

PROTETİK TEDAVİDE YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

EVALUATION METHODS OF ORAL HEALTH QUALITY OF LIFE IN PROSTHETIC DENTISTRY

*Burcu AKTAŞ¹, Gülsüm CEYLAN¹, Emre MUMCU²,
Özge AKSÜZEK¹, Fatma ÜNALAN³*

ÖZET

Sağlık verilerinin geleneksel değerlendirme yöntemleri tedavinin sağlık durumu üzerine etkilerini ölçmede tam anlamıyla yeterli değildir. Hasta memnuniyeti ve hastanın sağlığa bağlı yaşam kalitesi ile ilgili görüşü tedavi açısından giderek önem kazanmaktadır. Bu durum, ölçüm yapacak araçların geliştirilmesini sağlamıştır. Tıbbın diğer disiplinlerinde olduğu gibi diş hekimliğinde de hastalığın objektif ölçütleri, ağız rahatsızlıklarının günlük yaşam ve yaşam kalitesi hakkında fikir vermektedir. Bu çalışma da ağız sağlığının, yaşam kalitesi değerlendirme metotları ile ilgili literatürlerin bir derlemesidir ve gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Protetik tedavi, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Traditional measures of health outcomes do not capture the full impact of treatment on health status. The patient's point of view regarding satisfaction with care and health-related quality of life is increasingly recognized as an important outcome of care. This has led to the development of tools that are relevant in measuring these concepts. In Dentistry, as in other branches of Medicine, it has been recognised that objective measures of disease provide little insight into the impact of oral disorders on daily living and quality of life. This paper reviews the literature regarding the development and use of these oral health related QoL measures and includes an appraisal of future research needs in this area.

Key Words: Prosthetic dentistry, quality of life.

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi.

² İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Dr. med. dent.

³ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

GİRİŞ

Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak kabul edilmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (1, 2).

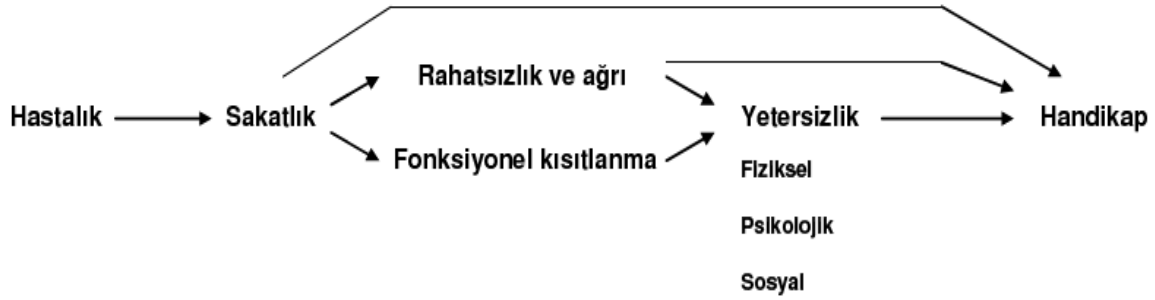
Locker tarafından ağız sağlık durumunun ölçülmesi için Dünya Sağlık Organizasyonunun

(World Health Organisation-WHO) Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Handikaplar Uluslararası Sınıflaması'na dayanan bir kavramsal iskelet ortaya atılmıştır (3).

Bu iskelet; dişlerini kaybeden insanların, vücudunun bir parçasını kaybetmiş olmasıyla sakatlık hissine kapıldığını, bu durumun hastalarda yetersizlik duygusunu yaratıp sonuçta handikap meydana getirdiğini göstermektedir (Tablo 1).

Diş hekimliğinde hasta memnuniyetini değerlendirme yöntemleri ortaya çıkış tarihlerine göre sırayla Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 1: Locker tarafından ağız sağlık durumunun ölçümü için hazırlanan kavramsal iskelet.



Tablo 2: Hasta memnuniyeti değerlendirme yöntemleri.

