-kültürel olanaklara rağmen okumayı öğrenme zorluğu biçiminde kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlamıştır (Shaywitz ve Shaywitz, 1989). Bu nedenden dolayı, bu çalışmada disleksiye eşlik eden mental retardasyonu ve DEHB olan çocuklar, yalnızca disleksinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesine etkisinin net olarak görülebilmesi için çalışma dışı bırakılmıştır.

Disleksi ve diğer öğrenme güçlüklerinin tanısının okul öncesi taramalarla tespit edilmesi gerekliliği belirtilmesine rağmen (Shetty, 2012) özellikle ülkemizde nörogelişimsel bir bozukluk olan “Özgül Öğrenme Güçlüğü” ve alt başlığı okuma güçlüğü olan disleksinin fark edilmesi ve okuma-yazmada yaşanan zorlukların belirlenmesi, genellikle ilkokula başladıkları dönemde olmaktadır (Günay Aksoy, 2019). Disleksi tanılı çocuklar, ilkokullarda henüz tanı almamış veya özel eğitim görmüyor olabileceklerinden tek merkezde toplanmış olan özel eğitim kurumunda çalışmanın yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Bu nedenden ötürü; çalışma için Özel Huzur İşitme Konuşma Bozuklukları Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

seçilmiştir. Bu merkez 2009 yılında Ankara Mamak ilçesinde kurulmuş, bünyesinde dil ve konuşma güçlüğü, özel öğrenme güçlüğü, yaygın gelişimsel bozukluklar, bedensel-zihinsel ve işitme engelli bireyler için özel eğitim programları, eğitmenleri, psikologları ve personellerini barındıran Ankara'nın en büyük merkezlerinden biridir.

Çalışma kapsamına alınmış çocuklarda 8-10 yaş grubunun seçilmesi ise; disleksi tanısının kesinleşmiş olması ve tanıya göre özel eğitim alınmaya başladığı ilk süreçler olması açısından öğrenme güçlüğü'nün getirdiği problemleri en iyi yansıtacak dönem olarak düşünülmüştür. Disleksi tanılı çocukların değerlendirilmesi aşamasında ise kontrol grubu oluşturabilmek amacıyla Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran aynı sayıda ve aynı yaş grubunda herhangi bir kronik-sistemik hastalığı bulunmayan ve öğrenme güçlüğü tanısı kapsamında bir bozukluğu olmayan çocuk hasta ve velisi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda, disleksi tanılı ve kontrol grubu çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerini ölçmek için araç seçilirken; hem çocuk hem ebeveynlerinin görüşlerinin alınmasının çalışmanın daha kapsamlı ve destekleyici olacağı düşünüldüğü; yaş grupları da göz önüne alınarak, yalnızca çocuk beyanı için Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirliği kanıtlanmış (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020) CPQ₈₋₁₀ çocuk algı ölçeği ile ebeveyn görüşlerinin de çocukların görüşleriyle kıyaslanıp sonuçların desteklenebilmesi için hem çocuk hem veli/bakımveren anketi Türkçeye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış POQL ölçeği (Yazıcıoğlu ve ark., 2018) seçilmiştir. İlkokul çağındaki disleksi tanılı çocukların iletişim problemleri ile ilgili yapılan bir çalışmada da velilerle yüz yüze görüşme şeklinde veriler toplanmıştır (Avşar ve Çankaya, 2021). Buna dayanarak velilerden de bildirim alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür. POQL ölçeği de yaş grubu olarak 8-14 yaş aralığındaki çocuklar için uygun olduğundan (Yazıcıoğlu ve ark., 2018) çalışmamızın yaş grubu kriterini sağlamaktadır ve veli/bakımveren ölçeğinin de Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirliği bulunmaktadır.

Kronik sistemik hastalıkların; hastalığa bağlı kullanılan ilaçlara, tedavilere bağlı olarak çocuklarda çürük oluşumunu arttırıp ağız sağlıklarını kötü etkileyebileceği

belirtilmiştir (Bektaş, 2019; Delilbaşı, 2013). Otizm gibi bazı rahatsızlıklarda da oral hijyen uygulamalarının iyi öğrenilememesi, çocuğun veya velisinin fırçalamayı etkili şekilde uygulayamamasının ağız sağlığını kötü etkileyebileceği belirtilmiştir (Ağdemir, 2019). Çocuklarda bilişsel seviye ve ağız sağlığına etkileri ile ilgili çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır; bu tip çalışmalarla hem klinisyenlerin oral hijyen eğitimine verecekleri önem hem de özel bakım gereksinimi olan çocukların ağız sağlıklarına verdikleri önem ve ağız sağlığı prosedürlerini uygulama yetilerinin değerlendirilmesi daha da önemli hale geldiği belirtilmiştir (Durhan ve ark., 2020). Bu bilgiler ışığında disleksi tanılı çocukların oral hijyen eğitimi almada ve uygulamada sıkıntılar yaşayabileceği, ağız sağlığının ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin kötü olabileceği düşünülmüştür.

Bu tez çalışmasında; disleksi tanısı almış 8-10 yaş aralığındaki çocuklarda Türkçeye çevirisi ve kültürel adaptasyonları yapılan, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış CPQ₈₋₁₀ (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020) ve POQL (Yazıcıoğlu ve ark., 2018) ölçekleri ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin belirlenmesi, POQL veli bildirimi ölçeği ile velilerin kendi çocuklarının ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi, bu verileri sağlıklı çocuklardan ve velilerinden elde edilen verilerle karşılaştırmak aynı zamanda DMFT/dmft değerleri ile çürük deneyimini tayin etmek ve iki grup arasında karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Ayrıca özgül öğrenme güçlüğü'nün; görsel, işitsel, motor bozukluklardan, çevresel, kültürel ve ekonomik olumsuzluklardan kaynaklanan öğrenme güçlüklerini içermediği belirtilmiştir (Diken, 2012; Salman ve ark., 2016). Bundan yola çıkarak ailenin ekonomik düzeyinin araştırılması çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışma için seçilen ölçeklerden CPQ₈₋₁₀, 25 maddeden oluşan 4 alana ayrılan (oral semptomlar, fonksiyonel sınırlamalar, duygusal iyilik hali, sosyal iyilik hali) kendi kendine uygulanabilen bir ölçek olup; yaş, cinsiyet ve genel refahla ilgili sorular da içermektedir. CPQ ölçeği yaş gruplarına göre 2 forma sahiptir (8-10 ve 11-14) ve CPQ₈₋₁₀ bunlardan biridir. 8-10 yaş grubu ilkokula ve özel eğitime başlangıçta ilk aşama olduğundan bu ölçek çalışmaya uygun görülmüştür. Araştırmalarda

kullanılacak ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin kabul edilmiş olması gerekmektedir. Kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olması, özellikle farklı kültürel bağlamlarda testlerinin ve adaptasyonlarının yapılması önemlidir. Bu aşamada bu ölçeklerin kavramsal ve işlevsel denkliklerini sağlamak için çeviri-geri çeviri ve ön test prosedürlerinin uygulanması gerekmektedir (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020). CPQ₈₋₁₀'un Türkçeye çevirisi ve kültürel adaptasyonu yapılmış; çocuk diş hekimliği kliniğinde iyi bir yapı geçerliliğine sahip olduğu, klinik açıdan kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde olduğu ve Türkçe CPQ₈₋₁₀'un Türk çocuklarında ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini ölçmek için geçerli bir araç olduğu gösterilmiştir (Çalık Yılmaz ve Alaçam, 2020). Bu sebeple CPQ₈₋₁₀ çalışmamızda birinci araç olarak tercih edilmiştir.

Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili algıların değerlendirilmesine yönelik olan ölçekler, başlangıçta çocukların duygularını değerlendirme konusundaki yetersizlikleri düşünülerek ebeveynlerine ve çocuğun bakımından sorumlu kişilere yönelik olarak geliştirilmiştir (Theunissen ve ark., 1998). Ancak Jokovic ve arkadaşları (Jokovic ve ark., 2003) çocuklara yönelik yaptıkları çalışmalarında, çocukların da duygularını ifade edebildiklerini ve bunları değerlendirmenin önemli olduğunu belirtmiştir. Bazı araştırmacılar çocuğun durumu ile ilgili kendi algısını yansıtmakta olduğu için, öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir (Eiser ve ark., 1999). Kimi araştırmacılar ise, nesnel sonuçlar verdiği düşünüldüğü için ebeveyn formlarının geçerliğinin daha fazla olduğunu düşünmektedir (Rajmil ve ark., 2004). Bu farklı görüşler nedeniyle çocukların yaşam kalitesi değerlendirmelerinin ebeveynlerin mi yoksa kendilerinin mi yapması gerektiği sorusu halen tartışılrsa da, son yıllarda çocukların yaşam kalitelerini olabildiğince kendilerinin değerlendirmesi gerektiği düşüncesi daha hakimdir (Eiser ve ark. 2000; Harding 2001; Wallender ve ark. 2001). Ebeveynlerin ve çocukların paralel olarak doldurabilecekleri ölçekler bu tartışmaya en uygun çözüm gibi gözükmemektedir, ancak bu ölçekler az sayıdadır ve ebeveyn-çocuk formları sonuçlarının her zaman birbiri ile çok uyumlu olması beklenmemektedir (Eiser, 1997; Rebok ve ark., 2001; Sawyer ve ark. 2004).

Çocukların ağız sağlığı durumlarıyla ilişkili olarak algıladıkları yaşam kalitesini değerlendirmek için çocuklara yönelik ölçeklerden olan Çocuk Algı Ölçeği; CPQ (Children Perceptions Questionnaire), ağız hastalıklarının fiziksel ve psiko-sosyal işlevler üzerindeki etkisine ilişkin algılarını değerlendirmek için geliştirilen ölçeklerden biridir (Jokovic ve ark., 2002; Jokovic ve ark., 2003; Jokovic ve ark., 2004). Çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi değerlendirmelerinde ebeveyn görüşlerinin de doğrulayıcı olarak kullanılması (Aydoğan ve Kazancı, 2015) görüşü ile, çocuk algı ölçeği ile beraber , çalışmanın kendi içinde daha destekleyici ve veli-çocuk cevaplarının kıyaslamasına uygun olabilmesi için hem çocuk hem veli ölçeği ile çalışılması uygun görülmüştür.

50 çocuk üzerinde CPQ₈₋₁₀'un Türkçeye çevrilmiş versiyonunu geliştirmek, güvenilirliğini, geçerliğini ve tekrarlanabilirliğini değerlendirmek için yapılmış bir çalışmada da Türk kültüründe kullanım için geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu çalışma, CPQ₈₋₁₀ Türkçe versiyonunun iyi psikometrik özelliklere sahip olduğunu, ayrıca çocuklar farklı kültürlerden olsa bile genel sağlıklarını etkileyen faktör yapılarının benzer olduğunu kanıtlamaktadır (Aydinoglu ve ark., 2021).

Disleksi; yazılı ve sözlü dili anlama ve kullanmada temel taşlar olan; bir veya daha fazla psikolojik sürecin etkilenmesiyle ortaya çıkan dinleme, düşünme, konuşma, okuma-yazma ve matematiksel hesaplamalar yapmadaki güçlüklerdir. Disleksi tanıli çocuklarda zaman kavramlarının karışabileceği de belirtilmiştir (Diken, 2012; Salman ve ark, 2016). Bu bilgiler anketlerdeki soruların ve cevap şıklarının ne kadar doğru anlaşılabilceği konusunda soru işaretleri oluşturmuştur ve çalışmamızda anketler uygulanırken bu gibi oluşabilecek anlama zorluklarına da dikkat edilmiştir. Anketlerin uygulanma sürecinde, CPQ₈₋₁₀ anketinde geçen “Son 4 haftada...” soru kalıbında, disleksi tanıli çocukların çoğunun anlama sıkıntısı çektiği görülmüştür. Soru “Son 1 ayda...” olarak yöneltildiğinde de anlayamayanlar olduğunda “Son zamanlarda...” olarak yönlendirilmiştir. Cevap seçenekleri olan “Asla/ Bir veya İki Kez/ Bazen/ Genellikle/ Her Gün- Neredeyse Her Gün” şıkları arasından da “Bir veya İki Kez/ Bazen” ve “Genellikle/ Her gün- Neredeyse Her Gün” ifadelerinde seçim yaparken özellikle disleksi tanıli çocukların zorlandığı görülmüştür. POQL ölçeğindeki cevap

seçeneklerinde de “Hiçbir zaman/ Bilmiyorum” ve “Bazen/ Arada Bir” kavramları arasında seçim yapmalarının zor olduğu gözlemlenmiştir.

