

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**GÖMÜLÜ 3.MOLAR DİŞİ ÇEKİLECEK HASTALARDA
AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAMIN ANKSİYETE
ÜZERİNE ETKİSİ**

Mevlüt BEDER

UZMANLIK TEZİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**Danışman
PROF. DR. Ercan DURMUŞ**

KONYA – 2020

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**GÖMÜLÜ 3.MOLAR DİŞİ ÇEKİLECEK HASTALARDA
AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAMIN ANKSİYETE
ÜZERİNE ETKİSİ**

Mevlüt BEDER

UZMANLIK TEZİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Danışman

PROF. DR. Ercan DURMUŞ

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinatörlüğü tarafından 19102028 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA – 2020

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI	Dok.Kodu	KU.FR.57
		Yürürlüğe Gir. Tar.	Haziran 2015
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	1 / 1

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı :Mevlüt BEDER

Uzmanlık Dalı : Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Ercan DURMUŞ

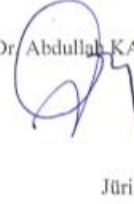
Tezin Adı : GÖMÜLÜ 3.MOLAR DIŞI ÇEKİLECEK
HASTALARDA AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAMIN ANKSİYETE ÜZERİNE
ETKİSİ

Dt. Mevlüt BEDER hazırlamış olduğu tezini 20.01.2020 tarihinde aşağıda isimleri yazılı olan jüri huzurunda savunmuştur.

SONUÇ: TEZ BAŞARILI TEZ YETERSİZ ()

Prof.Dr.Ercan DURMUŞ Prof.Dr. Abdullah KALAYCI Prof.Dr.Hasan KÜÇÜKKOLBAŞI


Jüri


Jüri


Jüri

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca klinik tecrübelerini ve manevi desteğini daima hissettiğim, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ercan DURMUŞ' a,

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi uzmanlık eğitimim boyunca değerli tecrübelerini benden esirgemeyen, hem pratik hem teorik anlamda eğitimime katkıda bulunan tüm saygıdeğer hocalarıma,

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve personelimize,

Bugünlere gelmemi sağlayan, benim için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, ilgi, sevgi, güven ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim çok kıymetli annem, babam ve kardeşime,

Varlığıyla kendimi daha güçlü ve huzurlu hissettiğim, en büyük şansım, hayat arkadaşım, sevgili eşim Duygu BEDER'e

İçtenlikle teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

GÖMÜLÜ 3. MOLAR DİŞİ ÇEKİLECEK HASTALARDA AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAMIN ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Mevlüt BEDER

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

UZMANLIK TEZİ/KONYA-2020

Çalışmamızın amacı, gömülü 3. molar diş çekimi için hazırlanan aydınlatılmış onam formunda yer alan tıbbi bilgilerin, hastalar üzerindeki psikolojik ve fizyolojik etkilerinin araştırılmasıdır.

Bu çalışma, herhangi sistemik veya psikolojik problemi olmayan, yaşları 18 ile 45 yaş arası değişen, 50'si erkek 50'si kadın olmak üzere 100 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Daha önce gömülü üçüncü molar diş çektiren hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların anksiyete skorlarını belirlemek için, Vizüel Analog Skala (VAS) ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) kullanılmış; vital değerlerini belirlemek için ise kan basıncı, oksijen saturasyonu ve nabız değerleri ölçülmüştür.

Tüm hastalara, aydınlatılmış onamı okumadan önce ve okuduktan sonra olmak üzere; iki kez MDAS ve VAS skalaları yöneltilmiş ve hastaların vital değerleri ölçülmüştür. Hastaların skalalara verdiği cevaplar ve vital bulgularına göre, aydınlatılmış onamın hasta anksiyetesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, aydınlatılmış onam ile yeterli ve açık bir şekilde bilgi verildiğinde; hastaların anksiyete skorlarının önemli düzeyde azaldığı ve vital bulgularının stabil hale geldiği görülmektedir. Bu durum, hem hasta hem de hekim için daha güvenli bir cerrahi ortam hazırlanmasına yardımcı olmaktadır.

Anahtar kelimeler: aydınlatılmış onam, anksiyete

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

DFACULTY of DENTISTRY

THE EFFECT OF DETAILED CONSENT FORM ON AXSIETY LEVELS IN PATIENTS WHOSE THIRD MOLARS WILL BE EXTRACTED

Mevlüt BEDER

Department of Oral and Maxillofacial Surgery

SPECIALTY THESIS/KONYA-2020

The aim of our study was to investigate the psychological and physiological effects of medical information in the form of informed consent prepared for the pull of the third molar tooth.

This study was carried out on 100 patients, aged between 18 and 45 years, 50 male and 50 female, without any systemic or psychological problems. Patients who had previously extracted third molar teeth were excluded from the study. Visual Analogue Scale (VAS) and Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) were used to determine the anxiety scores of the patients. Blood pressure, oxygen saturation and pulse values were measured in order to determine the vital values of the patients.