Araştırmacılar	Metodun ismi
Cushing ve ark, 1986	Social Impacts of Dental Disease
Atchison ve Dolan, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index(GOHA)
Strauss ve Hunt, 1993	Dental Impact Profile
Slade ve Spencer, 1994	Oral Health Impact Profile(OHIP)
Locker ve Miller, 1994	Subjective Oral Health Status Indicators
Leao ve Sheiham, 1996	Dental Impact on Daily Living(DIDL)
Adulyanon ve Sheiham, 1997	Oral Impacts on Daily Performances(OIDP)
McGrath ve Bedi, 2000	OHQoL-UK

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)

OHIP, ilk olarak 1994 yılında Avusturalya'da Slade ve Spencer tarafından uygulanmıştır ve Locker'in kavramsal iskeletini esas almaktadır (4). Araştırmacılar, rahatsızlık, yetersizlik ve disfonksiyonun değerlendirilmesi sonucunda, hekimin daha fazla özen göstermesi gereken noktaların ortaya çıkacağını, bu ölçümler sonucu dental tedavi şeklini belirlemenin kolaylaşacağını belirtmişlerdir. OHIP formu oluşturulurken özel muayenehaneler, bir diş hastanesi ve bir protez kliniğinde tedavi görmekte olan 64 hasta ile konuşarak, hastaların dental problemleri değerlendirilmiş ve en fazla şikayet ettikleri konular Locker'in kavramsal iskeletine göre bölümlere ayrılmıştır (4). OHIP; fonksiyonel sınırlama, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handikap olmak üzere 7 bölüm ve 49 adet soru içermektedir (4).

Slade ve Spencer, OHIP'in güvenilirliğini ve geçerliliğini kanıtlayarak tüm dünyaya tanıtmışlar ve diş hekimliğinde yaygın bir biçimde kullanılmasını sağlamışlardır. OHIP'in en büyük avantajı, soruların araştırmacılar tarafından değil, temsili hasta gruplarıyla yapılan konuşmalar sonucu oluşturulmuş olmasıdır. Böylece, ağız içi problemlerin meydana getirebileceği fonksiyonel, psikolojik ve sosyal etkiler hasta tarafından oluşturulmuştur (5, 6).

Slade, 49 soruluk OHIP formunu 14 soruya indirmiş ve bu kısaltılmış versiyonun olumlu sonuçlar verdiğini bildirmiştir. Güney Avusturalya'da 716'sı tam dişli 1217 birey OHIP formunu cevaplamıştır. Bu formlarda 'bazen, sıklıkla ve her zaman' cevabının en çok verildiği her bölüm için ikişer soru, OHIP-14'ü oluşturmakta kullanılmıştır. Yeni oluşturulan formdan elde edilen verilerle orijinal form karşılaştırılmış ve %94'lük bir geçerlilik elde edilmiştir. OHIP-14'ün diş hekimliğinde orijinal OHIP yerine rahatlıkla kullanılabilirliği belirtilmiştir (3).

OHIP-14, 14 adet soru ve her soruya verilebilecek 0-4 arasında puanlanan 5 adet cevaptan oluşmaktadır. Bu cevaplar Likert skalasına göre '0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla ve 4=her zaman' cevaplarıdır. OHIP-14'te değerlendirme **fonksiyonel sınırlama**, **fiziksel ağrı**, **psikolojik rahatsızlık**, **fiziksel yetersizlik**, **psikolojik yetersizlik**, **sosyal yetersizlik** ve **handikap** ana başlıklarındaki kategorilerde ayrı ayrı

ve tüm bu kategori skorlarının toplamı şeklinde yapılmaktadır. OHIP sonucu alınan skorların yüksek olması, hayat kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (3).

OHIP pratikte sıklıkla 60 yaşından büyük bireyler üzerinde kullanılan ve oral bozuklukların sosyal etkilerinin algılanmasını sağlamaya yönelik bir yöntemdir (3, 4).