POQL ölçeği ise, çocuklarda ağız sağlığının yaşam kalitesine etkisinde çocuğun kendi refah durumu ve günlük aktivitelere etkilerini ölçerek ortaya koyan bir ölçektir. POQL fiziksel, sosyal, psikolojik, bilişsel fonksiyonu, kendine bakabilmeyi, günlük aktivitelerini, algılanan sağlık durumunu ve semptomlarını, ağrıyı ve stresi ölçer. Farklı yaş gruplarındaki çocuklar için ağız sağlığı durumu, farklı problemleri ve farklı durumları beraberinde getirmektedir. Ağız sağlığı hem çocuğu hem de ailesini ilgilendiren bir bütün olarak yaşam kalitesini etkileyen bir konudur. POQL ölçeği Yazıcıoğlu ve ark. (2018) tarafından POQL ölçeğinin ocuk (Child Self Report-CSR) ve ebeveyn (Parent/Caregiver Report- PRC) kişisel bildirim formunun kültürel adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek, uluslararası kültürel adaptasyon rehberlerine göre Türk diline çevrilip bazı sözcüklerin değişmesi ile kültürel adaptasyonu yapılmıştır. ukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ocuk Diş Hekimliği kliniğine başvuran 149 ocuk ve ebeveyne uygulanmıştır. Ayırt edici geçerliği diş çürüğü olan ve olmayan çocukların ölçek puanlarının kıyaslanması ile; birleştirici geçerliği ise ölçek puanları ile subjektif ağız sağlığı durumu algısı arasındaki ilişkinin test edilmesiyle incelenmiştir. Yapılan bu çalışma, ölçeğin 8-14 yaş arası Türk çocuklarının ağız hastalıkları ve ağız sağlığı problemlerinin, çocukların günlük yaşamlarına etkisinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir (Yazıcıoğlu, 2013). Ebeveyn görüşü de alınabilmesi için Türkçeye uyarlanıp geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek, 8-10 yaş grubunu da içerisinde barındıran 8-14 yaş grubunda kullanıma uygun olduğundan hem çocuklar hem de velileri üzerinde çalışmada kullanıma uygun bulunan diğer bir ölçek olarak seçilmiştir.

POQL ile ilgili klinisyenlerin, ağız sağlığı hizmeti sağlayıcıları olarak neden veri topladıklarını anlamak için, kişi merkezli bakım ve sosyal belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkisi konusunda eğitilmesi gerektiği vurgulanmış, ayrıca tedavi uygulayıcıların da HRQL ve OHRQoL konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir. Yaşam kalitesi ölçümlerini sürekli eğitim programları aracılığıyla

kolayca yaygınlaştırılabileceği önerilmiştir. POQL'in araç olarak, veri toplamanın (hem çocuk hem de ebeveyn veya bakımveren) standart bir parçası haline getirilmesi gerektiği ve bu nedenle ağız sağlığı hizmetlerini almak için normal rızanın ötesinde ebeveyn veya bakımveren onayı gerektirmemesi gerektiği bildirilmiştir. POQL ölçeğinin (hem çocuk hem de ebeveyn veya bakımveren), tedavi değerlendirme sürecinde ve sonraki tedavi planlamasında kullanılabilmesi için ilk randevuda alınması önerilmiştir (Gadbury Amyot ve ark., 2018). Bu bilgilerden yola çıkarak, çocuk ve velisinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi bilgi ve algısını arttırmanın önemli olduğu, hekimler için de bunları ölçmenin önemli olduğu çalışmaya ilham veren noktalardan olmuştur.

Çalışmaya katılan çocuk ve ebeveynlerine ait sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde, velilerin cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bütün velilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında 51 anne ve 19 babanın çalışmamıza katıldığı görülmüştür. Bu durumun genelde çocukların okula ve dış hekimine anneleri ile gitmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Velilerin, konu çocukları olduğunda sağlıkta yaşam kalitesi konusunda daha duyarlı olmaları, çocuğun sağlıkla ilgili problemlerini büyüttüğünü düşünmeleri veya anketin hangi veli tarafından doldurulmuş olduğunun önemli olduğu belirtilmiştir (Upton ve ark., 2008). Bu doğrultuda, veliler arası cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasının, anne veya babanın çocukları hakkındaki bilgi düzeylerinin farklılığının oluşturabileceği farklı cevapların önüne geçtiği varsayılabilir.

Çalışmaya katılan çocukların diş fırçalama alışkanlıklarına dair çocuk ve velilerine yöneltilen sorular değerlendirildiğinde; kontrol grubunda her çocuk kendine ait diş fırçası olduğunu belirtmişken, disleksi tanılı grupta 3 çocuk kendine ait diş fırçasının olmadığını bildirmiştir. Diş fırçalama sıklığı sorgulandığında, kontrol grubunda en yüksek oran (%45,7) ile “Günde 1” cevabı olarak tespit edilmiştir. Disleksi tanılı grupta ise en yüksek oran (%40) ile “Düzensiz” cevabı olarak bulunmuştur. Disleksi tanılı grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa da diş fırçalamaya daha az özen gösterilmesi ve fırçası olmayan çocukların bulunması,

disleksi tanıılı çocukların ağız ve diş sağılığını daha az önemseyebilecekleri düşüncesini doğrular niteliktedir.

DEHB olan çocuklarda yapılan bir çalışmada, DEHB'nin diğler semptomları olarak öğrenme güçlüğü de görülebildiğı ve bu çocuklarda diş fırçalamanın öğrenilmesi ve diş hekimi talimatlarına uymakta güçlük çekildiğı belirtilmiştir. Çalışmada yapılan anket sonuçlarında DEHB çocukların sağılıklı çocuklara göre daha fazla diş fırçaladıkları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0.05$) (Kuter ve Kanmaz, 2021). Bizim çalışmamızda, farklı olarak kontrol grubu çocukların %45,7 si “Günde 1” ve %34,3'ü “Günde 2” cevabını vermişken; disleksi tanıılı grupta çocukların %40'ı “Düzensiz” yanıtını vermişlerdir.

Velilere, çocuklarının diş fırçalama sıklıkları sorulduğunda ise cevaplayanlar arasında kontrol grubunda en yüksek oran (%31,4) ile “Düzensiz” olarak öğrenilmiş ve disleksi tanıılı grupta cevaplayanlar arasında en yüksek oran (%40) ile düzensiz olarak tespit edilmiştir. Velilerin cevapları çocuklar ile yüzdesel olarak karşılaştırıldığında yakın sonuçlar elde edilmiştir. Fakat her çocuk ve velisinin cevabı aynı bulunmamıştır. Velilerin düşüncesine göre çocukları, yüzdesel olarak daha az sıklıkta ve daha düzensiz diş fırçalıyor görünmektedir.

CPQ₈₋₁₀ ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda alt başlıkları olan “Oral Semptomlar, Fonksiyonel Sınırlamalar, Duygusal İyilik Hali ve Sosyal İyilik Hali”ne bakıldığında; kontrol grubu ve disleksi tanıılı grup çocukların ölçek toplam puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte, toplam puanların kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu yükseklik, kontrol grubundaki çocukların daha kötü yaşam kalitesi belirtmesi anlamını taşımaktadır.

Kontrol grubunda sadece “Duygusal İyilik Hali” puanlarının disleksi tanıılı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna dayanarak, “Duygusal İyilik Hali” ölçek alt başlığı açısından kontrol grubunun, disleksi tanıılı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü yaşam kalitesi

bildirdiği görülmüştür. Duygusal iyilik hali alt başlığı soruları olan “Dişlerin yüzünden üzgün/mutsuz hissettiğin oldu mu? Dişlerin yüzünden hayal kırıklığı hissettiğin oldu mu? Ağzın/ dişlerinden utandığın oldu mu? Diğer insanların ağız/dişlerin hakkında düşüncelerinden endişe duyuyor musun? İyi görünmediğini düşünerek kaygılanıyor musun?” sorularına kontrol grubu çocukların, disleksi tanılı grup çocuklardan daha kötü yaşam kalitesi belirtmesinin sebebinin benzer soruların anlamını tam olarak anlayamamaları olduğu düşünülebilir. Ayrıca cevap şıkları olan “Asla/ Bir veya iki kez/ Bazen/ Genellikle/ Her gün-Neredeyse her gün” seçeneklerini ayırt etmenin, genel olarak disleksi tanılı çocukların zaman kavramı algısında güçlükler olabileceği için zor olabildiği düşünülmekte ve bunun da yanlış cevaplara sebep olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda disleksi gibi özel öğrenme güçlüğü tanısı almış çocuklar için bu tip anketlerde güncellemeler yapılması gelecek dönemlerde yararlı olabilecektir.

Çalışmaya katılan çocuk ve velilerin POQL ölçeği genel sorularına verilen cevapların dağılımı incelendiğinde; “En son diş hekimine ne zaman gittin?” sorusuna kontrol grubu çocuklarda en çok %31,4 ile “1 Yıldan Fazla 2 Yıldan Az” cevabı bulunmuş olup; disleksi tanılı çocuklarda en çok %37,1 ile “2 ile 5 Yıl Önce” cevabı bulunmuştur. Velilerine yöneltilen “En son diş hekimine ne zaman gittiniz?” sorusuna kontrol grubu çocukların velileri en çok %42,9 ile “Son 6 Ayda” cevabı vermiş olup; disleksi tanılı çocukların velileri eşit yüzdeler ile (%22,9) “1 Yıldan Fazla 2 Yıldan Az” ve “2 ile 5 Yıl Önce” cevabı vermişlerdir. Ülkemizde ağız ve diş sağlığı konusundaki en temel problemlerden birinin, bireylerin sadece şikâyet durumunda diş hekimine gittikleri gerçeği olduğu belirtilmiştir (Karabekiroğlu ve ark., 2015). Çalışmamızda disleksi tanılı grup velilerinin diş hekimine gitme sıklıklarının daha az olduğunu gösteren bu sonuç; ağız bakımlarına daha az önem veren, diş hekimi ziyaretleri daha az ve şikâyete bağlı olan velilerin, çocuklarının özel eğitimleriyle ilgilenmekte oldukları için kendi ağız sağlıklarını geri plana atmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

“En son diş hekimi ziyaretinin sebebi neydi?” sorusuna kontrol grubu çocuklar en çok %28,6 ile “Diş Çekimi” cevabı ve %22,9 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermiş

olup; disleksi tanılı gruptaki çocuklar en çok %28,6 ile “Diğer” cevabı ve %22,9 eşit yüzdesi ile “Diş Çekimi” ve “Dolgu” cevapları vermişlerdir. Disleksi tanılı çocuklarda neden gittiklerini hatırlayamadıkları veya ne yapıldığı tam açıklanamadığı için “Diğer” cevabının fazla verilmiş olabileceği düşünülmektedir. Velilere yöneltilen “En son diş hekimi ziyaretinizin sebebi neydi?” sorusuna kontrol grubu çocukların velileri en çok %40 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermiş olup; disleksi tanılı grup çocukların velileri de %31,4 ile “Acil Diş Ağrısı” cevabı vermişlerdir. Bu sonuç, diş hekimi ziyaretinin genel olarak daha çok şikâyet üzerine olması ile ilişkili olabilir. Hem kontrol grubunda hem disleksi tanılı grupta çocuk ve velilerin diş hekimine gitme sebeplerinin çoğunlukla acil diş ağrısı, diş çekimi sebeplerinden olması genel olarak diş hekimlerine şikâyet üzerine gidildiğini belirten çalışmalarla benzer doğrultudadır (Karabekiroğlu ve ark., 2015). Diğer genel soruların ise yüzdesel olarak yakın cevaplandığı görülmüştür.

POQL ölçeği sonuçlarına bakıldığında; “Fiziksel Fonksiyon” alt başlığı değerlendirmesinde (ağrı duyma, yemek yemede güçlük çekme) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber; kontrol grubunun, disleksi tanılı gruba göre daha yüksek skora sahip olduğu bulgulanmıştır. Bu sonuç, kontrol grubu çocukların şikâyet üzerine üniversite ilk muayenesine başvurdıkları ve ağrı, yemek yemede güçlük gibi şikayetlerin farkında olmalarından kaynaklanabilir. “Fiziksel Fonksiyon” açısından her iki gruba ait velilerin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, disleksi tanılı grubun velilerinde skorlar daha yüksek görülmektedir. Bu verilerden yola çıkarak, disleksi tanılı grubun velilerinin, çocuklarının ağız sağlığı ile ilgili algısının daha kötü olduğu görülmüştür. Bunun da disleksi tanılı çocukların velilerinin, çocuklarına oranla çocukların şikayetlerinin daha yüksek oranda farkında olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

“Rol Fonksiyon” açısından (dikkat verememe, okula gidememe) değerlendirmede, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber kontrol grubunda skorlar daha yüksek bulunmuştur. Velilerinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber kontrol grubundaki velilerin daha yüksek skorlara sahip

cevaplar verdiği tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki velilerin çocuklarının ağız sağılığı ile ilişkili yaşam kalitesi algısı daha kötü bulunmuştur.

“Sosyal Etki” ağısından (gölümseme/kahkaha atma, güzel görünümediğini düşünüp endişelenme, görünüşü yüzünden mutsuz olma) disleksi tanılı gruba oranla kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar olduğu görölmektedir. Kontrol grubundaki çocukların daha kötü yaşam kalitesi bildirmesinin, görünüş algılarının disleksi tanılı gruba oranla daha yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bunun, disleksi tanılı çocukların sosyalleşmede çektikleri sıkıntı ve yetersizlikten kaynaklı bir sonuç olabileceğı düşünülmüştür. Velileri ağısından ise; bu skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte disleksi tanılı grup velilerinde, kontrol grubu velilere göre daha yüksek skorlar bulgulanmıştır. Velilerin beyanına göre disleksi tanılı grubun yaşam kalitesinin daha kötü çıkmasının, velilerin bu endişeleri çocuklarından daha doğıru algılamasından olabileceğı düşünülmektedir.

