

# Yaşlı Bireylerin Diş Sağlığı ve Sosyoekonomik Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

## Relation Between Dental Health and Socio-economic Status in Elderly People

İD Büşra KARABULUT<sup>a</sup>,  
İD Görkem SENGEZ<sup>b</sup>,  
İD Can DÖRTER<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Restoratif Diş Tedavisi AD,  
Marmara Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
<sup>b</sup>Restoratif Diş Tedavisi AD,  
İstanbul Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 14.11.2018  
Received in revised form: 13.01.2019  
Accepted: 14.01.2019  
Available online: 04.02.2019

Correspondence:  
Büşra KARABULUT  
Marmara Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Restoratif Diş Tedavisi AD, İstanbul,  
karabulutbusra@hotmail.com  
TÜRKİYE/TURKEY

Bu çalışma, Restoratif Diş Hekimliği Derneği  
22. Uluslararası Bilimsel Kongre  
(30 Kasım-2 Aralık 2018, Antalya)'sinde poster  
olarak sunulmuştur.

**ÖZET Amaç:** Yaşlı bireylerin eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, yaşadığı çevre, sistemik hastalıkları, beslenme alışkanlıkları, diş hekimine gitme sıklığı ve ağız-diş sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Kliniği'ne Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında tedavi olmak üzere başvuran 65 yaş ve üzeri 31 erkek, 21 kadın toplam 52 hasta muayene edildi. Hastaların yaş, meslek ve öğrenim durumları, aylık geliri, kiminle yaşadığı, varsa sistemik hastalıkları, diş fırçalama sıklığı, diş hekimine gitme sıklığı, şekerli yiyecek tüketme sıklığı, dişlerin DMFT indeksi ile dişlerde görülen aşınma şekilleriyle ilgili bilgiler, hazırlanan anket formuna kaydedildi. İstatistiksel değerlendirmede Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Fisher Freeman Halton testi kullanıldı (p<0,05). **Bulgular:** Katılımcıların 43 (%82)'ünün yaş aralığı 65-75 yıl, 8 (%15)'inin 75-85 yıl, 1'i ise 85 yaş üzeri kategorisine dâhildir. Anket sonuçlarına göre hastaların 3 (%5,7)'ünün aylık geliri 1.000 TL'nin altında, 43 (%82,6)'ünün aylık geliri 1.000-3.000 TL aralığında, 4 (%7,6)'ünün aylık geliri 3.000-5.000 TL aralığında, 2 (%3,8)'sinin aylık geliri 5.000 TL ve üzeri aralığındadır. Ağız içi muayeneler sonucunda; yaş aralığı 65-75 yıl olanlarda DMFT indeksi 16,95±6,86, 75-85 yıl olanlarda 18,89±7,42, 85 yaş ve üzerinde 28 olarak bulunmuştur. Elde edilen verilere göre yaş grupları arasında, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi ile DMFT indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. **Sonuç:** Bu çalışma, yaşlı bireylerin DMFT indekslerinin yüksek olduğunu ve sadece şikâyet varlığında diş hekimine gittiklerini göstermiştir. Yaşlı bireylerin ağız diş sağlığını geliştirmek için onların daha sık diş hekimini kontrolüne gelmeleri, şeker tüketimini azaltmaları, ağız bakımını artırmaları konusunda tavsiyede bulunulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Geriatrik diş hekimliği; DMF indeksi; sosyoekonomik faktörler