UNITED KINGDOM ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE (OHQoL-UK)

OHQoL-UK, ilk olarak 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından İngiltere'de tıpkı OHIP gibi hastalarla konuşularak oluşturulmuştur. Bu form, DSÖ'nün '*yapı-fonksiyon-yetenek-katılım*' modeline dayanan ve ağız sağlığının pozitif veya negatif etkilerini içine alan bir belgedir. OHIP-14'te ağız içi problemlerin hayatı nasıl olumsuz etkileyebileceği araştırılırken, OHQoL-UK, ağız sağlığının insanları pozitif veya negatif etkileyebileceği ve bunun da hayat kalitesini düşürebileceği veya yükseltebileceği felsefesine dayanarak ortaya atılmıştır. 4 farklı kategori ve 16 sorudan oluşmaktadır. Bu kategoriler **semptom** (2 soru), **fiziksel durum** (5 soru), **psikolojik durum** (5 soru) ve **sosyal durum** (4 soru)'dur. Değerlendirme, her kategori için ayrı ayrı ve toplam skor olmak üzere elde edilen 5 veri üzerinden yapılmaktadır. Alınan skorların yüksek olması ise hayat kalitesinin olumlu etkilendiğini göstermektedir (7-9).

GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX (GOHAI)

GOHAI dental tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde kullanılan, hastanın bildirdiği ağız fonksiyon problemleri ve ağız hastalığı kaynaklı psikososyal etkilerin ölçüldüğü 12 ögeli bir ölçümdür. 1990 yılında geliştirilmiştir. 36 ögeli bir başlangıç havuzu içerisinde, literatür incelemesi, sağlık uzmanlarıyla konsültasyon, dental kliniklerde ve merkezlerde bulunan kişilerle nitelikli görüşmeler sonucu 12 öge elde edilmiştir (10).

12 ifadeye verilen Likert tipi yanıtlar puan olarak toplanır ve 0-60 arasında toplam skor hesaplanır. Dental Hastalıkların Sosyal Etkileri (Social Impacts of Dental Disease-SIDD) ve Subjektif Oral Sağlık Düzeyi (Subjective Oral Health Status Indicators-SOHSI) benzer yaklaşıma dayanmaktadır (5).

DENTAL IMPACT ON DAILY LIVING (DIDL)

5 başlıkta kümelenen 36 öğeden oluşmaktadır. Bu öğeler; konfor, görünüm, ağrı, performans ve yemek yeme kısıtlılığıdır (5).

DENTAL IMPACT PROFİLE

1993 yılında ortaya atılmış olan bu yaklaşımın esası hastanın dikkatini çeken olayların incelenmesidir. Bu ölçüm 25 ifade içerir. 25 ifade 4 alt ölçüme ayrılır ve toplam skor bütün cevapların ortalaması alınarak hesaplanır (5).

ORAL IMPACTS ON DAILY PERFORMANCES (OIDP)

OIDP büyük oranda ayırıcı bir ölçümdür. Dental hizmet planlamasında popülasyonun dental ihtiyaçlarını kuralsal ölçülerle belirlemek için oluşturulmuştur. Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Handikaplar Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Impairment, Disability and Handicap-ICIDH)'nin modifiye edilmiş bir versiyonuna dayanır. OIDP'in ayrıldığı nokta, çoğu ölçümden daha karmaşık öğe skorlama sistemine sahip olması ve etkilerin sıklığı ile öneminin birlikte belirtilmesidir (5).

Bu ölçümde etkinin sıklığına muhtemel yanıtlar 0 ile 5 arasında değişiklik gösterir. 0 = son 6 ayda hiç etkilenmedi, 5 = son 6 ayda her gün etkilendi. Etki de 0 ile 5 arasında değerlendirilir. 0 = hiç etkilemedi, 5 = ağır etkilendi. Toplam skor; sıklık ile etki skorlarının her öğe için çarpımı ve sonuçların toplanması ile elde edilir (5).

Hasta memnuniyetlerinin ölçülmesinde kullanılan yöntemlerdeki çelişkilerden dolayı diş kaybında fonksiyonel, sosyal ve psikolojik etkileri bir arada bulunduran belgelerin, protetik tedavinin sonuçları konusunda önemli bilgi verebileceği düşünülmektedir (11).