Before and after reading informed consent; MDAS and VAS scales were administered twice and vital values of the patients were measured. The effect of informed consent on patient anxiety was evaluated according to patients responses to scales and vital signs.

As a result, when informed and informed information is given with informed consent; anxiety scores of the patients decreased significantly and their vital signs stabilized. This helps to provide a safer surgical environment for both the patient and the doctor.

Key words: informed consent, anxiety

SİMGELER VE KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu

MC1R: Melanocortin-1 Reseptör Geni

DAS: Dental Anksiyete Skalası

MDAS: Modifiye Dental Anksiyete Skalası

VAS: Visual Analog Skala

STAI: Spielberger Anksiyete Skalası

STAI-S: Spielberger Anksiyete Skalası- Durumluluk Kaygı Ölçeği

STAI-T: Spielberger Anksiyete Skalası- Süreklilik Kaygı Ölçeği

DFS: Dental Korku Skalası

DAQ: Dental Anksiyete Sorusu

PAQ: Fotoğraf Anksiyete Anketi

GFS: Gatchel'in Korku Skalası

KFS: Kleinfelter'in Dental Korku Skalası

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
1.1 Aydınlatılmış Onam Kavramının Anlamı ve İçeriği	1
1.2 Aydınlatılmış Onam Kavramının Tarihsel Gelişimi	2
1.3 Aydınlatılmış Onam Kavramının Hukuksal Gelişimi	3
1.4 Uluslararası Yazılı Metinlerde Aydınlatılmış Onam.....	6
1.4.1 Lizbon Bildirgesi.....	6
1.4.2 Amsterdam Bildirgesi	6
1.4.3 Lizbon Bildirgesi II (Bali Bildirgesi).....	8
1.4.4 Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi	9
1.4.5 Hasta Hakları Avrupa Statüsü.....	10
1.5 Türk Hukunda Aydınlatılmış Onam.....	10
1.5.1 Aydınlatılmış Onama İlişkin Ulusal Mevzuat.....	10
1.6 Anksiyete Kavramı ve İçeriği.....	14
1.6.1 Anksiyetenin Korku-Fobi-Panik ile İlişkisi	15
1.7 Anksiyete Bozukluklarının Belirtileri	17
1.7.1 Bilişsel Belirtiler	17
1.7.2 Duygusal Belirtiler	18
1.7.3 Fizyolojik Belirtiler.....	18
1.8 Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri ve Kuramsal Olarak İncelenmesi	19
1.8.1 Psikanalitik Görüş	19
1.8.2 Davranışsal Görüş	20
1.8.3 Varoluşçu Görüş.....	20
1.8.4 Bilişsel Görüşler.....	21
1.8.5 Biyolojik Yaklaşım	22
1.8.6 İlişkiler Yaklaşımı.....	23

1.8.7	Çevresel Etkenler	23
1.9	Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	23
1.9.1	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	23
1.9.2	Panik Atak.....	24
1.9.3	Panik bozukluk.....	24
1.9.4	Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	24
1.9.5	Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB),	24
1.9.6	Fobiler	25
1.10	Dental Anksiyete Tanımı ve İçeriği.....	26
1.11	Dental Anksiyetenin Etiyolojisi.....	28
1.12	Dental Anksiyetenin Belirtileri.....	31
1.13	Dental Anksiyetenin Görülme Sıklığı.....	32
1.13.1	Dental Anksiyetenin Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	33
1.14	Dental Anksiyetenin Azaltılmasında Kullanılabilecek Yöntemler. 34	
1.14.1	Dental Anksiyete Azaltıcı Tedavi Protokolü	35
1.14.2	Farmakolojik Destek	37
1.14.3	Başa Çıkma Yöntemlerinin Öğretilmesi	38
1.15	Dental Anksiyete ve Korkuyu Belirlemede Kullanılan Ölçekler . 38	
1.15.1	Dental Anksiyete Skalası (DAS: Dental Anxiety Scale)	39
1.15.2	Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS: Modified Dental Anxiety 41 Scale)	41
1.15.3	Vizüel Analog Skala (VAS: Visual Analogue Scale).....	42
1.15.4	Spielberger Anksiyete Skalası (STAI: Spielberger's State- Trait Anxiety Inventory).....	43
1.15.5	Dental Korku Skalası (DFS: Dental Fear Scale).....	43
1.15.6	Dental Anksiyete Sorusu (DAQ: Dental Anxiety Question) ..	43