**ABSTRACT Objective:** To evaluate the association between geriatric patients' oral health and their educational background, occupation, monthly income, place of residence, systemic diseases, nutrition and frequency of dental examination. **Material and Methods:** 52 patients (31 male, 21 female) above 65 years old whom applied to Istanbul University Department of Restorative Dentistry between February-March 2017 were examined. Patient's age, occupation, educational background, monthly income, place of residence, existence of systemic diseases, oral hygiene habits and frequency of visits to the dentist, diet and DMFT scores were recorded. Data were analysed using Kruskal Wallis, Mann Whitney U and Fisher Freeman Halton tests with the significance level set at p<0.05. **Results:** 43 (%82) of patients were between 65-75 years, 8 (%15) of them were 75-85 and 1 of them was at 85+ years old. In the category of monthly income, 3 (%5.7) of them were under 1.000 TL, 43 (%82.6) of them at 1.000-3.000 TL, 4 (%7.6) of them were at 3.000-5.000 TL and 2 (3.8) of them were at upper 5.000 TL. According to clinical examination, DMFT scores were 16.95±6.86 at 65-75 years, 18.89±7.42 at 75-85 years, 28 at 85+ years. There was no statistically significant difference in DMFT numbers between age groups, education levels and monthly income. **Conclusion:** DMFT scores are high in elderly patients. They only tend to visit the dentist only in the presence of pain. To improve the oral health of elderly patients, they need to be encouraged to limit the sugary food, improve their oral hygiene habits and pay frequent visits to the dentist.

**Keywords:** Geriatric dentistry; DMF index; socioeconomic factors

Günümüz dünyasında, artan teknolojik imkânlar ve tıp dünyasındaki gelişmeler sayesinde bireylerin yaşama süresi uzamaktadır. İstatistikler, Avrupa'nın yaklaşık 100 yılı bulan yaşlanma sürecine Türkiye'nin 27 sene gibi kısa bir sürede ulaşacağını öngörmektedir.<sup>1</sup> 2013 yılında yaşlı nüfusun %60,3'ü 65-74 yaş grubunda, %32,2'si 75-84 yaş grubunda ve

%7,5'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken; 2017 yılında %61,6'i 65-74 yaş grubunda, %29,7'si 75-84 yaş grubunda ve %8,6'sı 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır.<sup>2</sup> Son yıllarda, yaşlı nüfusun hızla artması ve önümüzdeki yıllarda bunun devam edeceğinin tahmin edilmesi, bu gruptaki bireylerin hayat kalitesinin artırılmasını da mecburi kılmıştır.<sup>3</sup>

Yaşlı bireylere, bir yandan ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinden yararlanma, koruma ve güvenlik hizmetleri sunulur iken, bir yandan da yaşlılık dönemlerinde kendi potansiyellerini gerçekleştirmeleri, ihtiyaç, istek ve yapabilirlikleri doğrultusunda topluma katılabilmeleri hedeflenmektedir.<sup>1</sup> Bu noktada biz diş hekimlerine düşen görevler de bulunmaktadır. Toplumdaki yaşlı birey sayısındaki artış nedeni ile, yaşlı nüfusun diş sağlığı ve tedavi yöntemlerine dair daha çok çalışma yapılması, sorunlarının doğru bir şekilde değerlendirilip ortaya çıkarılması gerekmektedir.

Yaşlı bireylerde diş fırçalama etkinliğinde görülen yetersizlik, eğitim düzeyinin düşük oluşu ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi manipülasyon yeteneğini olumsuz yönde etkileyen koşulların varlığı ile açıklanabilmektedir.<sup>4</sup> Bireylerin aldığı eğitim, temizlik alışkanlıklarının şekillenmesinde sağlıklarına verdikleri önceliğin oluşmasında önemli bir faktördür. Yine ekonomik durum da bireylerin sağlıklarına gösterdiği önemin ve önceliğin şekillenmesinde yadsınamaz bir gerçektir. Bireylerin yaşla birlikte genel sağlıklarıyla alakalı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, kanser hastalıkları, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır.<sup>5</sup>

Ek olarak, yaşlı bireylerde fizyolojik değişikliklere bağlı diş kayıpları, iştahsızlık, enfeksiyonlara yatkınlık da gelişebilmektedir.<sup>6</sup> Hastalıklar sonucunda birçoğu rutin olarak ilaç kullanmaktadır. Antihipertansifler, diüretikler, antidepresanlar gibi ilaçlar, diyabet, otoimmün hastalıklar, Alzheimer gibi hastalıklar ağız kuruluğuna neden olarak bireylerin çürük risklerini artırabilmektedir.<sup>7</sup> Yaşın ilerlemesiyle birlikte azalan görme kabiliyeti ve el becerisi, hareket kısıtlılığı ve sistemik hastalıklar

da bireylerin dişlerini ve protezlerini etkili temizleyememelerine sebep olmaktadır.<sup>8</sup> Bir kısım yaşlı birey bu konuda çevresindekilerin yardımına ihtiyaç duymaktadır. Bu durum diş sağlıklarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bahsettiğimiz sorunlar, araştırmamıza yönelmemizde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır.