“Duygusal Etki” ağısından (sinirli olma, endişelenme, ağlama) gerek kontrol ve disleksi tanılı grup; gerekse velileri ağısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görölmemiştir.

Çocuk ve veli beyanlarının kıyaslamasına bakılacak olduğıunda;

Kontrol grubundaki çocukların ve velilerinin cevaplarına göre “fiziksel fonksiyon” (ağırı duyma, yemek yemede güçlük çekme) puanları ağısından çocukların skorlarının velilerine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek değerler sergilediğı bulunmuştur. Bu değerlere göre kontrol grubundaki çocukların algıladığı ağız sağılığı ilişkili yaşam kalitesi, velilerinin algısı ağısından daha kötü bulunmuştur. Bu sonuç, ağırı ve yemek yemede güçlüğü çocukların algılamasının, veliye yansıttığından daha doğıru ve fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Kontrol grubunda “Rol fonksiyon” (dikkatini verememe, okula gidememe) puanları açısından, çocukların skorlarının velilerin skorlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük değerler sergilediği görülmüştür. Rol fonksiyon ölçek alt başlığı, kontrol grubundaki velilerinin algısında, çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesi sergilemiştir. Bu durumun, çocukların okula gitmek veya dersteki algının dağılmasına yeterince önem vermediğinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Kontrol grubu çocuklarda “Sosyal etki” puanları (gülümseme/kahkaha atma, başkaları gibi iyi görünmediğini için endişelenme, görünüşü yüzünden mutsuz olma), velilerin cevabına göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür. Bu değerlere göre, kontrol grubundaki çocukların algıladığı yaşam kalitesi “Sosyal etki” alt başlığı için velilerinin algıladığından daha kötü bulunmuştur. Bu durumun çocukların sosyalleştiği alanın daha çok okul ve oyun arkadaşları olduğu, görünüşlerine yapılacak olası yorumların daha çok o çevreden geldiği ve aileye yansıtılmadığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kontrol grubunda “Duygusal etki” puanları (sinirli olma, endişelenme, ağlama) açısından ise, çocukların skorları ile velileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Disleksi tanılu gruptaki çocukların ve velilerinin cevaplarına göre;

Çocukların sorulara verdiği cevapların skorları “Rol fonksiyon” ölçek alt başlığı puanlarının (dikkatini verememe, okula gidememe), bu gruptaki velilerin cevaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu yani yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Disleksi tanısı alan çocuklarda görülen en önemli göstergelerden birinin asosyallik olduğu bildirilmiştir (Avşar ve Çankaya, 2021). Çalışmamızda ortaya çıkan bu sonucun, disleksi tanılu çocukların okulda yaşayabildiği iletişim, sosyalleşme, öğrenme güçlüğü gibi sorunlar sebebiyle okula gidememeyi önemli görmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Diğer ölçek alt başlığı puanları açısından ise tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu sonuca göre çocuklar ve velileri, çocuğun ağız ve diş sağlığının çocuğun yaşam kalitesine etkisi konusunda benzer endişelere sahip olduğunu göstermektedir.

Literatür taramalarında disleksinin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili çalışmalar yapılmış olup (Karande ve Venkataraman, 2012; Karande ve Venkataraman, 2013; Zou ve ark., 2022) çalışmalarda sağlıklı kontrol grubu çocuklara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu bilgiler ışığında disleksinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini de kötü etkileyebileceği düşünülmüş; fakat literatürde araç aldığımız ölçeklerle bu tipte bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

DMFT indeksi Dünya Sağlık Örgütü'nün epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere önerdiği; herhangi bir radyolojik muayene yapılmadan, klinik muayene ile ağızdaki çürük, dolgulu ve kaybedilmiş diş sayısını belirlemeye yarayan bir indekstir. Çalışmamızda, çocukların yaş grubu 8-10 olduğu ve karma dişlenme dönemlerinde oldukları için DMFT ile süt dişi için dmft değerleri de incelenmiştir. Özel eğitim merkezinde dental ünit ve uygun koşullar olmadığından; saha çalışmalarında olduğu gibi (Dülgergil ve ark., 2006; Öztürk ve Sönmez, 2016) gün ışığı ve gerektiğinde taşınabilir ışık kaynağı ile Dünya Sağlık Örgütü'nün teşhis önerilerine göre (WHO, 1997) radyolojik muayene olmadan DMFT/dmft kaydedilmesi uygun görülmüştür. DMFT incelenmesi bu tez çalışmasının yapıldığı dönemde COVID-19 pandemi koşullarında muayeneyi uzun tutmamak ve çocukların özel ders saatlerini engellemek açısından da avantaj sağlamıştır. Çalışmanın standardizasyonunu sağlamak açısından, kontrol grubunun ağız içi muayeneleri Ankara Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği bölümünde aynı koşullarda yapılmıştır.

Kontrol grubundaki çocuklar ve disleksi tanılı çocukların DMFT/dmft değerlerine bakıldığında; sağlıklı grubun “DMFT” (Daimi dişler) indeks değeri 1,2; disleksi tanılı grubun ise 1,1 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. “dmft” (süt dişleri) indeks değerleri kontrol grubunda 4,9 olarak bulunmuşken, disleksi tanılı grupta 3,9 olarak bulunmuş ve aralarında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Sekiz-on yaş aralığındaki çocuklarda, tedavi edilmemiş diş çürüğünün yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve diş çürüklerinin tedavisi sonrasında yaşam kalitesinin önemli derecede arttığı belirtilmiştir (Ulu Güzel ve ark., 2018). Buna göre diş çürüklerinin çocukların yaşam kalitelerini kötü etkilediği görülmektedir.

Bizim çalışmamızda hem sağlıklı kontrol grubunda hem de disleksi tanılı grupta çürükler mevcut olup, çürük deneyimini gösteren DMFT/dmft değerleri birbirine yakın bulunmuştur. Çalışmamızın ana amacı ve araştırma konusu olmasa da tedaviler sonrası artan yaşam kalitesini gösteren çalışmalardan yola çıkarak (Akyıldız ve Sönmez, 2019; Gürçan ve ark., 2021; Ulu Güzel ve ark., 2018) bizim çalışmamızdaki hastaların iki grubunun da, çürüklerinin tedavileri sonrası ölçek uygulanması veya çürüksüz ağızlarda yapılmasının yaşam kalitesi öncesi ve sonrası bildirimlerini değiştirebileceği de ayrıca düşünülmektedir.

Genellikle yapılan çalışmalarda, ilk diş hekimi ziyaretlerinin sıklıkla şikâyet varlığında gerçekleştirildiğini bildirilmektedir (Pahel ve ark., 2007; Peker ve ark., 2011; Scarpelli ve ark., 2011). 6-12 yaşlarındaki sağlıklı bir grup çocukta yapılan bir araştırmada çocukların ilk defa diş hekimine gitme sebepleri incelendiğinde, %59,7'sinin diş çürüğü, %9'unun diş ağrısı ve %9'unun dolgu için diş hekimine başvurduğu tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda, diş çürükleri fazla olan çocukların az olanlara göre daha çok diş hekimi randevularını kaçırdıkları, daha az yıllık diş hekimi kontrolü yaptırdıkları, kontrole değil de tedavi için diş hekimine başvurdıkları; ayrıca ailelerinin de düzenli olarak diş hekimine gitmedikleri bildirilmektedir (Gao ve ark., 2010; Skeie ve ark., 2006; Wigen ve ark., 2009). Çalışmamızda, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla beraber, disleksi tanılı grupta ağız sağlığının ihmal edilebilme öngörüsüne karşın; çürük oranları sayısal olarak daha az bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda kontrol grubu çocukların, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği kliniği ilk muayenesine gelen çocuklardan seçildiği ve çocukların ilk muayeneye çoğunluk olarak başvurma sebebinin diş çürüklerine bağlı şikayetler üzerine olduğu da göz

önünde bulundurulmalıdır. Bu sonuçlar ilerideki çalışmalarda kontrol grubu olarak çürüksüz ağızlarda yapılacak değerlendirmeler ile daha net ortaya konulabilir.

5-17 yaş arası 39 DEHB ve 61 sağlıklı çocukta yapılan çocukların fırçalama alışkanlıkları, plak indeksi ve çürük indeksi incelenen çalışma sonuçlarında da; DEHB olan çocukların ağız bakımlarını daha fazla ihmal ettikleri sonucu bulunmasına rağmen, DMFT/dmft indeksi ve plak değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kuter ve Kanmaz, 2021). Bu çalışmada bulunan DMFT/dmft sonuçlarının DEHB ve sağlıklı grup arasındaki benzerliği de, bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermiştir.

Çalışmamızda, DMFT/dmft değerleri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça, “Oral Semptomlar” alt başlık skorlarının da arttığı ve dmft değerleri arttıkça, “Duygusal İyilik Hali” değerlerinin de arttığı bunların istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği görülmüştür. Disleksi tanılı çocuklarda dmft değerleri arttıkça, CPQ₈₋₁₀ toplam puan değerlerinin de arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür.

CPQ₈₋₁₀ ve dmft değerleri, disleksi tanılı grupta hem “Oral Semptomlar” hem “Duygusal İyilik Hali” alt başlıkları hem de toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermiştir.

“Oral Semptomlar” alt başlığı soruları olan “Son 4 haftada ağız ve dişlerinde ağrı oldu mu? Ağızda ağrıyan noktalar var mı? Soğuk bir şeyler yediğinde veya içtiğinde dişlerinde ağrı oldu mu? Dişlerinin arasına gıda sıkıştı mı? Ağızda kötü koku oldu mu?” sorularına verilen cevapların skorları yani şikayetler arttıkça, dmft değerlerinin de fazla olduğu görülmüştür.

“Duygusal İyilik Hali” alt başlığı soruları olan “Son 4 hafta içinde ağzın veya dişlerin yüzünden üzgün veya mutsuz hissettiğin oldu mu? Ağzın veya dişlerin

yüzünden hayal kırıklığı hissettiğin oldu mu? Ağzından veya dişlerinden utandığın oldu mu? Diğer insanların ağzın veya dişlerin hakkında düşündüklerinden endişe duyuyor musun? Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer insanlar gibi iyi görünmediğini düşünerek kaygılanıyor musun?” sorularına verilen cevapların skorları yani şikayetler arttıkça, dmft değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Disleksi tanılı grupta total CPQ₈₋₁₀ skorlarının dmft ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği yani dmft değerleri arttıkça CPQ₈₋₁₀ skorlarının da yükseldiği yani daha kötü yaşam kalitesi belirtildiği bulgulanmıştır.

Kontrol grubunda ise, DMFT/dmft değerleri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek alt başlıkları skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Tedavi edilmeyen diş çürüklerinin 8-10 yaş arası okul çocuklarının ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve klinik sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada, tedavi edilmemiş diş çürüklerinin (D/d), toplam CPQ₈₋₁₀ puanı ve tüm alt ölçek puanları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu ayrıca diş çürüğünün klinik sonuçları (PUFA/pufa indeksi)nin de toplam CPQ₈₋₁₀ ve “Oral Semptomlar” ve “Fonksiyonel Kısıtlamalar” alt ölçekleri ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mota-Veloso ve ark., 2016). Başka bir çalışmada, diş çürüğü tedavisinin okul çocukları arasında ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ve Çocuk Algı Ölçeği (CPQ₈₋₁₀)un yanıt verebilirliğini değerlendirme amaçlanmış; 8-10 yaşındaki Brezilyalı okul çocukları rastgele seçilerek çürük deneyimlerine göre diş çürüğü tedavisiz (DCT) ve çürüksüz (CF) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır [çürük, kayıp veya dolgulu süt dişleri (dmft) ve çürük, eksik veya dolgulu ikincil diş (DMFT) değerleri ≥ 0]. Ölçek çalışma başında ve tedavilerden sonra 4 hafta sonra tekrarlanmış, sonucunda çürüksüz grupta istatistiksel olarak anlamlı farklı ölçek skorları görülmemişken, tedavi edilen grupta daha iyi yaşam kalitesi bildirilmiştir (de Paula ve ark., 2015). Başka bir çalışmada, POQL (çocuklarda ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeğini) okul öncesi yaş grubunda kullanılmıştır. Columbus, Ohio ve Washington D.C.’de yapılan çok merkezli çalışmada 2-8 yaş aralığındaki erken çocukluk çağı çürüğü olan çocukların velilerinden POQL ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Genel anestezi altında diş tedavileri yapılan çocukların tedavi öncesi ve sonrasında çocukların ağız sağlığında yaşam kalitesi durumu ölçülmüştür.