Robinson ve ark. OHIP-14 ve OIDP'nin sonuç değerlerini ve geçerliliklerini hem röportaj hem anket formatında karşılaştıran klinik ve sosyal bir çalışma gerçekleştirmiştir. OHIP-14 ve OIDP için sonuç değerleri röportaj formatında benzer iken, anket formatında OHIP-14 %92.9 fakat OIDP %86.5 kullanılabilir veri sağlamıştır. OIDP kullanımının özellikle de anket formatında daha az veri sağlayabileceği açıklanmıştır (12).

Kressin ve ark. OHIP, GOHAI ve OHQoL olmak üzere 3 ölçüm metodunu da kullanarak yaptıkları çalışmalarının sonucunda hastaların psikolojik yapılarının OHIP skorlarını diğer ölçümlere göre daha çok etkilediğini, bu nedenle GOHAI ve OHQoL'nin klinik uygulamalar için daha uygun olacağını ifade etmişlerdir. Kressin ve arkadaşlarının çalışmasında OHIP'in klinik kullanımı sırasında hastanın kişiliğinin de belirlenebileceği ve böylece sonuçların değerlendirilmesi için gereken içeriğin de belirlenmiş olacağını bildirmişlerdir. Ancak tedavi planının oluşturulmasında böyle bir ölçüm seçilirken hem ölçümün ağız sağlığı seviyesi belirteçleriyle hem de diğer faktörlerin etkileriyle tercih yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (13).

Heydecke ve ark. alt üst tam protez hastalarına ait ortalama OHIP-14 skorlarını

- fonksiyonel sınırlamada 4.2
- fiziksel ağrıda 4.9
- psikolojik rahatsızlıkta 4.0
- fiziksel yetersizlikte 4.2
- psikolojik yetersizlikte 3.8
- sosyal yetersizlikte 3.0
- handikapta 3.1
- toplamda 27.3

olarak saptadıklarını bildirmişlerdir.

En yüksek skorun fiziksel ağrı kısmında alındığı, alt üst tam protez kullanan hastaların çoğunun yaşam kalitelerinin ortalama düzeyde, %37'sinin ise düşük olduğu ve artırılması için başka tedavi seçeneklerine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (11).

Allen ve McMillan, alt 2 implant destekli tam protez ve üst tam protez yaptırmak isteyen hastaların OHIP-14 ve OHIP-49 skorlarının, alt üst tam protez yaptırmak isteyen hastalardan anlamlı derecede yüksek saptandığını belirtmişlerdir (14).

Awad ve ark. yaptıkları çalışmada alt iki implant destekli tam protez tedavisini takiben OHIP'in tüm kategori skorlarında anlamlı derecede düşüş olduğunu bildirmişlerdir (15-17).

Yaşam kalitesi ile protetik tedavi memnuniyeti arasındaki ilişki sorgulandığında yaşamlarından memnun olan yaşlı hastaların protezlerinden de memnun olduğu bildirilmektedir (18). Hastaların protezden beklentileri genel anlamda estetik, fonksiyonel ve psikolojiktir. Beklentinin en fazla olduğu alanın estetik olduğu ve hastalarda eğitim

seviyesi arttıkça estetik açıdan memnuniyetin azaldığı belirtilmiştir (19).

Geleneksel protez kullanan bireylerden 3 ayrı hasta grubu oluşturulmuştur. İlk gruba implant tedavisinden bahsedilmiş ve bu grup implant tedavisini talep etmiştir. İmplant tedavisi uygulanan bu hasta grubunda memnuniyet gözlemlenmiştir. İkinci geleneksel protez kullanan hasta grubu implant tedavisi hakkında yönlendirilmemiş ve yeni bir geleneksel protez tedavisi uygulanmıştır. İkinci hasta grubunda da memnuniyet elde edilmiştir. Üçüncü ve yine geleneksel protez kullanan hasta grubuna implant tedavisi ile ilgili bilgi verilmiş, hastalar implant tedavisi talep etmiş fakat çeşitli sebeplerden dolayı implant uygulaması gerçekleştirilememiştir. İmplant tedavisi talep eden fakat geleneksel protez tedavisi uygulanan hasta grubunda memnuniyet gözlenememiştir (14).