1.15.7	Fotograf Anksiyete Anketi (PAQ: Photo Anxiety Questionnaire)	44
1.15.8	Gatchel'in Korku Skalası (GFS: Gatchel's 10-Point Fear Scale)	44
2	GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
2.1	Hasta Seçimi.....	45
2.1.1	Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri.....	45
2.2	Kullanılan Araç ve Gereçler.....	45
2.3	Yöntem.....	46
2.3.1	Dental Anksiyete Ölçekleri ve Onam Formu.....	48
2.3.2	Vital Değerlerin Belirlenmesi.....	52
2.3.3	İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri.....	52
3	BULGULAR.....	54
3.1	Vital bulguların Değerlendirilmesi.....	57
3.2	VAS ve MDAS Skorlarının Değerlendirilmesi.....	61
3.2.1	VAS Skorlarının Değerlendirilmesi.....	61
3.2.2	MDAS Skorlarının Değerlendirilmesi.....	63
4	TARTIŞMA.....	71
5	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
6	KAYNAKLAR.....	86
7	EKLER.....	94
	EK A:Etik Kurul Kararı.....	94
	EK B: Demografik Özellikler ve Dental Tecrübe Anketi.....	96
	EK D: Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS).....	99
	EK E: Vizüel Analog Skala (VAS).....	100
8	ÖZGEÇMİŞ.....	101

1. GİRİŞ

Tıbbi müdahalelerin bir unsuru olan aydınlatılmış onam, tıp etiği açısından bir görev, yasal bir zorunluluktur. Aydınlatılmış onam, tıp ve diş hekimliği etiğinin yararlılık, zarar vermeme ve özerklik ilkelerine dayanır. Bu bağlamda kendi kararını verebilme yeterliliğine sahip bir kişi, bedenine yapılacak tüm girişimlerde karar verme hakkına sahiptir, hiçbir girişim için zorlanmamalıdır. Aydınlatılmış onamın amacı, hastaya yapılacak tedavi seçeneklerini ve komplikasyonlarını anlatmak ve hastanın onayını almaktır (Miller 1980, Ozsunay 1983).

Çalışmamızda, ilk defa gömülü 20 yaş dışı çektirecek hastalarda, ayrıntılı aydınlatılmış onam okumadan önce ve okuduktan sonra vital bulgular ve anksiyete skorlarına bakılarak, hasta üzerindeki psikolojik ve fizyolojik değişimleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.1 Aydınlatılmış Onam Kavramının Anlamı ve İçeriği

Bir kavram olarak aydınlatılmış onamı incelediğimizde hastanın aydınlatılması ve hastanın onayının alınması olarak iki temel bileşenden oluştuğunu görebiliriz. Hastanın aydınlatılması; hastalığı, uygulanması planlanan tanı ve tedavi yöntemleri ile diğer tanı ve tedavi seçenekleri, meydana gelebilecek muhtemel sonuçları, ivediliği, söz konusu işlemlerin sosyal ve ekonomik açıdan hasta üzerinde oluşturabilecek etkileri ve işlemin yapılmaması ya da ertelenmesi halinde söz konusu olabilecek sonuçları hakkında bilgilendirmek olarak ifade edilebilir (Ozsunay 1983). Hastanın onayı ise hem bilgi hem de kişinin ruh-beden bütünlüğünü oluşturan tüm özelliklerini ilgilendiren, psikolojik, sosyal, ahlâki, kültürel ve etik bileşenleri olan bir karar vermedir (Miller 1980).

Aydınlatılmış onam; çağdaş hasta-sağlık görevlisi ilişkisi içinde, kişinin özgür ve sorumlu karar vermesini sağlayan en önemli araç olarak görülür. Özerklik ilkesinin yürütülmesinden başka “yararlılık”, “zarar vermeme” gibi biyomedikal etiğin temel ilkelerine de uygun davranılmasını sağlar. Bu ilke hastayı koruduğu gibi, aynı zamanda hekimi de korumakta; onların sorumluluğunu hem paylaşmakta hem de zarar/yarar dengesinin, yarar yönünde olması için azami dikkat gösterilmesini sağlamaktadır (Aydın ve Ersoy 1995)

Modern hekim-hasta ilişkisi karşılıklı güven ilişkisine dayanmaktadır. Hasta, hekimin yeterli bilgiyi aldatmaksızın, kendisine aktaracağına ve herhangi bir hususta zorlamayacağına güvenmelidir (Dickens 1978). Hekim ise bunları sağlayacağıının garantisini vermelidir. Aydınlatılmış onam hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanması ve anlaşılır olmasını zorunlu kılmaktadır (Callahan 1988). Bu nedenle aydınlatılmış onam, doktor hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hasta hekim ilişkisini bir konum olmaktan çıkartarak, bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelmektedir (Miller 1980).

1.2 Aydınlatılmış Onam Kavramının Tarihsel Gelişimi

İlk çağlardan günümüze kadar gelen tarih dönemlerinde hekim sorumluluklarını ve sınırlarını belirleyen bazı kurallar ve ilkeler olduğu görülmektedir (Aşçıoğlu 1993). İlk olarak hamurabi yasalarında hekim sorumluluğu konusunda kurallar bulunmakta olup, hekimin kusurluluğu hususunda bir hüküme yer verilmemiştir (Bayraktar 1972, Ersoy 1991). Hekimin kusurlarından sorumlu olması ilk kez Eski Hint döneminde görülür. Bu dönemde kusurlu olduğuna karar verilen hekimlere ölüm cezasına varan cezalar verilmekteydi. Eski Yunan'da Hipokrat tarafından hekim sorumluluğunun esasları şekillendirilmiş, hekim ihmal ve dikkatsizliğinden tarihte ilk defa burada bahsedilmiştir (Bayraktar 1972, Ersoy 1991, Aşçıoğlu 1993).