Çalışma sonucunda erken çocukluk çağı çürüğüne sahip çocukların velileri fiziksel, mental ve sosyal olarak çürüksüz çocuklarla kıyaslandığında daha yüksek yaşam kalitesi skorları yani daha düşük yaşam kalitesi göstermişlerdir. Genel anestezi ile tedavi edilmesi halinde, tedavinin çocuklarda ve velilerde belirgin pozitif etki yarattığı gözlemlenmiştir yani çürüklerin koltukta ve/veya genel anestezi altında tedavisinin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (Cunnion ve ark., 2010). Tedavilerden sonra yaşam kalitesini inceleyen başka çalışmalar da mevcuttur (Randall ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda DMFT/dmft indeksinin d-m-f komponentlerinin ayrı ayrı incelenmesi değil; total DMFT/dmft skoruna yani genel çürük deneyimine bakarak yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırıldığından yalnızca çürüklerden kaynaklı da değil; çürük deneyiminin de yaşam kalitesi ölçek alt başlığı ve total skoruyla korele şekilde arttığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan çocukların ve velilerinin POQL ölçek alt başlığı skorlarına göre DMFT/dmft değerleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde disleksi tanımlı grup çocuklarda; DMFT değerleri arttıkça “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür. dmft değerleri arttıkça da “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmıştır. Buna göre DMFT/dmft indeksi ile “Fiziksel Fonksiyon” alt başlık ölçek değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Ayrıca disleksi tanımlı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça “Sosyal Etki” değerlerinin de arttığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür. “Sosyal Etki” ölçek alt başlığı gülümseme, kahkaha atmaktan kaçınma, görünüşü yüzünden mutsuz hissetme gibi sorular içerdiğinden maloklüzyon (Locker, 2007), anterior dişlerdeki estetik sıkıntılar, çürükler veya eksiklikler ve bunların tedavi edilip edilmemesi gibi sorunlardan kaynaklı olup olmadığının da sonuçlarda önemli olduğu düşünülmektedir. Çürük lezyonların restore edilmesinin, dentin ve pulpayı bakterilerden koruduğu ve böylece hassasiyeti ve ağrıyı azalttığı; arka dişlerin restorasyonlarının, ısırma sırasındaki ağrıyı ortadan kaldırarak çiğneme fonksiyonunu iyileştirdiği; çürük ön dişler için estetik restorasyonların işlevi iyileştirebildiği, ağrıyı ortadan kaldırabildiği ve ayrıca sosyal etkileşimleri teşvik ederek benlik saygısını iyileştirebildiği belirtilmiştir (Leal ve ark.,2012).

Ayrıca diğerk çalışmalarda ön bölgede maloklüzyon varlığının sadece sosyal etkileşim alanı üzerinde olumsuz bir etki gösterdiği bildirilmiştir. Komplike travmatik diş yaralanmaları da, komplike olmayan travmatik diş yaralanmalarına göre semptomları açısından daha olumsuz bir etki göstermiştir. Travmatik dental yaralanma ve maloklüzyon gözlenen dişin varlığında, okul öncesi çocukların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinde yalnızca çocuk açısından olumsuz bir etkiye sahip olduğu; ancak diş çürüğünün, hem çocuk hem aile alanında ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Gürcan ve ark., 2021; Güvendi, 2019). Çürük anterior süt dişlerini çekimi de veliler ve çocuklar için estetik olarak uygun olmasa da, çocukların çekimlerden sonra konuşmaya ve çiğnemeye iyi uyum sağlayabildiği belirtilmiştir (Farsi ve ark., 2021). Bu gibi farklı ağız sağlığı sıkıntıları ve farklı çözümlerin de kaydedilmesinin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi alt başlık puanlarının etkileyebileceğinin göz önünde bulundurulmasının da önemli olduğu düşünölmektedir.

Kontrol grubu çocuklarda POQL ölçek alt başlık skorları ile DMFT/dmft indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görölmemiştir. Kontrol grubu çocuklarda POQL ölçek alt başlık skorlarının çürük indeksi ile etkilenmediği bulgulanmıştır.

Özel gereksinimli bireyler gibi özel öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin de yaşam kalitelerini kötü etkileyebilecek sağlık sorunları olabildiğinden; ağız sağlığının da genel sağlıklarını olumsuz yönde etkilememesi için iyileştirilmesi önemlidir. Özel öğrenme güçlüğü olan bireylerin ağız sağlık durumları ve yaşam kalitesini incelemek genel yaşam kalitelerine de katkıda bulunacaktır. Ayrıca ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi incelemelerinin olası problemlerin önüne geçmek için alınabilecek önlemleri, verilmesi gereken oral hijyen eğitimi kısmının belirlenebilmesini ve gerekli tedaviler sonrası yaşam kalitesinin ne yönde etkilendiğini görmemizi sağlayacağı düşünölmektedir. Bu gibi çalışmaların artmasıyla, yaşam kalitesinin kötüleşmesine sebebiyet veren durumların öngörölebilmesi, tespiti ve ağız sağlığına verilmesi gereken önem ilişkisi daha açık şekilde görölebilecek duruma gelecek; özellikle ağız ve diş sağlığını ihmal etme olasılıkları daha yüksek olabilen özel bakım gereksinimi

olan bireylere göre hem tedaviler hem de profilaktik tedavi stratejileri geliştirilerek daha sağlıklı bireyler olmanın büyük bir parçası tamamlanacaktır.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Disleksi tanılı 8-10 yaş grubu çocukların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri hem CPQ₈₋₁₀ hem POQL ölçekleri ile değerlendirildiğinde; sağlıklı kontrol grubu aynı yaş grubu çocuklar ile disleksi tanılı çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

CPQ₈₋₁₀ ölçeği sonuçlarında; kontrol grubunda sadece “Duygusal İyi Hali” puanlarının disleksi tanılı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu “Duygusal İyi Hali” ölçek alt başlığı açısından kontrol grubunun, disleksi tanılı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü yaşam kalitesi bildirdiği görülmüştür ($p<0,05$). Diğer ölçek alt başlıkları ve ölçek toplam puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş yani çocukların algıladıkları ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi benzer bulunmuştur.

POQL ölçeği sonuçlarında ölçek alt başlıklarından “Sosyal Etki” açısından disleksi tanılı gruba oranla kontrol grubundaki çocukların cevaplarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar verdiği görülmektedir ($p<0,05$).

Kontrol grubu çocuk ve velilerin POQL ölçeği değerlendirilmesinde; kontrol grubundaki çocukların ve velilerinin “fiziksel fonksiyon” puanları açısından, çocukların skorlarının velilerine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek değerler sergilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu değerlere göre kontrol grubundaki çocukların algıladığı yaşam kalitesi, velilerinin algısı açısından daha kötü bulunmuştur.

“Rol fonksiyon” puanları açısından, çocukların skorlarının velilerin skorlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük değerler sergilediği görülmüştür ($p<0,05$). Rol fonksiyon ölçek alt başlığı, kontrol grubundaki çocuklarının velilerinin algısında çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesi sergilemiştir.

“Sosyal etki” puanları çocuklarda, velilerin cevabına göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür ($p<0,05$). Bu değerlere göre, kontrol grubundaki çocukların algıladığı yaşam kalitesi “sosyal etki” alt başlığı için velilerinin algıladığından daha kötü bulunmuştur.

Disleksi tanımlı çocuklar ve velilerinin POQL ölçeği sonuçlarının karşılaştırılmasında; Çocukların sorulara verdiği cevapların skorları “rol fonksiyon” ölçek alt başlığı puanlarının, bu gruptaki velilerin cevaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu yani yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Diğer ölçek alt başlığı puanları açısından ise tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Kontrol grubundaki çocuklar ve disleksi tanımlı çocukların DMFT/dmft değerlerine bakıldığında; sağlıklı grubun “DMFT” (Daimî dişler) indeks değeri 1,2; disleksi tanımlı grubun ise 1,1 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). “dmft” (süt dişleri) indeks değeri kontrol grubunda 4,9 olarak bulunmuşken, disleksi tanımlı grupta 3,9 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

CPQ₈₋₁₀ ölçeği ile DMFT/dmft indeksi arasında korelasyon değerlendirildiğinde kontrol grubunda anlamlı bir ilişki görülmemişken; disleksi tanımlı grupta “Oral Semptomlar”, “Duygusal İyiilik Hali” ve total skorlar açısından dmft değeri ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmamızda, DMFT/dmft değeri ile CPQ₈₋₁₀ ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde disleksi tanımlı grup çocuklarda dmft değeri arttıkça, “Oral Semptomlar” alt başlık skorlarının da arttığı ve dmft değeri arttıkça, “Duygusal İyiilik Hali” değeri de arttığı bunların istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre dmft değeri yükselirken ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi iki alt başlığının da daha kötü etkilendiği görülmüştür. Disleksi tanımlı çocuklarda dmft değeri arttıkça, CPQ₈₋₁₀ toplam puan değerlerinin de arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre disleksi tanımlı

çocuklarda dmft değerleri yükseldikçe CPQ₈₋₁₀ ölçek puanları artmış yani ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür.

POQL ölçeği ile DMFT/dmft indeksi arasında korelasyon değerlendirildiğinde ise, disleksi tanılı grup çocuklarda; DMFT değerleri arttıkça “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). dmft değerleri arttıkça da “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmıştır. Buna göre DMFT/dmft indeksi ile “Fiziksel Fonksiyon” alt başlık ölçek değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Ayrıca disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça “Sosyal Etki” değerlerinin de arttığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür.

Yaşam kalitesi ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi kavramlarının değerlendirilmesi için pek çok yeni ölçek geliştirilmekte ve bunların çeşitli hasta gruplarında kullanımları hızla artmaktadır. Disleksi tanısı alan çocukların diş fırçalama sıklıkları, doğru diş fırçalama yöntemi, diş hekimi kontrol sıklıkları, diş ve ağız sağlığının önemini öğrenmesi ve farkındalığının idamesinin zor olabileceği düşünülmektedir. Disleksi ve diğer tüm öğrenme güçlükleri ile ilgili çalışmaların artması ve daha geniş hasta gruplarında uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

Disleksi ve tüm öğrenme bozukluğu tiplerinde çocuklara uygulanacak anketlerin anlaşılır sorular ve cevap şıkları içermesi, oral hijyen eğitimi verilirken en anlaşılır, kısa, net şekilde vermeye özen gösterilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu ölçekler kullanılarak, veliler ve öğretmenlere, yaşam kalitesinin öneminin kavratmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Erken çocukluk döneminden itibaren çocukların yaşam kalitesinin hangi alanlarda desteklenmeye gereksinimi olduğunun ölçeklerle belirlenmesinin, yaşam kalitesine etki eden faktörlerin tespit edilip düzeltilmesini ve tedbirler alınabilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Bir Grup Disleksi Tanılı Çocukta Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Disleksi okuma güçlüğü ile karakterize bir özel öğrenme güçlüğüdür. Bu çalışmada, Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında bir özel eğitim merkezinde 8-10 yaş grubu disleksi tanılı çocuklar ve aynı yaş grubu Ankara Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran sağlıklı çocuklarda ağız sağlığını ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini belirlemek için Türkçe geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan CPQ₈₋₁₀ ve POQL ölçekleriyle ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçülmesi amaçlanmıştır. Çocukların velilerine POQL ölçeğinin veli bildirimi uygulanarak, velilerin çocuklarının ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitelerini değerlendirilmiş ayrıca çocuk ve veli cevapları da karşılaştırılmıştır. Çocukların total DMFT/dmft değerleri kaydedilerek, yaşam kalitesi ölçekleriyle çürük deneyimi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarında disleksi tanılı çocukların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kaliteleri hem CPQ₈₋₁₀ hem POQL ölçekleri ile değerlendirildiğinde; sağlıklı kontrol grubu aynı yaş grubu çocuklar ile disleksi tanılı çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. CPQ₈₋₁₀ ölçeğinde kontrol grubunda sadece “Duygusal İyilik Hali” puanlarının disleksi tanılı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. POQL ölçeği sonuçlarında ölçek alt başlıklarından “Sosyal Etki” açısından disleksi tanılı gruba oranla kontrol grubundaki çocukların cevaplarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar verdiği görülmektedir.

Kontrol grubu çocuk ve velilerin POQL ölçeği değerlendirilmesinde; kontrol grubundaki çocukların ve velilerinin “fiziksel fonksiyon” puanları açısından, çocukların skorlarının velilerine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek değerler sergilediği bulunmuştur. “Rol fonksiyon” puanları açısından, çocukların skorlarının velilerin skorlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük değerler sergilediği görülmüştür. “Sosyal etki” puanları çocuklarda, velilerin cevabına göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür.

Disleksi tanılı çocuklar ve velilerinin POQL ölçeği sonuçlarında; çocukların cevap skorları “rol fonksiyon” ölçek alt başlığı puanlarının, bu gruptaki velilerin cevaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu yani yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer ölçek alt başlığı puanları açısından ise tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Kontrol grubundaki çocuklar ve disleksi tanılı çocukların DMFT/dmft değerlerine bakıldığında; sağlıklı grubun “DMFT” (Daimî dişler) indeks değeri 1,2; disleksi tanılı grubun ise 1,1 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. “dmft” (süt dişleri) indeks değerleri kontrol grubunda 4,9

olarak bulunmuşken, disleksi tanılı grupta 3,9 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

CPQ₈₋₁₀ ölçeği ile DMFT/dmft indeksi arasında korelasyon değerlendirildiğinde kontrol grubunda anlamlı bir ilişki görülmemişken; disleksi tanılı grupta “Oral Semptomlar”, “Duygusal İyilik Hali” ve total skorlar açısından dmft değerleri ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür. POQL ölçeği ile DMFT/dmft indeksi arasında korelasyon değerlendirildiğinde, disleksi tanılı grup çocuklarda; DMFT değerleri arttıkça “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür. dmft değerleri arttıkça “Fiziksel Fonksiyon” değerleri de artmıştır. Buna göre DMFT/dmft indeksi ile “Fiziksel Fonksiyon” alt başlık ölçek değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Ayrıca disleksi tanılı grup çocuklarda dmft değerleri arttıkça “Sosyal Etki” değerlerinin de arttığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmüştür.