Çalışmamıza başlamadan önce, yaşlı bireylerin sosyoekonomik durumları ve diş sağlıkları arasındaki ilişkiye dair araştırmaları incelediğimizde, ülkemizde bu konuda çok fazla çalışmanın olmadığı gözlenmiş ve tarafımızdan çalışmamız planlanmıştır.

Çalışmamızda; yaşlı bireylerin diş sağlığı ve eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, yaşadığı çevre, sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, beslenme alışkanlıkları ve diş hekimine gitme sıklığı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin ağız diş sorunlarının saptanması ve uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Arai H ve ark.nın belirttiği gibi, yaşlanan nüfusu olumsuz bir durum olarak görmektense; yaşlı insanların sağlıklı, refah içinde bir hayatın keyfini çıkarabilmelerini sağlamalıyız.<sup>9</sup>

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı Kliniğine, Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri 52 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 28/12/2016 tarih ve 44 sayılı toplantısında gerekli izinler alınmıştır.

Hastalara araştırmayla ilgili bilgi vermek amacıyla hasta bilgilendirme formu verilmiştir. Ek olarak, hastaların bilgilendirildiğine ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

Hastaların yaş, meslek ve öğrenim durumları, aylık geliri, kiminle yaşadığı, varsa sistemik hastalıkları, diş fırçalama sıklığı, diş hekimine gitme sıklığı, şekerli yiyecek tüketim sıklığı, kayıp, çürük, dolgulu dişler ile dişlerde görülen aşınma şekilleriyle ilgili bilgiler hazırlanan anket formuna kay-

dedilmiştir. Hastaların çürük ve sonuçlarından etkilenmiş diş sayısını belirlemek, varsa dişlerde bulunan aşınma şeklini belirlemek amacıyla klinik muayeneleri yapılmıştır. Çürük, kayıp, dolgulu diş [decayed, missing, filled teeth (DMFT)] sayılarının toplamı hesaplanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametreler normal dağılım göstermediğinden, parametrelerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Çalışma, Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında toplam 52 katılımcı üzerinde yapıldı ve 85+ yaş grubunda bulunan 1 birey de yaş aralığı olarak 75-85 yıl olan çalışma grubuna eklendi. Bireylere ilişkin demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Katılımcıların DMFT sayıları 3-32 arasında değişmekte olup, ortalaması  $17,29 \pm 6,92$ , medyanı 17'dir.

Araştırmamızda, yaş grupları arasında DMFT sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Eğitim düzeyleri arasında DMFT sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ( $p > 0,05$ ).

Ayrıca, aylık gelire göre DMFT sayıları açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Eğitim düzeyine göre diş fırçalama sıklıklarının dağılımları incelendiğinde yine anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Diş fırçalama sıklıkları ile aylık gelir düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ( $p > 0,05$ ).

**TABLO 1:** Demografik özelliklerin dağılımları.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	21	40,4
	Erkek	31	59,6
Yaş (yıl)	65-74	43	82,7
	75-85	9	17,3
Eğitim düzeyi	Eğitim almamış	6	11,5
	İlkokul	27	51,9
	Ortaokul	5	9,6
	Lise	8	15,3
	Üniversite	6	11,5
Meslek	İşsiz	1	1,9
	Emekli	33	63,5
	Ev hanımı	15	28,8
	Çalışan	3	5,8
Aylık gelir	<1.000 TL	3	5,7
	1.000-3.000 TL	43	82,6
	3.000-5.000 TL	4	7,6
	>5.000 TL	2	3,8
Yaşanılan çevre	Yalnız	4	7,7
	Eşyle	41	78,8
	Çocuklarıyla	7	13,5
Sistemik hastalık	Var	40	76,9
	Yok	12	23,1

Yine cinsiyete göre diş fırçalama sıklıklarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ( $p > 0,05$ ).