İslam Hukukunda hekimin suçlu tutulabilmesi için, hastanın rızasının alınmaması ve hekimin hatalı olması şartları aranıyordu. Osmanlı Hukuku'nda da İslam Hukuku'ndakine benzer şekilde onamın üzerinde önemle durulmuştur (Bayraktar 1972). Onamla ilgili şeriye mahkemelerinde bulunan bazı kayıtlarda cerrahi işlemlerden önce hasta veya hasta yakınlarının, hastalık ve yapılacak cerrahi girişim hakkında bilgilendirildikleri ve rızaları alındıktan sonra cerrahi girişimin gerçekleştirildiği görülmektedir. Osmanlı döneminin şeriye sicillerinde rıza senetlerine rastlanmaktadır. Bu rıza senetleri kadı ve şahitler huzurunda hekimlerin yapacağı cerrahi girişimler için oluşturulmuştur. Bu şekilde hastalar ve yakınları hastalığın tanısı, cerrahi girişim sırası ve sonrasında oluşabilecek kötü sonuçlar hakkında bilgilendirilmekteydi. Hasta ve yakınlarının ise, kadı ve şahitler huzurunda oluşabilecek kötü sonuçlar için, hekimi sorumlu tutmayacaklarını açık bir şekilde ifade ettikleri anlaşılmaktadır (Bayat 1999).

1.3 Aydınlatılmış Onam Kavramının Hukuksal Gelişimi

Amerikan Hukukunda, hekimlerin hastalardan uygun onam almamaları nedeniyle yasalara uygun davranmadığı konusundaki ilk kayıtlara 1767 ve 1890 tarihinde rastlanmıştır. Amerikan hukuk profesörü McCoid hastadan onam almada özensiz davranan doktorların 18. ve 19. yy sonlarında Amerika’da görülen davalarda kusurlu bulunduğunu belirtmiştir. McCoid Amerikan Hukukunda hekimin hastadan onam almamasından dolayı sorumlu tutulmasının 20.yy başlarında resmîleştiğini belirtmiştir (Ersoy 1991).

1905’te görülen Mohr-Williams davasında, Ann Mohr isimli hasta sağ kulağında yapılacak tıbbi girişime onam vermiştir. Doktor Williams cerrahi müdahale sırasında hastanın sol kulağının, sağ kulağından daha çok tedaviye gereksinimi olduğuna karar verip, sol kulağa cerrahi girişimde bulunmuştur. Cerrahi müdahale sonrasında hasta, sol kulağındaki tedavi gereksinimi hakkında bilgilendirilmediğini, sadece sağ kulağındaki girişim için onam verdiğini belirterek dava açtı. Bunun üzerine doktor sol kulağa girişimin hastaya daha faydalı olacağı yönünde savunma yapsa da, mahkeme hekimin yetkilendirilmediği halde sol kulak üzerine yaptığı müdahaleyi hastaya saldırı olarak nitelendirmiştir (Ersoy 1991, Sert 2004).

1914 yılında Scoendorff’un New York Hastanesine açtığı davada ilk kez yeterlilik kavramı üzerinde durulmuştur. Davada hakim, yetişkin yaşta ve akli başında olan her insanın, kendi bedenine yapılacak işlemlerde karar verme hakkının olduğuna ve hastanın onayı olmadan yapılacak girişimlerden hekimlerin sorumlu olacağına hükmetmiştir (Vaccarino 1978, Beauchamp 2003).

1918’de Hunter-Burroughs davasında, mahkeme onamın hastaya tam olarak açıklanması ve hasta gönüllüğü hususlarına dikkat çekmiş, yapılan işlemlerde hastanın karar aşamasına aktif katılması gerektiğini belirtmiştir. Böylece günümüz onam kavramının temellerinin oluşmasına katkıda bulunmuştur (Purtilo 1984, Ersoy 1991, Sert 2004).

1957’de Martin Salgo ile Stanford Üniversitesi arasındaki mahkemede aydınlatılmış onam terimi ilk defa kullanılmıştır. Bu davada bilgi ne kadar açıklanmalı sorusuna yanıt getirilmiştir. Davada, hekimin hastaya yapılacak tedavinin faydaları ve olası kötü sonuçları hakkında açık bir şekilde bilgi vermesi gerektiğini vurgulanmış,

bunu yapmayan hekimin görevini kötüye kullandığına karar verilmiştir (Purtilo 1984, Lidz ve ark 1988).

Amerikan hukuk sisteminde, tıpla ilişkin aydınlatılmış onam terimi ilk kez Salgo-Stanford davasında kullanılsa da, onama çağdaş yaklaşım Nathanson-Kline davası ile şekillenmiştir (Lidz ve ark 1988).