Bu bulguların ışığında disleksi gibi öğrenme güçlüğü olan çocukların ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini farklı algılayabileceği ve bunların ölçülmesinin önemi, ayrıca çocuk ve veli beyanlarının bu tip ölçeklerle farklılıklarının incelenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi, CPQ₈₋₁₀, disleksi, POQL

SUMMARY

Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life in a Group of Children with Dyslexia

Dyslexia is a specific learning disability characterized by reading difficulties. In this study, CPQ₈₋₁₀ and POQL scales, which have proven validity and reliability in Turkish language, were used to determine oral health and oral health-related quality of life in 8-10 age group children with dyslexia in a special education center and healthy children in the same age group who came to the Ankara University Pediatric Dentistry Department. By applying the parent perception questionnaire of the POQL scale to the parents of the children, the quality of life of the children's oral health was evaluated and the answers of the children and the parents were also compared. The total DMFT/dmft values of the children were recorded and the relationship between quality of life scales and caries experience was examined.

In the results of the study, when the oral health-related quality of life of children with dyslexia was evaluated with both CPQ₈₋₁₀ and POQL scales; There was no statistically significant difference between the healthy control group and children of the same age group and children with dyslexia. In the CPQ₈₋₁₀ scale, only the "Emotional Well-being" scores in the control group were found to be statistically significantly higher than the dyslexia group. In the results of the POQL scale, it is seen that the answers of the children in the control group gave statistically significantly higher scores compared to the group with dyslexia in terms of "Social Impact" one of the sub-headings of the scale.

In the evaluation of the POQL scale of the control group children and their parents; In terms of "physical function" scores of the children in the control group and their parents, the scores of the children were found to be statistically significantly higher than those of their parents. In terms of "role function" scores, it was observed that the scores of the children were statistically significantly lower than the scores of the parents. "Social impact" scores were found to be significantly higher in children compared to the answers of the parents.

In the POQL scale results of children with dyslexia and their parents; children's response scores, "role function" scale subheading scores, were found to be statistically significantly lower than the answers of the parents in this group, that is, their quality of life was higher. There was no statistically significant difference between all groups in terms of other scale subtitle scores.

When the DMFT/dmft values of the children in the control group and children with dyslexia were examined; "DMFT" (Permanent teeth) index value of the healthy group was 1.2; The group diagnosed with dyslexia was found to be 1.1, and there was no statistically significant difference between them. While the "dmft" (deciduous

teeth) index values were found to be 4.9 in the control group, it was found as 3.9 in the dyslexia group, and there was no statistically significant difference between them.

When the correlation between the CPQ₈₋₁₀ scale and the DMFT/dmft index was evaluated, there was no significant correlation in the control group; Statistically significant correlation was observed with dmft values in terms of “Oral Symptoms”, “Emotional Well-being” and total scores in the dyslexia group. When the correlation between the POQL scale and the DMFT/dmft index was evaluated, in the children diagnosed with dyslexia; as DMFT values increased, “Physical Function” values also increased and a statistically significant correlation was observed between them. As dmft values increased, “Physical Function” values also increased. Accordingly, a statistically significant correlation was observed between the DMFT/dmft index and the "Physical Function" subtitle scale value. In addition, as the dmft values of the children diagnosed with dyslexia increased, the "Social Impact" values also increased, and a statistically significant correlation was observed between them.

According to these results, it was thought that children with learning disabilities such as dyslexia may perceive oral health-related quality of life differently and the importance of measuring these, as well as examining the differences in child and parent statements with these types of scales.

Key words: oral health related quality of life, CPQ₈₋₁₀, dyslexia, POQL

KAYNAKLAR

- Ağdemir, G. T. (2019). *Okul çağındaki otizmli çocuklarda ağız-diş sağlığı durumu ve uygulamalarının incelenmesi* (Yayımlanmamış Doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Türkiye.
- Ahmed, N., Astran, A., Skaug, N., Peterson, P. (2007). Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey. *Int Dent J*, 9(3),36-44.
- Akhtar, S. (2008). *The nature of developmental dyslexia*. (Yüksek Lisans Tezi). Long Island University, New York.
- Aktaş, N., Akal, N., Akın, Y., Moğulkoç, A. İ. (2018). Çocuklarda tedavi edilmemiş diş çürüklerinin PUFA indeksi ile değerlendirilmesi. *Acta odontol Turc* (The official journal of Gazi University Faculty of Dentistry), 35(1),23-8.
- Akyıldız, B., Sönmez, I. (2019). Sedasyon veya Genel Anestezi Altında Yapılan Dental Tedavilerin Çocuk Hastaların Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri*. (1), 77-82.
- Al Shamrany, M. (2006). Oral Health-Related Quality Of Life: A Broader Perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(6), 894-901.
- Al-azzawi, S. (2020). *Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan çocuklara yönelik ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçekleri ve kullanım alanları: Sistematik Derleme*. (Bitirme Tezi) T.C. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Albites, U., Abanto, J., Bönecker, M., Paiva, S. M., Aguilar-Gálvez, D., Castillo, J. L. (2014). Parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life (P-CPQ): Psychometric properties for the peruvian spanish language. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* vol. (19), 3, 220-4.
- AlJameel, A., AlKawari, H. (2021). Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) of Children with Down Syndrome and Their Families: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)*, 8(11), 954.
- Allen, P. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 40.
- Allison, P., Locker, D., Feine, J. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med*, 45(2), 221-230.
- Almaz, M., Sönmez, I., Oba, A., Alp, S. (2014). Assessing changes in oral health-related quality of life following dental rehabilitation under general anesthesia. *J Clin Pediatr Dent.*, 38(3), 263-7.
- Altun, C., Güven, G., Başak, F., Akbulut, E. (2005). Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi . *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 114-118.
- Alvarez, J., Eguren, J., Caceda, J., Navia, J. (1990). The effect of nutritional status on the age distribution of dental caries in the primary teeth. *J Dent Res*, 69(9), 1564-6.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. (Çev. E. Köroğlu). A. P. Birliği. Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Antunes, J., Peres, M., de Campos Mello, T., Waldman, E. (2006). Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 146-52.

- Asfuroğlu, B., Fidan, S. (2016). Özgül öğrenme güçlüğü [Specific learning disorders]. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 49-54.
- Aşıcı, N., Doğan, C., Odabaş, M. E., Alaçam, A. (2003). Zihinsel engelli çocuklarda diş erozyonu ve DMFT değerlendirilmesi-Pilot çalışma. *Gazi Üniv Diş Hek Fak Derg*, 20(2), 15-20.
- Avşar, H., Çankaya, Ö. (2021). Çocuklardaki disleksi sorununun iletişim açısından analizi: ilkokul çağındaki dislektik çocukların iletişim problemleri. *İstanbul Aydın Üniv Sosyal Bilimler Derg*, 13(1), 59-86.
- Aydinoglu, S., Arslan, I., Karan, N. B., Dogan, T. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Int Journal of Paediatric Dent*, 31(5), 565-575.
- Aydoğan, C., Kazancı, F. (2015). Erken adölesan (11-14 yaş) dönemindeki çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılabilecek ölçekler. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg*, 25(3), 408-414.
- Aydoğan, C., Yılmaz, A., Alagöz, A., Sadıkgade, D. (2018). Child perceptions questionnaire 11-14 in Turkish language in an orthodontic patient sample. *Eur Oral Res.*, 52(1), 43-9.
- Balcı, E. (2017). Disleksi hakkında gerçekler: Disleksi nedir ve ne değildir? *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 1-17.
- Balcı, E. (2019). İlkokul ve ortaokulda disleksi riski taşıyan öğrencilerin oranı ve bazı karakteristik özellikleri. *Milli Eğitim*, 48(1), 717-736.
- Ballıkaya, E. (2015). *Ağız solunumu olan çocuklarda ağız diş sağlığı durumunun belirlenmesi* (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara.
- Basir, L., Hashemi, E., Khataminia, M., Ansarifar, S. (2018). Evaluation of Correlation between dmft Index and Social Factors in 3-6 years Old Children of Ahvaz Kindergartens. *Jundishapur Scientific Med Journal*. Suppl:17-26.
- Bayram, S. (2015). *Çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ve kullanım alanları* (Bitirme tezi) İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Baysan, F. D. (2020). *Çocuklarda obezitenin ağız kokusu ve ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bedos, C., Brodeur, J., Arpin, S., Nicolau, B. (2005). Dental caries experience: a two-generation study. *J Dent Res*, 84(10), 931-6.
- Behlol, M., Dad, H. (2012). Concept of learning. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 231-9.
- Bekes, K., John, M., Zyriax, R., Schaller, H.-G., Hirsch, C. (2012). The German version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ-G11-14): Translation process, reliability, and validity in the general population. *Clin Oral Investig*. 25, 1433-1439.
- Bekiroğlu, N., Bakkal, M., Özbay, G., Karadeniz, P., Kargul, B. (2017). Validity and reliability of Child Perception Questionnaire (CPQ11-14) by Rasch Analysis in Turkish children. *Pediatric Dent J*, 27, 14-20.
- Bektaş, Ö. (2019). *Kronik böbrek hastalığı olan çocuklarda ağız diş sağlığı durumunun değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bennett, C. (2021). Dyslexia and dentistry. *BDJ Team*, 8, 11-13.

- Beşiroğlu, E., Lütfioğlu, M. (2018). Ağız Diş Sağlığının Yaşam Kalitesine Etkisi ve Yaygın Değerlendirme Yöntemleri. *Uluslararası Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi / Journal of International Dental Sciences*, 2, 81-89.
- Bingöl, A. (2003). Ankara'daki ilkokul 2. ve 4. sınıf öğrencilerinde gelişimsel disleksi oranı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(2), 67-82.
- Bodrumlu, E. H., Demiriz, L. (2018). Astım hastası çocukların sosyodemografik özellikleri ve ağız diş sağlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 40-45.
- Botti Rodrigues dos Santos, M.T., Masiero, D., Novo, N.F., Simionato, M.R. (2003). Oral conditions in children with cerebral palsy. *Journal of dentistry for children*, 70(1), 40-46.
- Brennan, D., Spencer, A. (2004). Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 35.
- Broder, H. (2007). Children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 35(1), 5-7.
- Broder, H., Wilson, G. M., L., S. (2012). Reliability And Validity Testing For The Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent*, 72(4), 302-12.
- Broder, H., Wilson, Genderson, M. (2007). Reliability and convergent and discriminant validity of the child oral health impact profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol.*, 1, 20-31.
- Bulut, G., Pekpinarlı, B., Gerihan, H. E., Ersin, N., Ertuğrul, F., Yetkiner, E., Bulut, H. (2021). İzmir İlinde Okul Öncesi Çocuklarda Çürük ve Maloklüzyonun Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri. Dishekimliği Bilimleri Dergisi*, 27(2), 224-232.
- Burt, B., Baelum, V., Fejerskov, O. (2008). The epidemiology of dental caries. In: Kidd FE, editor. Dental Caries. The disease and its clinical management 2 bs.
- Can, S., Ak, A., Eden, E. (2009). Yabancı dilde hazırlanmış bir ölçeğin türkçe'ye uyarlanması: çocuklarda oral sağlığın günlük yaşama etkisi. Turkish Adaptation of an Index in Foreign Language: Child Oral Impact on Daily Performance. *EÜ Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 30(2), 97-103.
- Casanova-Rosado, A., Medina-Solis, C., Casanova-Rosado, J., Valleyos-Sanchez, A., Maupomé, G., Avalor Burgos, L. (2008). Dental caries and associate factors in Mexican schoolchildren aged 6-13 years. *Acta Odontol Scand.* 63(4), 245-51.
- Ceylan, S. S., Çetinkaya, B., Karabudak Sarıkaya, S., Becit, N. (2018). Beta-Talasemili çocuklarda ve adölesanlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 8(1), 15-22.
- Chin, J. R. (2015). Dental caries in the child and adolescent. In McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent: Tenth Edition, 155-176. Elsevier Inc.
- Cohen, L., Jago, J. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv.*, 6(4), 681-98.
- Cunningham, S., Hunt, N. (2001). Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.*, 28(2), 152-8.