Cinsiyete göre şeker tüketim sıklıklarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Yaşa göre eğitim düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p = 0,008$ ;  $p < 0,05$ ). Yaş aralığı 65-75 yıl olan grupta ilköğretim mezunu (%55,8) olma oranı, 75-85 yıl olan gruptan (%33,3) anlamlı şekilde yüksek iken; 75-85 yıl olan grupta üniversite mezunu (%33,3) olma oranının, 65-75 yıl olan gruptan (%7) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı.

## TARTIŞMA

Sosyoekonomik statü eşitsizliği toplum sağlığı açısından büyük bir sorundur.<sup>10</sup> Sosyoekonomik statüsü yüksek olan kişiler daha uzun, sağlıklı, sakatlıklardan uzak bir yaşam sürerken; daha düşük

**TABLO 2:** Yaşa göre eğitim düzeyi değerlendirilmesi.

		Yaş (yıl)		p
		65-75 n (%)	75-85 n (%)	
Eğitim düzeyi	Eğitim almamış	6 (%14)	0 (%0)	0,008*
	İlkokul	24 (%55,8)	3 (%33,3)	
	Ortaokul	2 (%4,7)	3 (%33,3)	
	Lise	8 (%18,6)	0 (%0)	
	Üniversite	3 (%7,0)	3 (%33,3)	

Fisher Freeman Halton testi. \* p&lt;0,05.

statüdeki kişiler daha genç yaşta ölmekte, hastalık ve sakatlıklarla daha fazla boğuşmaktadır.<sup>11</sup> Sosyo-ekonomik statü göstergeleri eğitim, meslek ve maddi durum olarak belirtilmiştir. Bu parametreler ne kadar yüksek ise, kişinin refah seviyesi o kadar artar, kişisel bakım alışkanlıkları iyileşmekte ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkânı çoğalmaktadır.<sup>12</sup>

Öngörülerimiz; ekonomik gücü zayıf, eğitim seviyesi nispeten düşük bireylerin DMFT indekslerinin daha yüksek olması, diş fırçalama alışkanlıklarının daha zayıf olması; cinsiyete göre kıyaslama yapıldığında, kadın hastaların erkek hastalara göre ağız bakımlarına daha çok dikkat etmesi, dolayısıyla daha düşük DMFT değerine sahip olmaları, şeker çikolata vb. yiyecekleri tüketme sıklıklarının daha düşük olması; diğer bir öngörümüz ise yaş ilerledikçe hastaların ağız bakımlarının kötüleştiği, DMFT indekslerinin yükseldiği yönünde idi.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2016 yılında yaşlı nüfusta okuma-yazma bilmeyen kadınların oranı %31,1, erkeklerin oranı %7,5 olarak saptanmış olup; ilkököl mezunu olanların oranı %43,7, ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %5,6, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %5,9, yükseköğretim mezunu olanların oranının ise %5,8 olarak görülmüştür.<sup>2</sup> Eğitim, bireylere her alanda doğru davranışları öğretmeyi amaçlamaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça insanların topluma ve çevreye uyum sağlama kabiliyetleri, kişiliği, zevkleri de gelişmektedir. Eğitimli bireyler yaşlandıklarında da kazandıkları alışkanlıkları sürdürme eğilimindedirler.<sup>13</sup> Bu bilgiler

doğrultusunda, eğitim düzeyi arttıkça ağız sağlığının iyileşeceği düşünülebilmektedir. Elde ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan hastaların 6 (%11,5)'sının eğitim almadığı, 27 (%51,9)'sinin ilkököl, 5 (%9,6)'inin ortaokul, 8 (%15,3)'inin lise, 6 (%11,5)'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Yaşa bağlı olarak eğitim düzeyleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Tablo 2). Bunun sebebi olarak eğitim düzeyi yüksek yaşlı grubunun genel sağlık durumu açısından daha iyi olması dolayısıyla fakülte kliniğine başvurma yetisi ve farkındalığında olması düşünülmüştür. Ancak, eğitim düzeyiyle ağız sağlığı ve bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3, Tablo 4). Bunun sebebi olarak; çalışmamızda, eğitim almamış ve en yüksek (üniversite) eğitimi almış kişilerin oranının oldukça az olması olduğu düşünülmektedir.