1960'da görülen Nathanson-Kline davasında meme kanseri olan Nathanson, Dr.Kline tarafından önerilen radikal mastektomiye onam vermiştir. Bu girişim sonrasında Dr.Kline, hastayı olası riskler hakkında bilgilendirmeden, tümör çıkardığı bölgeye kobalt radyasyonu tedavisi uygulamıştır. Bu tedavi sonrasında, hastanın cilt, kıkırdak ve kemik dokularında hasar meydana gelmiştir. Bunun üzerine Nathanson, doktora dava açmış ve davanın görüldüğü mahkemede doktor lehine karar verilmiştir. Ancak bu kararın bir üst mahkeme olan Kansas Anayasa Mahkemesi'nde tekrar incelenmesi uygun bulunmuştur. Bu mahkeme; hekim ve hasta arasında devamlı bir güven ilişkisi olması gerektiğini vurgulamış, hekimin hastaya hastalığıyla ilgili tüm gerçekleri açıklaması gerektiğine ve onam için açıklamanın şart olduğuna karar vermiştir (Rosoff 1981, Lidz ve ark 1988, Ersoy 1991).

1972'de görülen Cobbs-Grant Davasında, Cobbs karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle Dr.Grant'a muayene olduğunda duodenum kanseri olduğunu ve ameliyat olması gerektiğini öğrendi. Dr.Grant hastaya ameliyat tekniğini ve içeriğini anlattı; fakat ameliyatın olası risklerinden bahsetmedi. Operasyon başarıyla tamamlandıktan 9 gün sonra Cobbs şiddetli karın ağrısı şikayetiyle tekrar hastaneye geldi ve 2 saat sonra şoka girdi. Karın içi kanama nedeniyle tekrar ameliyat edildi ve dalağı çıkarıldı. Bu komplikasyon ilk ameliyatla alakalı %5'lik riskti ama hastaya açıklanmamıştı. Yapılan ikinci ameliyattan bir ay sonra hasta yine karın ağrısıyla geldiğinde yeni ülser oluşumuna rastlandı. Bu komplikasyon da ilk ameliyatın bir riskiydi ve hastaya açıklanmamıştı. Yapılan üçüncü ameliyatta hastanın midesinin %50'si alındı (Beauchamp 2003).

Bunun üzerine Cobbs, Dr.Grant'a ameliyatı yapmada ihmalkar davranma ve ameliyatın risklerini açıklamama gerekçesiyle dava açtı. Mahkeme hastanın yaşadığı komplikasyonların cerrahi işlem dahilinde olduğunu ve doktor ihmali olmadığına karar verdi. Cerrah yaptığı ilk ameliyatın içeriğini anlatmasına karşın; dalak

ıkarılması, yeni ülser oluşunu gibi olağan risklerden bahsetmemişti. Mahkeme doktoru hastanın bilgilendirilmesindeki zensizlikten ve açıklama görevini yerine getirmemekten suçlu buldu. Mahkemeye göre; doktor, hastanın bilgilendirilip karar verme hakkını elinden almış, hastanın karar verme sürecine katılımını engellemişti (Beauchamp 2003, Faden ve ark 2014).

1972’de görülen Canterbury - Spence davasında, hastaya yapılan tedavi ve riskleri konusunda yeterli bilgi verilmediğine karar verilmiş, onam davaları arasında en kapsamlı alınan karar olarak, emsal niteliği taşıyıp daha sonraki davalarda da kullanılmıştır. Bu davada hekim tarafından hastaya hangi bilgilerin verilmesi gerektiği tartışılmış, mantıklı bir insanın bilmek isteyeceği tüm bilgilerin, hastaya açıklanmasına karar verilmiştir (Mazur 1986, Faden ve ark 2014).

Amerikan Hastane Birliği tarafından 1972 yılında yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi’nde; hastanın herhangi bir müdahale öncesi, hekimi tarafından tanı, tedavi ve olası risklerden haberdar edilmesi, kendisine yapılacak müdahalelerde karar verme hakkına sahip olması gerektiği belirtilmiştir (Schwartz ve Blank 1986, Sert 2004).

Alman İmparatorluk Mahkemelerinin 1900’l yılların başlarında aldığı kararlarda hastanın rızası üzerinde durulmakta, fakat hekimin hastayı bilgilendirme yükümlülüğünden bahsedilmemektedir. Alman İmparatorluk Mahkemesi’nin 01.03.1912 tarihli kararında ilk kez hekimin aydınlatma yükümlülüğü vurgulanmıştır. 1930’lu yıllarda yargıya akseden bazı olaylarda, aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmemesinden dolayı zarar tazmininin talep edildiği yönünde kararlar vardır (Ozsunay 1983).