- Cunnion, D., 3rd, S. A., Jones, J., Rich, S., Papageorgiou, C., Tate, A., Garcia, R. (2010). Pediatric Oral Health-related quality of Life Improvement after Treatment of Early Childhood Caries: A Prospective Multisite Study. *Journal of Dentistry for Children*, 77(1), 4-11.
- Çalık Yılmaz, B. (2020). *Astımlı çocuklarda orofasiyal disfonksiyonların tespiti ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Doktora tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Çalık Yılmaz, B., Alaçam, A. (2020). Çocuk Algı Ölçeğinin (CPQ₈₋₁₀) türkçe çevirisinin pedodonti kliniğinde geçerliğinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* , 30(2), 282-289.
- Çolak, H., Dülgergil, Ç. T., Serdaroğlu, İ. (2010). Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 63-89.
- Davis, P. (1976). Compliance structures and the delivery of health care: the case of dentistry. *Social Science & Medicine*. 10(6), 329-37.
- de Paula, J. S., Sarracini, K. L., Meneghim, M. C., Pereira, A. C., Ortega, E. M., Martins, N. S., Mialhe, F. L. (2015). Longitudinal evaluation of the impact of dental caries treatment on oral health-related quality of life among schoolchildren. *European journal of oral sciences*, 123(3), 173-178.
- Delilbaşı, A. E. (2013). Onkolojik tedavi gören çocuklarda ağız ve diş sağlığı. *Acta Odontologica Turcica*, 30(1), 39-43.
- Diken, İ. (2012). Özel eğitime gereksinimli olan öğrenciler ve özel eğitim. *Pegem Akademi*. Ankara.
- Doğan, Y., Doğan, A., Burhanettin, A., Balkaya, H., Dündar, M., Erdal, M., Öztürk, A. (2021). İlköğretim birinci sınıf öğrencilerinde ağız ve diş sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 31-40.
- Dolan, T. (1993). Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dentist*. 13(1), 35-9.
- Dülgergil, C., Hamidi, M., Dalli, M., Ercan, E., Türkoğlu, Ö. (2015). İlköğretim okullarında standart bir koruyucu yöntem olarak fırça ile flor jel uygulamasının değerlendirilmesi: dört yıllık alan çalışması sonuçları. *Cumhuriyet Dent J*. 18(1), 37-46.
- Durhan, Ö. Ü., Özsalih, D. S., Özalp, D. M., Ağralı, Ö. Ü., Yılmaz, Ö. Ü. (2020). Çocuklarda bilişsel seviye ve ağız diş sağlığı: Bir pilot çalışma. The intelligence profile. *Yeditepe J Dent*. 16(2): 176-179. doi: 10.5505/yeditepe.2020.47568.
- Dülgergil, Ç., Soyman, M., Civelek, A., Okur Ercan, M. (2006). Güneydoğu anadolu kırsalında yaşayan çocuklarda değişik koruyucu uygulamaların değerlendirilmesi: 24 aylık saha çalışması sonuçları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hek Fak Derg*, 2006(2), 26-32.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Tanı Sınıflandırması*.
- Dünya Sağlık Örgütü (2014). *Basic document Geneva, Switzerland*. 48th edition.
- Eğri, M., Kayaoğlu, A., Önder, Y., Çıtıl, R. (2015). Tokat il merkezindeki İlköğretim 12 yaş öğrencilerde DMFT indeksi ve ilişkili faktörler. *Journal Of Gaziosmanpasa University Faculty of Medicine*, 7(3), 198-207.
- Eiser C (1997) Children's quality of life measures. *Arch Dis Child*. 77, 350-354.

- Eiser C, Mohay H, Morse R (2000) The measurement of quality of life in young children. *Child Care Health Dev.* 26, 401-414.
- Eiser C, Morse R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res*, 10, 347-57.
- Eiser C., Cotter I., Oades P (1999) Health-related quality of life measures for children. *Int J Cancer* 12, 87-90.
- Ekşi Özsoy, H., Tuncer, E. B. (2021). Tam Dişsiz Hastalarda Farklı Restorasyon Tiplerinin Ağız Sağlığına İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *JAMER* , 6(1), 18-230.
- Erman, O. (1997). *Öğrenme Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği Aşırı hareketlilik Bozukluğu olgularının nörofizyolojik ve nöropsikolojik yöntemlerle incelenmesi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara.
- Erman, Ö. (2002). Disleksi. *Çocuk Dergisi*, 17, 8-10.
- Eskandarian, T., Joshan, M. (2005). Evaluation of the DMFT index and its relationship to some factors consisting the consumption of iron supplementary drugs in 2-5 years old Kindergarten children in Shiraz. *Journal of Dentistry*, 6(3, 4), 1-9.
- Evans, D., Burns, J., Robinson, W., Garret, O. (1985). The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 305-322.
- Farsi, N. J., Farsi, D. J., Aldajani, M. B., Farsi, N. M., El-Housseiny, A. A. (2021). Sustainability of improvement in oral health-related quality of life in children after dental treatment. *Patient preference and adherence*. 15, 271-281.
- FDI (2016). FDI policy statement on oral health and quality of life: Adopted by the FDI General Assembly. *Int Dent J*, s. 11-2.
- Filstrup, S., Briskie, D., Da Fonseca, M., Lawrence, L., Wandera, A., Inglehart, M. (2003). Early Childhood Caries and Quality of Life: Child And Parent Perspectives. *Pediatr Dent*, 25(5):431-40.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. . *BMJ*, 31;305(6861), 1074-1077.
- Friedlander, A., Friedlander, I., Yagiela, J., Eth, S. (1994). Dental management of the child with developmental dyslexia. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 61(1), 39-45.
- Gadbury-Amyot, C. C., Simmer-Beck, M. L., Scott, J. M. (2018). Implementing the Pediatric Oral Quality of Life (POQL) instrument in clinical practice: Early results. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 52(2), 122-131.
- Gao, X., Hsu, C., Xu, Y., Loh, T., Koh, D., Hwang, H. (2010). Behavioral pathways explaining oral health disparity in children. *J Dent Res*, 89(9), 985-990.
- Gediz, M., Yetkiner, E., Ersin, N. (2019). Çocuk diş hekimliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri "ortodonti". *Ertuğrul F, editör. Çocuk Diş Hekimliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri. Türkiye Klinikleri*, s. (1):27-34.
- Gerritsen, A., Allen, P., Witter, D., Bronkhorst, E., Creugers, N. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*, 8(1), 1-11.

- Gherunpong, S., Tsakos, G., Sheiham, A. (2004). *Developing And Evaluating An Oral Health-Related Quality Of Life Index For Children; The CHILD-OIDP*. *Community Dent Health*, s. 20-31.
- Gift, H., Redford, M. (1992). Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med*. 8(3):673-684.
- Gilchrist, F., Rodd, H., Deery, C., Marshman, Z. (2014). Assessment of The Quality Of Measures of Child Oral Health-Related Quality of Life. *BMC Oral Health*, 14, 40.
- Glendor, U., Marcenes, W., Andreasen, J. (2007). Classification, Epidemiology and Etiology. In: *Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, editors. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. Copenhagen, Denmark: Blackwell*, 217-54.
- Glick, M., Meyer, D. (2014). Defining oral health: a prerequisite for any health policy. *J Am Dent Assoc*, 145(6), 519-520.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. The qualitative report. 8(4), 597-606.
- Göktürk, Ö., Yarkaç Uçan, F. (2019). Gebelikte Ağız Sağlığıyla İlişkili Yaşam Kalitesinin Periodontal Durumla İlişkisi. *Türkiye Klinikleri. Dishekimligi Bilimleri Derg*, 25(1), 34-42.
- Görgün Baran, A. (2008). Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 86-97.
- Görgün, B., Melekoğlu, M. (2019). Türkiye’de Özel Öğrenme Güçlüğü Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, 9(1), 83-106.
- Greenham, S. (1999). Learning Disabilities and Psychosocial Adjustment: A Critical Review. *Child Neuropsychology*, 5(3):171-196.
- Griffen, A. (2005). Periodontal problems in children and adolescents. *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence. 4thed. St. Louis: Elsevier Saunders*, 417.
- Guyatt, G., Feeny, D., Patrick, D. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-9.
- Güler, Ç., Eltas, A., Güneş, D., Görgen, V. A., Ersöz, M. (2012). Malatya ilindeki 7-14 yaş arası çocukların ağız-diş sağlığının değerlendirilmesi. *İnönü Üniv Sağlık Bilimleri Derg*. 1(2):19-24.
- Günay Aksoy, Ş. (2019). Yaşam Boyu Özgül Öğrenme Güçlüğü / Specific Learning Disorder -A Life Long Difficulty. *İKSSTD*, 11(Ek Sayı):34-9.
- Gürcan, A. T., Koruyucu, M., Bayram, M., Seymen, F. (2021). Erken çocukluk döneminde travmatik diş yaralanmalarının, maloklüzyonların ve diş çürüğünün ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Selcuk Dental J*, 8(2): 467-476.
- Gürleyen, E., Peker, K., Ak, G. (2018) Rekürrent aftöz stomatitli hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *7tepe Klinik Derg*, 14(3), 91-96.
- Güvendi, Ö. (2019). 3-13 yaş grubu çocuklarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesine etki eden faktörlerin incelenmesi. (Uzmanlık Tezi) Sivas Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği ABD, Türkiye.
- Harding, L. (2001) Children's quality of life assessment: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clin Psychol Psychother* 8:79-96.

- Hata, M. (2016). *Orak hücre anemisi olan çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye.
- Hatch, J., Rugh, J., Clark, G., Keeling, S., Tiner, B., Bays, R. (1998). Health-related quality of life following orthognatic surgery. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg*, 13(1), 67-77
- Hecker, D., Wiens, J., Cowper, T., Eckert, S., Gitto, C., Jacob, R., Wiens, R. (2002). Can we assess quality of life in patients with head and neck cancer? A preliminary report from the American Academy of Maxillofacial Prosthetics. *J Prosthet Dent*, 88(3), 344-351.
- Hernández F, A. D. (2015). Oral Health Related Quality of Life. emerging trends in oral health sciences and dentistry: Mandeep Singh Virdi, IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/59262>
- Hernandez, M., Dutzan, N., Garcia-Sesnich, J. Abusleme L, Dezerega A, Silva N, González FE, Vernal R, Sorsa T, Gamonal J. (2011). Host-pathogen interactions in progressive chronic periodontitis. *J Dent Res*. 90(10), 1164-70.
- Hotz, P. (2006). Diş Çürüğünün Önlenmesi. *Operatif Diş Hekimliğinde Gelişmeler*, N. H. F. Wilson, J. F. Roulet, M. Fuzzi (Eds.), (Ş. Türkün ve M. Türkün, Çev.), 2, 19-27.
- Huang, Y., He, M., Li, A., Lin, Y., Zhang, X., Wu, K. (2020). Personality, Behavior Characteristics, and Life Quality Impact of Children with Dyslexia. *Int J Environ Res Public Health*, 17(4):1415.
- Hung, H., Ngoc, V., Vu Thi, H., Chu, D. (2021). Early childhood caries in obese children: the status and associated factors in the suburban areas in Hanoi, Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*, s. 22;18(16):8844. doi: 10.3390/ijerph18168844. PMID: 34444591; PMCID: PMC8394207.
- Huntington, N., Spetter, D., Jones, J., Rich, S., Garcia, R., Spiro, A. (2011). Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*, 71(3), 185-193.
- IDA (2015). Testing and evaluation: <http://www.interdys.org> adresinden alındı.
- Inglehart, M. R., Bagramian, R. (Eds.). (2002). Oral health-related quality of life. *Quintessence Pub*.
- Ishak, A. M. (2019). *Oral Health Quality of Life in Children with Cerebral Palsy: Parental Perception* (Doktora Tezi) Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- John, M., Hujoel, P., Miglioretti, D., LeResche, L., Koepsell, T., Micheelis, W. (2004). Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, 83(12), 956-960.
- Jokovic, A., Locker, D., Guyatt, G. (2006). Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes*. 4(4), 1-9.
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenney, D., Tompson, B., Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, 81, 459-63.
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., Guyatt, G. (2003). Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *Journal of public health dentistry*, 63(2), 67-72.
- Jokovic, A., Locker, D., Tompson, B., Guyatt, G. (2004). Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to ten-year-old children. *Pediatric Dentistry*, 26(6), 512-8.

- Karabekiroğlu, S., Öncü, E., Kaplanoğlu, K., Ünlü, N. (2015). Okul çağındaki çocuklarda diş hekimi ziyaret sıklığının çürük deneyimi ve ağız sağlığı faktörleri üzerine etkisi. *Selcuk Dental Journal*, 2(2), 58-64.
- Karande, S., Venkataraman, R. (2012). Self-perceived health-related quality of life of Indian children with specific learning disability. *Journal of postgraduate medicine*, 58(4), 246.
- Karande, S., Venkataraman, R. (2013). Impact of co-morbid attention-deficit/hyperactivity disorder on self-perceived health-related quality-of-life of children with specific learning disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(1), 52.
- Khodadadi, E., Khafri, S. (2013). Epidemiological evaluation of DMFT of first permanent molar in 12 year old students of Babol city; Iran. 2011-2012.
- Kuter, B., Kanmaz, B. (2021). The effect of attention deficit hyperactivity disorder on children brushing habits, plaque index, and caries indices in children. *Int Dent Res*, 11(2), 109-13.
- Larsen, C., Kelley, M. (1991). Dental Caries Evidence for Dietary Change: An Archeological Context. *Advances in Dental Anthropology*, M. A. Kelley and C. S. Larsen (Eds.) New York:Wiley-Liss, s.179-202.
- Leal, S., Bronkhorst, E., Fan, M., Frencken, J. (2012). Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res.*, 46(2), 102-6.
- Locker, D. (1977). Measuring Oral Health: a conceptual framework. *Community Dent Health*, 3-18.
- Locker, D. (1988). Measuring Oral Health: a conceptual framework. *Community Dent Health*.
- Locker, D. (1998). Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community dentistry and oral epidemiology*, 26(1), 41-47.
- Locker, D. (2007). Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35, 348-356.
- Locker, D., Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35(6), 401-411.
- Locker, D., Jokovic, A., Stephens, M., Kenny, D., Thomson, B., Guyatt, G. (2002). Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*, 30(6), 438-448.
- Maiya A, Shetty YR, Rai K, Padmanabhan V, Hegde AM. (2015). Use of different oral hygiene strategies in children with cerebral palsy: A comparative study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 5(5), 389.
- Martins-Júnior, P., Oliveira, M., Marques, L., Ramos-Jorge, M. (2012). Untreated dental caries: impact on quality of life of children of low socioeconomic status. *Pediatr Dent*, 34(3), 49-52.
- Mattila, M., Rautava, P., Aromaa, M. (2005). Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Res*, 39(2), 85-91.
- McDonald RE, Avery DR. (2010). McDonald And Avery's Dentistry For the Child And Adolescent.
- Melekoğlu, M. (2017). Özel öğrenme güçlüğüne giriş [Introduction to specific learning disabilities]. MA Melekoğlu ve O Çakıroğlu (Editörler), Özel öğrenme güçlüğü olan çocuklar, 3. baskı [Children with specific learning disabilities]. Ankara: Vize Yayıncılık.