**TABLO 3:** Demografik özelliklere göre DMFT değerlendirilmesi.

		DMFT		p
		Ort±SS (medyan)		
Yaş (yıl)	65-75	16,95±6,86 <sup>16</sup>	10,383	
	75-85	18,89±7,42 <sup>18</sup>		
Eğitim düzeyi	Eğitim almamış	15,33±7,47 <sup>16</sup>	≈0,801	
	İlkokul	17,85±6,68 <sup>18</sup>		
	Ortaokul	19,20±10,64 <sup>19</sup>		
	Lise	17,12±5,56 <sup>15</sup>		
	Üniversite	15,33±7,26 <sup>15</sup>		
Aylık gelir	<3000 TL	17,59±6,47 <sup>18</sup>	10,752	
	>3000 TL	15,0±10,22 <sup>17</sup>		

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi; <sup>2</sup>Kruskal Wallis testi, DMFT: Çürük, kayıp, dolgulu dişler.

**TABLO 4:** Eğitim düzeyine göre diş fırçalama sıklıklarının değerlendirilmesi.

Diş fırçalama sıklığı	Eğitim düzeyi					p
	Eğitim almamış n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	
Günde 1 kere	2 (%33,3)	6 (%22,2)	2 (%40)	4 (%50)	4 (%66,7)	0,380
Günde 2 kere	0 (%0)	10 (%37,0)	2 (%40)	3 (%37,5)	1 (%16,7)	
Haftada 1-2 kere	3 (%50)	8 (%29,6)	1 (%20)	1 (%12,5)	0 (%0)	
Çok nadir	1 (%16,7)	3 (%11,1)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%16,7)	

Fisher Freeman Halton testi.

**TABLO 5:** Diş fırçalama sıklıklarına göre aylık gelir değerlendirilmesi.

Diş fırçalama sıklığı		Aylık gelir		p
		<3.000 TL n (%)	>3.000 TL n (%)	
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1 kere	15 (%83,3)	3 (%16,7)	0,657
	Günde 2 kere	15 (%93,8)	1 (%6,3)	
	Haftada 1-2 kere	12 (%92,3)	1 (%7,7)	
	Çok nadir	4 (%80,0)	1 (%20,0)	

Fisher Freeman Halton testi.

Üç (%5,7) hastanın aylık geliri 1.000 TL altında, 43 (%82,6)'ünün 1.000-3.000 TL aralığında, 4 (%7,6)'ünün 3.000-5.000 TL aralığında, 2 (%3,8)'sinin 5.000 TL üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Güngör ve ark.nın yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ve ekonomik durumun bireylerin ağız sağlıklarına verdikleri önemle paralel bir artış gösterdiği saptanmıştır.<sup>14</sup> Çalışmamızda ise ekonomik durum ve DMFT indeksi ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3, Tablo 5). Bunun sebebinin çalışmaya katılan kişilerin büyük bir çoğunluğunun düşük gelir düzeyine sahip olması gösterilebilir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte insan sağlığının bozulması, çeşitli hastalıkların ortaya çıkması beklenen bir sonuçtur. Bozdemir ve ark.nın gerçekleştirdiği çalışmada, sistemik hastalığa sahip 60 yaş ve üzeri hasta oranı %90 olarak saptanmıştır.<sup>19</sup> Çalışmamızda, katılımcıların %76,9'unda sistemik hastalık olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Yine yaşa bağlı olarak, dişlerde fizyolojik bir atrizyon tablosu ortaya çıkması beklenmektedir.<sup>20</sup> Hastalarımızın %36,5'inde atrizyon gözlenmiştir.