Nazi Almanyasında İkinci Dünya Savaşı sırasında toplama kamplarında insanlık dışı deneyler yapılıyordu. Bu deneyleri yapan doktorlar 1947’de Nuremberg Mahkemeleri’nde yargılanmışlardır. Bu yargılanmayla başlayan süreçte, hastanın bilgilendirilmesi konusunda daha kesin hükümler vermeye başlamıştır. Bu mahkemelerde hekimin aydınlatma yükümlülüğü dört temel ilkeye dayandırıldı (Sert 2004).

Bu ilkelerden ilki, hekimin bilgilendirme yükümlülüğüne sahip olmasıdır. Bu yükümlülük hastanın kendi kararını kendi vermesi hakkından doğar. İkinci ilke ise, aydınlatmanın yeterliliğidir. Hekim tıbbi müdahale sırasında ve sonrasında

oluşabilecek komplikasyonları, oluşturacağı hasar ve oluşum sıklığını, hastaya açıklamalıdır. Bir diğer ilke ise , aydınlatmanın kapsamının belirlenmesinin hekim tarafından değil, mahkemeler tarafından belirlenmesi gerektiğinin üzerinde durulmuştur. Aydınlatmanın kapsamının belirlenmesinin bir hukuk sorunu olduğundan bahsedilmiştir. Son ilke ise hastanın aydınlatılması görevinden sadece hastanın sağlığı açısından ciddi tehlike barındıran durumlarda vazgeçilebileceği vurgulanır (Ozsunay 1983, Sert 2004). Bu ilkeler Nuremberg kodları olarak adlandırılmış ve aydınlatılmış onam elde edlimesi, kural olarak tanınmıştır (Veatch 1977).

1.4 Uluslararası Yazılı Metinlerde Aydınlatılmış Onam

Yukarıda belirtildiği gibi, tıbbi müdahalelerde hastanın hangi konularda nasıl bilgilendirileceği, bilgilendirmenin sınırları, hekim yükümlülükleri tarih boyunca tartışılmıştır. Bu tartışmalar günümüze kadar sürmüştür. Onam hakkındaki fikirler büyük bir tarihsel dönüşüm geçirmekle beraber, bu konudaki yazılı metinlerin yakın tarihli olduğu görülmektedir. Bahsedeceğimiz yazılı metinler aydınlatılmış onamı, farklı başlık ve yaklaşımlarla ele alsalar da, hepsi onamı bir hasta hakkı olarak değerlendirmiştir (Sert 2004).

1.4.1 Lizbon Bildirgesi

Dünya tabipler birliği tarafından 1981 yılında ‘Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’ olarak kabul edilmiştir. Uluslararası ilk yazılı metin olması yönünden önemlidir.

6 maddeden oluşan bu bildirinin 3. maddesi konumuzla ilgilidir. Bu maddede, hastanın yeterince bilgilendirildikten sonra, tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkından bahsedilir. Uluslararası platformda, aydınlatılma hakkına yer verilmesiyle, aydınlatılmış onam ve hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı önem kazanmıştır (Sert 2004).

1.4.2 Amsterdam Bildirgesi

Amsterdam Bildirgesi (Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi), Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu’na 1994 yılında kabul edilmiştir. Lizbon bildirgesinde, genel hatlarıyla belirlenen hasta haklarındaki eksiklerin giderilmesi

amacıyla yayınlanmıştır. Aşağıda bu bildirinin konumuzla ilgili maddelerine genel hatlarıyla değinilmiştir (Sert 2004).

- Sağlık servisleri ve bunların kullanımını ile ilgili bilgi her birey için ulaşılabilir olmalıdır (m.2.1.).
- Hastalar kendileriyle ilgili tüm tıbbi hakikatleri, yapılabilecek tıbbi müdahaleleri, tıbbi müdahalelerin alternatiflerini, risk ve faydalarını, tedavi olmamanın risk ve sonuçlarını, tedavi olduğu halde tedavinin seyrini detaylı bir şekilde bilme hakkına sahiptir (m.2.2.).
- Aydınlatılma hakkı, bilgi vermemenin hasta üzerinde açık ve olumlu bir etkisi olduğunu destekleyen nedenlerin varlığı halinde kısıtlanabilir (m.2.3.).
- Bilgilendirme, hastanın sosyoekonomik durumu ve anlama kapasitesi göz önünde bulundurulup, mümkün olduğunca az tıbbi terminoloji kullanılarak yapılmalıdır. Hasta ve hekim ortak dil konuşamıyorsa, tercüman kullanılabilir (m.2.4.).
- Hasta kararlı olmak suretiyle, belirtmesi halinde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir (m.2.5.).
- Hasta kendi yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir (m.2.6.).
- Hasta başka görüş alma hakkına sahiptir (m.2.7.).
- Hasta kendisiyle ilgilenen sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu ve tedavi göreceği sağlık kurumunun kuralları ve işleyişi hakkında bilgilendirilmelidir (m.2.8.).
- Hasta sağlık kurumundan taburcu edildiğinde tanı, tedavi ve bakım sürecini içeren yazılı özet alma ve isteme hakkına sahiptir (m.2.9.).
- Aydınlatılmış onamın bütün tıbbi müdahalelerin ön koşulu olduğu açıkça vurgulanmıştır (m.3.1.).
- Hasta tıbbi müdahaleyi durdurma ve reddetme hakkına sahiptir. Hastanın bu hakkını kullanması halinde oluşabilecek riskler ve sonuçları hastaya açıklanmalıdır (m.3.2.).
- Hastanın bilincinin yerinde olmadığı, irade ortaya koyamadığı veya acilen tıbbi müdahale gerektiği durumlarda; hastanın geçmişte aksi yönde bir

onamı yoksa, onamı alınmış varsayılarak tıbbi müdahale gerçekleştirilebilir (m.3.3.).