- Miloğlu, Ö., Çağlayan, F., Kazancı, F., Altun, O., Kaya, M. (2009). The examination of relationship between orthodontic treatment need and quality of life in turkish children. *Türk çocuklarında ortodontik tedavi ihtiyacı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniv. Dış Hek. Fak. Derg.* 19(1), 8-13.
- Morales-Chávez, M. (2017). Oral health assessment of a group of children with autism disorder. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 41(2), 147-149.
- Morton, R. (1995). Evaluation of quality of life assessment in head and neck cancer. *The Journal of Laryngology & Otology*, 109(11), 1029-1035.
- Mota-Veloso, I., Soares, M. E., Alencar, B. M., Marques, L. S., Ramos-Jorge, M. L., Ramos-Jorge, J. (2016). Impact of untreated dental caries and its clinical consequences on the oral health-related quality of life of schoolchildren aged 8–10 years. *Quality of Life Research*, 25(1), 193-199.
- Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., Hanada, N. (2006). Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci.* 48(1):1-7.
- Namal, N., Ertem Vehid, N., Vehid, S., Can, G. (2009). Altı-On İki Yaş Grubu Çocukların Dış Sağlığını Etkileyen Anneye Ait Faktörlerin Araştırılması. *Çocuk Dergisi* , 9(3):123-126.
- National Institute of Health. (2000). Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 7 (NIH publication 00-4713).
- Özgül Öğrenme Güçlüğü. (2021). ozek2021.aydin.edu.tr: <https://ozek2021.aydin.edu.tr/ozgul-ogrenme-guclugu/> adresinden alındı
- Özkardeş, O. (2013). Türkiye’de özel öğrenme güçlüğüne ilişkin yapılan araştırmaların betimsel analizi. *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 30(2).
- Özşin Özler, C. (2019). *Herhangi bir nedenle dış hekimine başvuran seçilmiş bir grup 5-6 yaş çocuklarda ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bunun dış çürüğü ile olası ilişkisinin incelenmesi.* (Epidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztunç, H., Haytaç, M. C., Özmeriç, N., Uzel, İ. (2000). Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-dış sağlığı durumlarının değerlendirilmesi (Adana DSI İlköğretim Okulu, 1999). *Gazi Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1-6.
- Öztürk, A., Sönmez, B. (2016). Güneydoğu Anadolu Kırsalında Yaşayan Çocuklarda Ağız ve Dış Sağlığı Değerlendirilmesi: Kesitsel Saha Çalışması Sonuçları. *Konuralp Tıp Dergisi*. 8(3), 195-201.
- Öztürk, M. (2020). *Okul çağındaki serebral palsili ergenlerde fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde ergen, ebeveyn ve fizyoterapist arasındaki uyumun incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pahel, B., Rozier, R., Slade, G. (2007). Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, 5, 6.
- Paster, BJ (2006). The breadth of bacterial diversity in the human periodontal pocket and other oral sites. *Periodontol* 2000. 42, 80-7.

- Patrick, J., da Fonseca, M., Kaste, L., Fadavi, S., Shah, N., Sroussi, H. (2016). Oral Health-related quality of life in pediatric patients with cystic fibrosis. . *Spec Care Dentist* , 36(4), 187-93. doi: 10.1111/scd.12162. Epub 2016 Jan 13. PMID: 26763465.
- Peker, K., Bermek, G. (2013). Erken Dönem Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesinde Risk Değerlendirmesinin Önemi. *Atatürk Üni. Diş Hek. Fak. Dergi*, 23(1), 106-115.
- Peker, K., Uysal, Ö., Bermek, G. (2011). Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes*, 9(1), 1-11.
- Petersen, P. (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO global health programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 31, 3-24.
- Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed MJ ve ark. (2004) Kidscreen group. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescent: a qualitative analysis of content. *J Adolesc Health*, 34(1), 37-45.
- Randall, C., Wallace, E., Heaton, L., Christiansen, M., Kim, A., Seminario, A., CM., M. (2021). Longitudinal Analysis of Children's Oral Health-Related Quality of Life After Restorative Dental Treatment. *Pediatr Dent.*, 43(3):223-229. PMID: 34172117.
- Rebok G, Riley A, Forrest C ve ark. (2001) Elementary school-aged childrens reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res*, 10(1), 59-70.
- Reisine, S., Fertig, J., Weber, J., Leder, S. (1989). Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*, 17(1), 7-10.
- Relwani, A. S., Bhatt, R., Patel, M. (2016). Impact of Dental Health Education on “Specific Learning Needs” Children. *Int J Clin Pediatr Dent*, 9(1):31-34.
- Sajadi, F., Mosharafian, S., Torabi, M., Hajmohamadi, S. (2014). Evaluation of DMFT index and Significant Caries Index in 12-year-old students in Sirjan, Kerman. *10(4)*, 298-290.
- Sakaryali, D., Bani, M., Cinar, C., Alacam, A. (2019). Evaluation of the impact of early childhood caries, traumatic dental injury, and malocclusion on oral health-Related quality of life for Turkish preschool children and families. *Niger J Clin Pract.* 22(6), 817.
- Salman, U., Özdemir, S., Salman, A., Özdemir, F. (2016). Öğrenme güçlüğü "Disleksi". *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2(2):170-6.
- Sawyer MG, Reynould KE, Couper JJ ve ark. (2004) Health-Related Quality of Life of children and adolescent with chronic illness- A two year prospective study. *Qual Life Res*, 13:1309-1319.
- Scarpelli, A., Oliveira, B., Tesch, F., Leão, A., Pordeus, I., Paiva, S. (2011, Jun 13). Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health*, 11(1), 19.
- Shabani, L. F., Begzati, A., Dragidella, F., Hoxha, V. H., Cakolli, V. H., Bruçi, B. (2015). The correlation between DMFT and OHI-S index among 10-15 years old children in Kosova. *International Journal of Dentistry and Oral Health*, 5, 2002-2005.
- Shaywitz, B., Shaywitz, S. (1989). Learning disabilities and attention disorders. In: *Swaiman KF (Ed.). Pediatric Neurology, Principles and Prattice*. St.Louis: The C.V.Mosby Company, 857-894.

- Shetty, P. (2012). Speech and language delay in children: a review and the role of a pediatric dentist. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 30(2):103-8.
- Sischo, L., Broder, H. (2011). Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How and Future Implications. *J Dent Res*, 90(11), 1264-1270.
- Skeie, M., Riordan, P., Klock, K., Espelid, I. (2006). Parental risk attitudes and caries related behaviours among immigrant and Western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34(2), 103-113.
- Slade, G. (2002). Assessment of Oral Health Related Quality of Life. *Quintessence Publishing*.
- Smyth, E., Caamano, F. (2005). Factors related to dental health in 12-year-old children; a cross-sectional study in pupils. *Gac Sanid*, 19(2), 113-9.
- Soylu, B. (2019). *Mevsimsel tarım işçilerinde ağız ve diş sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin, dental korku ve kaygı düzeylerinin ve genel ağız sağlığı durumlarının değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Erciyes Üniversitesi Periodontoloji ABD, Kayseri.
- Sönmez, S., Top, M. (2015). Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 189-217.
- Steele, M., Steele, R., Varni, J. (2009). Reliability And Validity Of The Pedsqltm Oral Health Scale: Measuring The Relationship Between Child Oral Health And Health-Related Quality of Life. *Child Health Care*, 38(3), 228-244.
- Şen Tekin, Ş. (2019). *Down sendromlu ve normal gelişimli çocuklarda aktivite katılım ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Denizli, Türkiye.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023, Yayın No:942.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırma Raporu. 331-332.
- Talekar, B., Rozier, R., Slade, G. (2004). Development of an OHRQoL 9 instrument for preschool children. *J Dent Res*, 83(Special Issue A): 686.
- Testa, M., Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- The WHOQoL Group (1988). The world health organization quality of life assessment (Whoqol): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46(12), 1569-85.
- The WHOQoL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409.
- Theunissen, N., Vogels, T., Koopman, H. e. (1998). *The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research*. *Qual Life Res.*, 7(5), 387-97.
- Tsakos, G., Blair, Y., Yusuf, H. W., Watt, R., Macpherson, L. (2012). *Developing A New Self-Reported Scale of Oral Health Outcomes For 5- Year-Old Children (SOHO-5)*. *Health Qual Life Outcomes*, 10(1), 62.
- Turner, M. (2008). Psychological assessment of dyslexia. *ABD: John Wiley & Sons*.

- Ulu Güzel, K., Daloğlu, M., Sönmez, I. (2018). Evaluation of changes in quality of life after dental treatment in children - çocuklarda diş çürüğü tedavisi sonrası yaşam kalitesindeki değişimlerin değerlendirilmesi. *Meandros Med Dent J*, 19, 283-8.
- Upton, P., Lawford, J., Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*, 17(6), 895–913.
- US Department of Education (2016). 38th annual report to congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act. Washington DC.
- Verrips, G., Vogels, A., Den Ouden, A., Paneth, N., Verloove-Vanhorick SP. (2000). Measuring health-related quality of life in adolescents: agreement between raters and between methods of administration. *Child Care Health Dev.*, 26(6), 457–69.
- Wallander JL, Schmitt M, Koot HM (2001) Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *J Clin Psychol*, 57:571-585.
- Weraarchakul, W., Weraarchakul, W. (2017). Dental caries in children with cleft lip and palate. *J Med Assoc Thai*, 100(6), 131-5.
- WHO. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2, 153–9.
- WHO. (1997). Oral Health Surveys-Basic Methods. (4th Edition).
- Wigen, T., Skaret, E., Wang, N. (2009). Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Int J Paediat Dent*, 19(6), 431– 437.
- Wood-Dauphine, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. *J Clin Epidemiol*, 52(4), 355-363.
- Yalçın, H. (2015). *B-talasemi majör hastası çocuk ve adölesanlarda ağız-diş sağlığının ve kraniyo-fasiyal yapıların klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik olarak değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti ABD, Türkiye.
- Yaran, A., Egil, E. (2021). Çocuklarda ve Adölesanlarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (13), 121-129.
- Yazıcıoğlu, İ. (2013). *Çukurova bölgesinde yaşayan pediatrik hemofili ve Von Willebrand hastalarında ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerindeki etkileri*. (Doktora tezi) T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Pedodonti Anabilim Dalı. Adana, Türkiye.
- Yazıcıoğlu, İ., Jones, J., Doğan, C., Rich, S., Garcia, R. (2018). Validity and reliability of a turkish pediatric oral health related quality of life measure. *Eur Oral Res*, 52(1), 27-35.
- Yıldırım, G., Erol, F. Güven Çelik, M. (2017). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve kullanılan ölçekler. *Aydın Dental Journal*, 3(1), 65-73
- Yıldız, E., Şimşek, M., Gündoğar, Z., Aktan, A. (2015). Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep. *Gaziantep Medical Journal*, 21(2), 118-24.
- Zou, L., Zhu, K., Jiang, Q., Xiao, P., Wu, X., Zhu, B., Song, R. (2022). Quality of life in Chinese children with developmental dyslexia: a cross-sectional study, *BMJ Open*, 12(1)

EKLER

EK-1 Etik Kurul Kararı

	T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ Dış Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Konu : Etik Kurul Hk. Sayı : 36290600/ 40/2021		28.04.2021
Sayın Prof. Dr. Nurhan ÖZALP Ankara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi		
Prof. Dr. Nurhan ÖZALP tarafından gönderilen "Bir Grup Disleksi Tanılı Çocukta Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlenmesi" konulu çalışma, Etik Kurulumuz tarafından incelenmiş ve araştırma etiği açısından uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.		
Eki: 3 sayfa		Prof. Dr. Murat AKKAYA Ankara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-2 Özel Eğitim Merkezinden Alınan İzin Belgesi

ANKARA ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Kurumumuzda bulunan 08-10 yaş grubu Disleksi tanısı almış çocuklarımız ile **Dt Merve KAPAR** tarafından yapılması planlanan test çalışması tarafımızca uygun görülmüştür. Çalışmaya onay veren velilerin çocukları ile belirlenen ders programına göre çalışma saatleri ayarlanacaktır.

Saygılarımla.