Gökalp ve ark.nın yaptığı çalışmada, bireylerin diş hekimine gitme sıklığı, yaş aralığı 65-75

yıl olanlarda %98,4 oranında nedeni ise şikâyet varlığında olarak saptanmıştır, çalışmamızda da benzer bir şekilde tüm katılımcıların %90,4'ü sadece şikâyetleri olduğunda diş hekimine gittiklerini belirtmiştir (Tablo 6).<sup>21</sup> Hastalar, diş hekimine yalnızca tedavi olmak amacıyla gitmekte ve dolayısıyla koruyucu önlemlerin uygulanması ve diş hekimisi tarafından bilinçlendirilmeleri mümkün olamamaktadır. Hastaların rutin kontrollerini sağlayarak erken müdahale şansı artırılabilen, dolayısıyla yıl boyunca dişlerin restorasyonu için harcanan maliyetler düşürülebilmektedir.

Tarihsel süreç içinde güzellik kavramıyla kadınların özdeşleştirilmiş olmasından dolayı, kadınların erkeklerden daha fazla hijyene ve

**TABLO 6:** Diş fırçalama ve diş hekimine gitme sıklıklarının dağılımları.

		n	%
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1 kere	18	34,6
	Günde 2 kere	16	30,8
	Haftada 1-2 kere	13	25,0
	Çok nadir	5	9,6
Diş hekimine gitme sıklığı	Şikâyet olunca	47	90,4
	Yılda 1-2 kez	5	9,6

özbakımlarına düşkün olduğu düşünülmektedir.<sup>22,23</sup> Araştırmamıza başlamadan önce, kadın hastaların erkek hastalara göre ağız bakımlarına daha çok dikkat etmeleri, dolayısıyla daha düşük DMFT değerine sahip olmaları, şeker çikolata vb. yiyecekleri tüketme sıklıklarının daha düşük olması yönünde tahminde bulunmuştuk. Elde ettiğimiz verilerde cinsiyete göre diş fırçalama sıklıklarının ve şeker tüketim sıklıklarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7, Tablo 8). Geriatrik çalışma grubumuzda şeker çikolata vb yiyeceklerin tüketimi farklı sıklıklarda dağılım göstermiştir (Tablo 9).

2004 yılında, ülkemizde Gökalp ve ark. tarafından gerçekleştirilen kesitsel araştırmada, yaş aralığı 65-75 yıl olan hastaların DMFT indeksi  $25,8\pm 8,5$  bulunmuştur.<sup>21</sup> Namal ve ark.nın gerçekleştirdiği çalışmada, 65+ yaş hastalarda DMFT indeksi 22,17 olarak bulunmuştur.<sup>23</sup> Hastaların büyük çoğunluğunda kaybedilen diş miktarının yaşla birlikte artması, diş fırçalama zorluğu, yaşam kalitesinin düşmesi gibi sebeplerden ötürü DMFT

indeksinin yükselmesi beklenmektedir.<sup>24,25</sup> Araştırmamızda, yaş aralığı 65-75 yıl olanlarda DMFT indeksi  $16,95\pm 6,86$ , 75-85 yıl olanlarda  $18,89\pm 7,42$ , 85 yaş ve üzerinde 28 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Elde ettiğimiz verilere göre, yaş grupları arasında DMFT sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). DMFT farkı, çalışmamıza katılan hastalarımızın kentte yaşamalarının bir sonucu olarak düşünülebilmektedir. Bunun dışında, tam dişsiz hastaların Restoratif Diş Hekimliği Ana Bilim Dalına başvurmadağı, bu sebeple çalışmaya katılmadağı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızın, yaşlılar gibi ulaşılması ve veri toplanması zor bir grupla yapılmış olması ve bu alanda Türkiye’de yapılan çok fazla çalışmanın olmaması güçlü yönleridir. Yalnız iki aylık bir sürede restoratif diş tedavisine yönlendirilen yaşlıların çalışmaya katılması, dolayısıyla dişsiz hastalara ulaşılmaması ve katılımcı sayısının az olması çalışmanın geliştirilebilir yönüdür. İleriki çalışmalar da bu konuya değinilebilir.