- Hastanın yasal temsilcisinin onamının gerektiği fakat müdahalenin acil olduğu durumlarda, onamın zamanında alınamaması durumlarında tıbbi girişim yapılabilir (m.3.4.).
- Hastanın yasal temsilcisi, hastanın durumunun izin verdiği ölçüde karar verme sürecinde bulunmalıdır (m.3.5.).
- Yasal temsilcinin onam vermediği durumlarda, gerekirse karar mahkeme veya hakem heyeti gibi mercilere bırakılmalıdır (m.3.6.).
- Hastanın onamının alınamadığı, yasal temsilcinin olmadığı ve tayin edilemediği durumlarda, hastanın istekleri tahmin edilerek işlem yapılabilir (m.3.7.).
- Hastaların klinik ve bilimsel araştırmalara dahil edilme konusunda aydınlatılmış onamın mutlaka alınması gerektiği belirtilmiştir. (m.3.8.), (m.3.9.), (m.3.10.).

Amsterdam Bildirgesi, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'ne göre daha geniş ve detaylı hazırlanmış olup, aydınlatma ve onam konularına büyük önem vermiştir (Veatch 1977, Sert 2004).

1.4.3 Lizbon Bildirgesi II (Bali Bildirgesi)

1995 yılında Endonezya'nın Bali kentinde, Dünya Tabipler Birliği tarafından Lizbon Bildirgesi'ni daha geniş kapsamlı hale getirmek amacıyla yayınlanmıştır. 6 maddeden oluşan Lizbon Bildirgesi'ne göre daha fazla detay içeren bu bildirmede, aydınlatılma hakkı ve aydınlatılmış onam alınması gereken hallere yer verilmiştir (Veatch 1977, Sert 2004).

Amsterdam Bildirgesi'ndeki kararların çoğunun tekrarlandığı bu bildirmede hastanın bilgilendirilme hakkı ve yöntemi hakkında hükümler vardır. Bu yönüyle hukuki açıdan önem taşımaktadır.

Bali Bildirgesinin diğer benzer bildirmelerden farkları da bulunmaktadır. Örneğin, intihar girişiminde hekimin hastaya müdahale edip kurtarmaya çalışması gerekliliği bu bildirmede yer almaktadır (Sert 2004).

Bali Bildirgesinde bulunup Amsterdam Bildirgesi'nde bulunmayan hususlar da vardır. Eğer hastanın hukuki ehliyeti bulunmamasına karşın, mantıklı düşünüp karar verebiliyorsa, hastanın verdiği karara saygı gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir (Sert 2004).

Amsterdam Bildirgesi'ndeki hastanın aydınlatılma hakkı, Bali Bildirgesi'nde daha da genişletilerek sağlık eğitimi alma hakkı olarak güncellenmiştir. Kişinin kendi sağlık durumundan ancak kendisinin sorumlu olduğu belirtilmiştir (Sert 2004).

Bu bildirmede önceki bildirmelerden farklı olarak, hastaların bilinç kaybı yaşadığı, küçük yaşta olduğu yada karar verme ehliyeti olmadığında yasal temsilciden onam alınabileceği vurgulanmıştır. Acil durumlarda ise hastanın veya yasal temsilcisinin işlemin reddedilmesi konusunda bir beyanı yoksa onamı varmışcasına işlem yapılması gerektiği belirtilmiştir. Yine acil durumlarda zaman kaybı yaşamamak için onam alınmasına gerek olmadığına dikkat çekilmiş, doktorun durumun aciliyetini dikkatle değerlendirmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Sert 2004).

1.4.4 Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

Avrupa Konseyi üye ülkeleri tarafından 1997 yılında imzalanmıştır. Türkiye tarafından 2003 yılında kabul edilmiş, Anayasa'nın 90. Maddesiyle bağlayıcılık kazanmıştır (Sert 2004).

- Bu sözleşmede yapılacak herhangi bir tıbbi müdahalenin, ilgili kişinin aydınlatıldıktan sonra özgürce karar vermesi gerekliliğine hükmedilmiştir.
- Sözleşmenin 6. Maddesinde, onam vermeye ehliyeti olmayan kişiye yapılacak tıbbi müdahalenin sadece kişinin yararına olabileceğine hükmedilmiştir.
- Sözleşmede ayrıca bilimsel araştırmalara katılacak kişinin aydınlatılmış onamının alınması zorunluluğu vurgulanmıştır.
- Ayrıca, organ ve doku nakillerinde hususi düzenlemeye gidilmiş, onamın açıkça ve yazılı olarak resmi bir makam önünde verilmesine karar verilmiştir (Sert 2004).