**ŞENAY GINALIĞÖRİŞ
KURUCU MÜDÜR**

EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Çocuk Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ÇOCUK ONAM FORMU

Sevgili,

Ben diş doktoru Merve Kapar. Dişlerindeki çürükler ve seni rahatsız eden dişlerinle ilgili araştırma yapıyorum. Amacım senin ve velinin diş sağlığı hakkında neler bilip bilmediğini, dişlerindeki sorunları fark edip edemediğini, bunun hayatını nasıl etkilediğini öğrenmek. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğim. Bu araştırmaya katılmanı öneriyorum.

Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen şu anda dişlerine kısaca bir bakıp, sana sorular soracağım. Anlamadığın soruları açıklayacağım. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Tamamen senin fikirlerini alacağım.

Bu araştırmanın sonuçları senin gibi olan ve günlük hayatı etkilenen çocuklara yararlı bilgiler sağlayacak ve bu sayede başka çocuklara ve ileride sana daha iyi bir ağız sağlığı ve kaliteli bir yaşam sağlamaya yardımcı olacağım. Ailelerinizi bu konuda daha iyi bilgilendirebileceğim. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğim, sonuçları bildireceğim ama senin adını söylemeyeceğim.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce ailen ile konuşup onlara danışacağız. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağım. Ailenden bir kişiye de benzer sorular soracağım. Ailen tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da ben muayeneni istersen yapıp sana ve ailene dişlerinle ilgili bilgi verebilirim.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim aşağıda yazıyor.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lştfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının Adı-Soyadı, Őnvan: Dt. Merve Kapar

Adres: Ankara Őniversitesi Diş Hekimliği Fakşltesi Çocuk Diş Hekimliği
Anabilim Dalı

Tel: 0312 296 5670

İmza:

EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dt. Merve Kapar'ın, velisi bulunduğum bireyin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirileceği anketin ve diş muayenesinin yapılmasına izin veriyorum. Ayrıca kendime de bu anketin yapılmasını kabul ediyorum.

Muayene sırasında elde edilecek bilgilerin bilimin gelişmesine yönelik araştırmalar amacıyla başka bilimsel kurumlarla paylaşılmasına veya eğitim için kullanılmasına etik ilkeleri ve Hasta Hakları Yönetmeliğine (RG:01.08.1998/23420) uygun olmak koşuluyla izin veriyorum.

Çocuğunuzun ve sizin, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık öğrencisi Dt. Merve Kapar tarafından yürütülmekte olan "Bir Özel Eğitim Merkezinde Disleksi Tanısı Alan 8-10 yaş grubu Çocuklarda Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlenmesi" konulu araştırmaya katılması istenmektedir.

Bu araştırma disleksi tanısı almış, başka bir ek hastalığı olmayan, 8-10 yaş grubu ve herhangi bir tanısı bulunmayan aynı yaş grubu çocuklar üzerinde yürütülecek, çocuk algı ölçeği anketleri uygulanacaktır. Ayrıca sizi ve çocuğunuzu bilgilendirmek amacıyla gün ışığında gözle ağız içi muayenesi sonucu çocuğunuzun çürük riski belirlenecektir.

Ayrıca size de 17 sorudan oluşan veli/bakımveren anketi, yüz yüze görüşmede uygulanacaktır.

Çalışma süreci ve yöntemi konusunda bilgilendirildim.

Bu çalışmada çocuğumun ve kendimin yer almasını kabul ediyorum. Çalışmanın amacı ve sonuçları Dt. Merve Kapar tarafından bana açıklanmıştır. Durumumla ilgili tüm sorularıma cevap verilmiştir.

Hastanın velisi

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Hasta

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK-5 CPQ 8-10 Ölçeği (Çocuk Anket Formu)

Araştırmayı yapan: Dt.Merve Kapar Tanı konulan hastalık: Tanı konulan zaman: Kendine ait dış fırçası var mı: Dış fırçalama sıklığı:	☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 7. Ağzın veya dişlerin yüzünden eima, mısır ve et gibi yiyecekleri ısırırken veya çiğnerken zorluk yaşadın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün	☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 17. Ağzın veya dişlerin yüzünden ev ödevini yaparken zorlandın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün
ÇOCUK AĞIZ SAĞLIĞI SORULARI		
Ölçek No : Merhaba, Çalışmamıza bize yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz. Bu çalışmamız çocukların diş ve ağız durumlarını daha iyi anlayabilmek için yapıyoruz. Lütfen dikkat ediniz: • Ölçeğe adınızı yazmayınız. • Bu bir test değildir ve doğru veya yanlış cevaplar yoktur. • Oblidöğünce dürüstçe cevap veriniz. • Cevapladığınız sorular hakkında kimseye konuşmayınız. • Hiç kimse cevaplarınızı görmeyecektir. • Her soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz ve son 4 hafta içinde size uyan durumları düşününüz. • Cevap vermeden önce kendinize şu soruyu sorun: "Bu benim ağzım ya da dişlerimden mi kaynaklanıyor?" • Sizin durumunuzu en iyi tarif eden ifadeyi seçin.	8. Ağzın veya dişlerin yüzünden yemek istediğin yiyecekleri yerken sorun yaşadın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 9. Ağzın veya dişlerin yüzünden bazı kelimeleri söylerken sorun yaşadın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 10. Ağzın veya dişlerin yüzünden gece uyurken sorun yaşadın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün	18. Ağzın veya dişlerin yüzünden okulda dikkatini toplamakta zorlandın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 19. Ağzın veya dişlerin yüzünden sınıfta yüksek sesle konuşmak veya bir şeyler okumak istemediğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün
GÜN AY YIL _/ _/ _		
İlk olarak, hakkınızda birkaç soru	Hisleriniz hakkında bazı sorular	Diğer insanlarla iletişim hakkında bazı sorular
Bugünün tarihi: Onsıyettiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın Kaç yaşadınız?	Son 4 hafta içinde ne sıklıkla meydana geldi:	Son 4 hafta içinde ne yaşadınız :
Dişleriniz ve ağzınız hakkında birkaç soru		
Ne sıklıkla aşağıdaki durumları yaşıyorsunuz: 1. Son 4 haftada ağzında veya dişlerinde ağrı oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 2. Son 4 haftada ağzında ağrıyan noktalar var mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 3. Son 4 haftada soğuk bir şeyler yediğinde veya içtiğinde dişlerinde ağrı oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 4. Son 4 haftada dişlerinin arasında gıda sıkıştı mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 5. Son 4 haftada ağzında kötü koku oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 6. Ağzından veya dişlerinden dolayı yemek yemen diğer insanlardan daha uzun sürdü mü? ☐ Asla	11. Ağzın veya dişlerin yüzünden üzgün veya mutsuz hissettiğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 12. Ağzın veya dişlerin yüzünden hayal kırıklığı hissettiğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 13. Ağzından veya dişlerinden utanmış olduğun oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 14. Diğer insanların ağzın veya dişlerin hakkında düşündüklerinden endişe duyuyor musun? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 15. Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer insanlar gibi iyi görünmediğini düşünerek kaygılanıyor musun? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün Okulunuz hakkında bazı sorular Son 4 hafta içinde ne sıklıkla yaşadın: 16. Ağzın veya dişlerin yüzünden okula devamsızlık yaptın mı? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez	20. Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer çocuklarla gülmeyi veya gülümsemeyi istemediğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 21. Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer çocuklarla konuşmak istemediğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 22. Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer çocuklarla birlikte vakit geçirmek istemediğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 23. Ağzın veya dişlerin yüzünden spor aktivitelerden uzak durduğun oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 24. Ağzın veya dişlerin yüzünden diğer çocukların sana satıştığı ya da sana takma isim ile seslendiğin oldu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün 25. Diğer çocuklar ağzın veya dişlerin hakkında sana sorular sordu mu? ☐ Asla ☐ Bir Veya İki Kez ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her Gün/Neredeyse Her Gün

EK-6 POQL Ölçeği (Çocuk Anket Formu)

Genel Sorular	Cevaplar
Genel olarak sağlığın nasıl?	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
Genel olarak ağız ve diş sağlığın nasıl?	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
Bir yıl öncesiyile karşılaştığında ağız ve diş sağlığın nasıl?	Çok daha iyi/ biraz daha iyi/ aynı/ biraz daha kötü/ çok daha kötü
Genel olarak diş hekimiyile deneyimlerin nasıl?	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
En son diş hekimine ne zaman gittin?	Son 6 ayda/ 6 ile 12 ay arasında/ 1 yıldan fazla 2 yıldan az/ 2 ile 5 yıl önce/ 5 yıldan çok veya hiçbir zaman
En son diş hekimi ziyaretinin sebebi neydi?	Düzenli kontrol ve diş taşı temizliği/ acil diş yaralanması/ acil diş ağrısı/ diş çekimi / dolgu/ kanal tedavisi/ kaplama/ takma diş-protez/ diş teli- yer tutucu/ diğer
Ölçek Soruları	Cevaplar
Hangi sıklıkla meydana geldi?	Ne kadar rahatsızlık verdi?
Ağız ve diş problemlerin yüzünden ağrın oldu mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız problemlerin yüzünden yemek yemede (sert/ sıcak/ soğuk) güçlük çektin mi?	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemlerin yüzünden okula dikkatini vermekte güçlük çektin mi?	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemlerin yüzünden okula devamsızlık yaptın mı?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemlerin yüzünden diğer insanların yanında gülmekten veya kahkaha atmaktan kaçındın mı?	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Başkaları tarafından güzel görünmediğini düşündün mü?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemlerin yüzünden görünüşünden mutsuz oldun mu?	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemlerin yüzünden sinirli ve üzgün oldun mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Ağız ve diş problemleri yüzünden endişelendin mi?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Diş sorunların yüzünden ağladığın oldu mu?	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum

EK-7 POQL Ölçeği (Veli Anket Formu)

POQL Veli-bakımveren anketi

Genel Sorular	Cevaplar
Genel olarak çocuğunuzun sağlığı nasıl?	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
Genel olarak çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı nasıl?	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
Bir yıl öncesine karşılaştığınızda çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı şimdi nasıl?	Çok daha iyi/ biraz daha iyi/ aynı/ biraz daha kötü/ çok daha kötü
Genel olarak ağız ve diş sağlığınız nasıl?*	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
Genel olarak diş hekimiyile deneyimleriniz nasıl?*	Mükemmel/ çok iyi/ iyi/ orta/ kötü
En son diş hekimine ne zaman gittiniz?*	Son 6 ayda/ 6 ile 12 ay arasında/ 1 yıldan fazla 2 yıldan az/ 2 ile 5 yıl önce/ 5 yıldan çok veya hiçbir zaman
En son diş hekimisi ziyaretinizin sebebi neydi?*	Düzenli kontrol ve diş taşı temizliği/ acil diş yaralanması/ acil diş ağrısı/ diş çekimi/ dolgu/ kanal tedavisi/ kaplama/ takma diş-protez/ diş teli- yer tutucu/ diğer

Ölçek Soruları	Cevaplar	
	Hangi sıklıkla meydana geldi?	Ne kadar rahatsızlık verdi?
Çocuğunuzun ağız veya diş bölgesinden kaynaklanan bir ağrısı oldu mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden yemek yeme de güçlük çekti mi?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden okulda dikkat sorunu yaşadı mı?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden okula devamsızlık yaptı mı?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuzun ağız ve diş problemlerinden dolayı başkalarının yanında gülümsemekten kaçındığı oldu mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden diğer çocuklardan daha çirkin olduğunu düşünüp endişelendi mi?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden görünüşünden mutsuz oldu mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden sinirli ve üzgün oldu mu?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden endişelendi mi?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum
Çocuğunuz ağız ve diş problemleri yüzünden ağladı mı?	Her zaman/ bazen/ arada bir/ hiçbir zaman/ bilmiyorum	Çok rahatsız edici/ biraz rahatsız edici/ çok az rahatsız edici/ rahatsız edici değil/ hiçbir zaman/ bilmiyorum

Yaş:

Cinsiyet:

Öğrenim Durumu:

Çocuğun diş fırçalaması hakkında notlar:

EK-8 DMFT/dmft formu

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	

Total DMFT:

Total dmft :

ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Soyadı: Kapar

Adı : Merve

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Uyruğu: T.C.

Medeni Hali:

Yabancı Dili: İngilizce

Telefon:

e-mail:

2. Öğrenim Durumu

İlköğrenim: Özel Çağfen Koleji, Eskişehir (1999-2007)

Lise: Eskişehir Fatih Anadolu Lisesi, Eskişehir (2007-2011)

Lisans: Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara (2011-2016)

Uzmanlık: Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı (2019- Halen)

3. Unvanları

Diş Hekimi

4. Mesleki Deneyim

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Eğitimi, Uzmanlık Öğrencisi (2019-2022)

5. Bilimsel Dernek Üyelikleri

Türk Pedodonti Derneği, Üye

6. Katılınan Bilimsel Toplantı ve Etkinlikler

1. 26. Uluslararası Türk Pedodonti Derneği Kongresi, Ekim 2019, Antalya

7. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceiding) Basılan Bildiriler

8. Yayınlar

1. Öğrenme Güçlüğü Olan Çocuklarda Çocuk Diş Hekimi Yaklaşımı- Özel Sağlık Bakımı Gerektiren Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı ve Tedavi Seçenekleri, *Türkiye Klinikleri Çocuk Diş Hekimliği- Özel Konular* (Kabul edildi – Yayın aşamasında)