**TABLO 7:** Cinsiyete göre diş fırçalama sıklıklarının değerlendirilmesi.

		Cinsiyet		p
		Kadın (%)	Erkek n (%)	
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1 kere	7 (%33,3)	11 (%35,5)	0,735
	Günde 2 kere	8 (%38,1)	8 (%25,8)	
	Haftada 1-2 kere	5 (%23,8)	8 (%25,8)	
	Çok nadir	1 (%4,8)	4 (%12,9)	

Fisher Freeman Halton testi.

**TABLO 8:** Cinsiyete göre şeker-çikolata tüketme sıklıklarının değerlendirilmesi.

		Cinsiyet		p
		Kadın (%)	Erkek n (%)	
Şeker-çikolata tüketme sıklığı	Hiç	8 (%38,1)	8 (%27,5)	0,644
	Ayda 1-3	8 (%38,1)	11 (%37,9)	
	Günde 1-3	5 (%23,8)	10 (%34,4)	
	Günde 4+	0 (%0)	2 (%6,8)	

Fisher Freeman Halton testi.

**TABLO 9:** Şeker çikolata tüketme sıklığına göre dağılımı.

	Hiç n (%)	Ayda 1-3 n (%)	Günde 1-3 n (%)	Günde 4+n (%)
Şeker çikolata tüketme sıklığı	16 (%30,8)	19 (%36,5)	15 (%28,8)	2 (%3,8)

## SONUÇ

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfusun giderek artması, bu konu üzerine eğilmeyi gerekli kılmaktadır. Yaşlı bireyler gerek ruhsal gerekse fiziksel olarak değişimler yaşamakta ve bu sebeple ağız bakımlarını ihmal edebilmektedirler. Diş hekimini ziyaret etme sıklıkları; tek başlarına hareket etme özgürlüklerinin kısıtlanması veya çalışmayı bırakıp emekli olduktan sonra yaşadıkları ekonomik zorluklar sebebiyle kısıtlanmış olabilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlılarda terk edilmişlik duygusu ve öz bakımına yardımcı olacak kişinin yokluğu sebebiyle bu sorunlar daha da artabilmektedir. Bu nedenle, yaşlıların fiziksel kondisyonlarının azalmaması için günlük aktivitelerde bulunması ve sağlık kontrollerini aksatmaması için gerekli desteğin sağlanması, sosyalleşmeleri gerek aileleri gerekse devlet tarafından sağlanmalıdır. Yaşlı bireylerin ağız diş sağlığını kontrol edip kayıt altında tutacak ve ulaşılması kolay, tıpkı aile hekimliğine benzer bir mekanizma geliştirilebilir, böylelikle sorunlarını büyümeden çözüme kavuşturmak daha olası bir hâle gelebilir. Bunun yanında, tıp doktorları ve diş hekimleri koordineli bir biçimde çalışabilir. Yaşla birlikte artan sistemik hastalıklar ve kanser çeşitleri bunu gerekli kılmaktadır. Özellikle kanser tedavisi başlamadan önce hastayı diş sağlığına kavuşturmak önemli bir husustur. Hastalar diş hekiminde gerekli tedavileri gördükten sonra, kanser tedavisi sürecinde ve sonrasında karşılaşabileceği ağız içi tablolar ayrıntılı bir şekilde anlatılıp değiş-tirmesi gereken hijyen alışkanlıkları konusunda bi-

linçlendirilmelidir. Tedavi sürecinde ve sonrasında diş hekimi kontrolünde olmalı, fiziksel gücü yetmiyor ise görevlendirilen hekimlerle hastaların kontrolü sağlanmalıdır. Hastanın günlük bakımını gerçekleştiren aile bireyi veyahut bakıcısı da bu konuda bilinçlendirilmelidir. Sağlıklı yaşlılarda diş hekimine gitme ihtiyacının önüne geçebilen diş hekimi korkusunu yenmek adına, hekim, travmatik olmayan tedavi seçeneklerini daha çok uygulama rutinine alabilir.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Can Dörter; **Tasarım:** Can Dörter; **Denetleme/Danışmanlık:** Can Dörter; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Büşra Karabulut, Görkem Sengeç; **Analiz ve/veya Yorum:** Büşra Karabulut, Görkem Sengeç; **Kaynak Taraması:** Büşra Karabulut; **Makalenin Yazımı:** Büşra Karabulut, Görkem Sengeç; **Eleştirel İnceleme:** Can Dörter, Görkem Sengeç; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Can Dörter; **Malzemeler:** Can Dörter.