Alt tam protez yapılması planlanan bir grup hastada ağız dokularının durumu hekimler tarafından değerlendirilirken, protetik tedaviden memnuniyet hastalar tarafından bildirilmiştir. Proteze destek dokuların hekim tarafından değerlendirilmesinin sonuçları ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunmadığı açıklanmıştır (20). Yapılan çalışmalarda tam protezlerde hasta memnuniyeti ve ağız durumu arasındaki ilişki zayıf bulunmuştur (21, 22).

Protez kalitesi, alveol kretinin durumu ve protez memnuniyeti arasında ise önemli bir korelasyon bulunmadığı bildirilmiştir (21).

Hasta memnuniyetini artırmak için, sıfır tüberkül eğimli dişler yerine lingualize ve anatomik dişlerin kullanılması önerilmektedir (23-25). Rehmann ve ark. bilateral balanslı oklüzyonun daha çok memnuniyet sağladığını savunurken, Heydecke ve ark. ise kanin rehberliğinin daha fazla hasta memnuniyeti sağlayacağını ifade etmektedirler (26, 27).

Protezin hastaya tesliminin ardından hekim hastaya; doğru ve yanlış çiğneme noktalarını göstermeli, kasların yeni proteze cevabının zaman alacağını öğretmeli, hastayı dinlemeli, protez kullanımının zorluklarını hastaya anlatmalı ve hastayı pozitif yönlendirmelidir (28).

Psikolojik faktörler protez memnuniyetini önemli ölçüde etkiler ve kişilik profilleri protez kullanımındaki potansiyel zorluklardan önceden haberdar olunmasında kullanılabilir (29, 30).

Fenlon ve arkadaşlarının çalışmasında, nevrotik durum ile hasta memnuniyeti arasında negatif ilişki bulunmuştur. Araştırmacılara göre, ilk kontrollerde hastaların gerçek şikayetleri sebebiyle kişilik ve memnuniyet arası ilişki kurulamazken, 3 ay kadar zaman sonrasında protez uyumu sağlandığında kişilik memnuniyete etki eder hale gelmektedir (30).

Al Quran ve ark. 240 soruluk kişilik belirleme anketi uyguladıkları çalışma sonucunda nevroz ile memnuniyet arasında negatif korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir (29).

Memnuniyetsiz olma olasılığının depresyonlu hastalarda ikiye katlandığını bildiren John ve arkadaşları, geriatrik hastalarda tedaviye başlamadan önce depresyon tarama testi uygulanmasının protez memnuniyetinin öngörülmesine yardımcı olabileceğini belirtmektedirler (31).

SONUÇ

İnsanların, mevcut ağız durumlarının yaşamlarını ciddi şekilde etkileyebileceği bilinmektedir. Bu yüzden protetik tedavide tanı ve planlama yapılırken, hastalar birer birey olarak ele alınmalıdır. Başarı için iyi bir tedavi hizmeti vermek gerektiği kadar hizmetten memnun olunmasını sağlamak da gerekmektedir. Hekimin uzlaşmacı ve iyi bir dinleyici olması; tartışmalardan kaçınan, nazıkçe eleştiren, bencil olmayan tutum sergilemesi gerekmektedir.

Protez hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması ve tedavilerinin başarılı olması için, yaşam kalitesi çalışmalarının hastaların tedavi sürecinin başlangıcından tedavinin sonlanmasına kadar geçen süreyi ve daha sonrasında da kapsamı gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 2006: 28: 81-9.
2. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004: 30: 81-5.

3. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *J Community Dent Oral Epidemiol*, 1997; 25 (4): 284-90.
4. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*, 1994; 11 (1): 3-11.
5. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:40:10.1186/1477-7525-1-40.
6. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J*, 2001; 190 (3): 121-6.
7. McGrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Qual Life Res*, 2004; 13 (4): 813-8.
8. McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL-UK(W). *J Public Health Dent*, 2003; 63 (2): 73-7.
9. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *Br Dent J*, 2002; 193 (9): 521-4.
10. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2003; 31: 275-84.
11. Heydecke G, Tedesco LA, Kowalski C, Inglehart MR. Complete dentures and oral health-related quality of life-do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004; 32(4): 297-306.
12. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. A comparison of OHIP and OIDP as interviews and questionnaires. *Community Dent Health*, 2001; 18 (3): 144-9.
13. Kressine NR, Reisine S, Spiro III A, Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 29: 412-23.
14. Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res*, 2003; 14 (2): 173-9.
15. Awad MA, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine JS. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res*, 2007; 79 (9): 1659-63.
16. Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont*, 2003; 16 (2): 117-22.
17. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klemetti E, Chehade A. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont*, 2003; 16 (4): 390-6.
18. Yoshida M, Sato Y, Akagawa Y, Hiasa K. Correlation Between Quality of Life and Denture Satisfaction in Elderly Complete Denture Wearers. *Int J Prosthodont*, 2001; 14: 77-80.
19. Knezovic-Zlatric D, Celebic A, Valentic-Peruzovic M, Jerolimov V, Celic R, Filipovic-Zore I, Alajbeg I. Patients' satisfaction with partial denture therapy. *Acta Stomat Croat*, 2000; 373-378.
20. Heydecke G, Klemetti E, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular conventional and implant prostheses. *Int J Prosthodont*, 2003; 16: 307-312.
21. de Baat C, van Aken AA, Mulder J, Kalk W. 'Prosthetic condition' and patients' judgment of complete dentures. *J Prosthet Dent*, 1997; 78: 472-478.
22. Wolff A, Gadre A, Begleiter A, Moskana D, Cardash H. Correlation between patient satisfaction with complete dentures and denture quality, oral condition, and flow rate of submandibular/sublingual salivary glands. *Int J Prosthodont*, 2003; 16: 45-48.
23. Sutton AF, Worthington HV, McCord JF. RCT Comparing Posterior Occlusal Forms for Complete Dentures. *J Dent Res*, 2007; 86: 651-655.
24. Sutton AF, Glenny AM, McCord JF. Interventions for replacing missing teeth: denture chewing surface designs in edentulous people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004941. DOI:10.1002/14651858.CD004941.pub2.
25. Sutton AF, Worthington HV, McCord JF. A randomized clinical trial comparing anatomic, lingualized, and zero-degree posterior occlusal

- forms for complete dentures. J Prosthet Dent, 2007: 97: 292-8.
26. Heydecke G, Vogeler M, Wolkewitz M, Türp JC, Strub JR. Simplified versus comprehensive fabrication of complete dentures: Patient ratings of denture satisfaction from a randomized crossover trial. Quintessence Int, 2008: 39: 107-116.
27. Rehmann P, Balkenhol M, Ferger P, Wöstmann B. Influence of the Occlusal Concept of Complete Dentures on Patient Satisfaction in the Initial Phase After Fitting: Bilateral Balanced Occlusion vs Canine Guidance. Int J Prosthodont, 2008: 21: 60-61.
28. Roessler DM. Complete denture success for patients and dentists. Int Dent J, 2003: 53: 340-5.
29. Al Quran F, Clifford T, Cooper C, Lamey P-J. Influence of psychological factors on the acceptance of complete dentures, The Gerodontology Association 2001, volume 18. No.1.
30. Fenlon MR, Sherriff M, Newton JT. The influence of personality on patients' satisfaction with existing and new complete dentures. Journal of Dentistry, 2007: 35: 744-48.
31. M.T. John, W. Micheelis, J.G. Steele. Depression as a risk factor for denture dissatisfaction. Journal of Dental Research, 2007: 86, 9; Career and Technical Education pg. 852.

Yazışma Adresi:

Dt. Burcu AKTAŞ

İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
Çapa, İstanbul
e-mail: burcaktas2003@hotmail.com
Tel: 0212 414 20 20 \ 30256