## KAYNAKLAR

- Gürsoy Çuhadar S, Lordoğlu K. [Ageing and related problems in the process of demographic transformation in Turkey]. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2016;(54):63-80.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar 2017. Yayın No: 27595. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2018. p.1-4.
- Boylu AA. [The relationship between housing and quality of life in older ages]. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2013;(24):145-56.
- Eren G, Köse T, Atilla G. [Determining the oral health status and oral hygiene habits of the elderly]. SÜ Dişhek Fak Derg. 2011;1(20):84-94.
- Bilir N. [Control of noncommunicable diseases and elderly problems]. Bertan M, Güler Ç, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 3. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995. p:359-68.
- Esen A. [Geriatric nutrition]. Fadilloğlu Ç, editör. İleri Geriatri Hemşireliği. 1. baskı. İzmir: Meta Basım; 2006. p.63-76.
- Canay Ş, Çiftçi Y. [The relationship of oral symptoms with the systemic disease in elderly patients]. Turkish Journal of Geriatrics. 2003;6(3):104-8.
- Michele Lolita Y, Ashu Michael A, Hubert N, Florence D, Jacques B. Oral health status of the elderly at Tonga, West Region, Cameroon. Int J Dent. 2015;2015:820416. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. Geriatr Gerontol Int. 2012;12(1):16-22. [Crossref] [PubMed]

10. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1463-73. [[Crossref](#)]
11. Minkler M, Fuller-Thomson E, Guralnik JM. Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. *N Engl J Med.* 2006;355(7):695-703. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
12. Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med.* 2008;67(2):330-40. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
13. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu U, Arslan GG, Çınar S. [The evaluation of loneliness level of elderly individuals residing in rest homes]. *Türk Geriatri Dergisi.* 2004;7(1):45-50.
14. Güngör K, Tüter G, Bal B. [The evaluation of the relationship between educational status]. *GÜ Dişhek Fak Derg.* 1999;16(1):21-5.
15. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? *Br J Gen Pract.* 2007;57(537):271-6.
16. Fried LP, Bandeen-Roche K, Chaves PH, Johnson BA. Pre-clinical mobility predicts incident mobility disability in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(1):M43-52. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Mangione CM, Lee PP, Pitts J, Gutierrez P, Berry S, Hays RD. Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ). NEI- VFQ Field Test Investigators. *Arch Ophthalmol.* 1998;116(11):496-504. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
18. Softa HK. [Physical, mental and social investigation of elders staying at home and nursing home]. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.* 2015;(2):63-76.
19. Bozdemir E, Yılmaz HH, Orhan H. General health and oral health status in elderly dental patients in Isparta, Turkey. *East Mediterr Health J.* 2016;22(8):579-85. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
20. Razak PA, Richard KM, Thankachan RP, Hafiz KA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health.* 2014;6(6):110-6.
21. Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. [The oral health profile of adults and elderly, Turkey-2004]. *Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Dergisi.* 2007;31(4):11-8.
22. Aǧcadağ İ. [The consumption of cosmetic products in the context of popular culture and network marketing as a new way of sales channel]. *Sosyoloji Dergisi.* 2017;1(36):157-69.
23. Namal N, Can G, Vehid S, Koksall S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. *East Mediterr Health J.* 2008;14(1):110-8.
24. Nazlıel H. [Oral and dental health in elderly]. *Turkish Journal of Geriatrics.* 1999;2(1):14-21.
25. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. *Dent Clin North Am.* 1994;38(3):499-523.