1.4.5 Hasta Hakları Avrupa Statüsü

Roma’da 2002 yılında kabul edilmiş olup hasta hakları konusunda kabul edilen son uluslararası metindir. Ondört maddeden oluşan bu sözleşmede hasta hakları ele alınmış, sağlık hizmetlerinin işleyebilir olması ve düzgün hale getirilmesi amaçlanmıştır (Lidz ve ark 1988).

Hasta Hakları Avrupa Statüsü’nün 3. ve 4. maddelerinde bilgilendirme ve onam konularına değinilmiştir. Diğer bildirelerden farklı olarak hastanın aydınlatılma konusunda itiraz hakkının olduğu belirtilmiştir. Bilginin hastaya ne zaman ve ne şekilde verilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir (Lidz ve ark 1988).

1.5 Türk Hukunda Aydınlatılmış Onam

Ülkemizde aydınlatma yükümlülüğünün yasal referansı T.C. Anayasası’dır. Anayasada gerekli olmadıkça kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmayacağı ve kişinin rızası olmadan bilimsel araştırmalara tabi tutulamayacağı belirtilir. Hastanın aydınlatılması ve onam tıp etiğinin ilk planda öngördüğü ilkedir.

Ülkemizdeki aydınlatılmış onam ile ilgili gelişmeler özellikle son yıllarda gündeme gelmiş olsa da, 1920’li yıllardan itibaren uluslararası bildirelere paralel bazı yasal düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir (Ozsunay ve Akunal 1998).

1.5.1 Aydınlatılmış Onama İlişkin Ulusal Mevzuat

1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ülkemizdeki ilk yasal düzenleme olup 1928 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanunun 70. maddesinde “...yapacakları ve her türlü ameliye için hastanın, küçük ya da vesayat altında ise veli veya vasiyesinden mava fakiyetini alırlar. Büyük cerrahi mücadeleler için bu muvafakatin yazılı olması gerekir” demektedir (Aşçıoğlu 1993).

Aydınlatılmış onam hakkında düzenlemeler bulunduran bir diğer ulusal metin ise 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’dür. Bu tüzüğün 14.maddesinde “...hasta üzerinde fena tesir yaparak hastalığın artmasına neden olmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken önlemler hastaya açıkça söylenmelidir” ifadeleri yer almaktadır (Şehsuvaroğlu 1975, Aşçıoğlu 1993).

1982 Anayasasının 17. maddesinin 2. Fıkrasında “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” hükmü yer almıştır. Bu hükümle hastanın hakları ve vücut bütünlüğü güvence altına alınmıştır (Aşçıoğlu 1993).

1.5.1.1 Hasta Hakları Yönetmeliği

Türkiye hasta hakları ile ilgili belgeleri esas alarak 1998’de Hasta Hakları Yönetmeliği’ni (HHY) yürürlüğe koymuştur. Bu sayede değişik yasalarda ve tüzüklerde dağınık halde bulunan hasta hakları bu düzenleme altında toplanmıştır (Ozdemir 2004).

1.5.1.1.1 Bilgilendirmenin kapsamı (Madde 15)

Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların temel özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir (Gazete 1998).

1.5.1.1.2 Bilgi vermenin usulü (Madde 18)

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir (Gazete 1998).

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir (Gazete 1998).

1.5.1.1.3 Rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama (Madde 22)

Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz (Gazete 1998).

1.5.1.1.4 Hastanın rızası ve izin (Madde 24)

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya varisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya varisinin olmadığı, hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz (Gazete 1998).

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, hastanın dinlemesi suretiyle, mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanmalıdır (Gazete 1998).

1.5.1.1.5 Tedaviyi reddetme ve durdurma (Madde 25)

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya

uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir (Gazete 1998).

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz (Gazete 1998).

1.5.1.1.6 Rıza formu (Madde 26)

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir (Gazete 1998).

1.5.1.1.7 Rızanın kapsamı ve aranmayacağı haller (Madde 31)

Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar. Tıbbi müdahalenin, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir (Gazete 1998).

Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir (Gazete 1998).

1.6 Anksiyete Kavramı ve İçeriği

Latince nefesi kesilmek, boğulmak anlamına gelen anx kelime kökünden türeyen, yine latince kaygı ve üzüntü hali anlamına gelen anxious, bugünkü anksiyete teriminin temelidir (Beck ve Emery 2011). Hipokrat, kitaplarında anksiyeteye değinmiştir. 1900'lü yılların ortalarında Otto Domrich ilk defa anksiyete nöbetleri kavramını kullanmıştır (Berksun 2003, Stein ve ark 2009).

Sigmoud Freud anksiyete bozukluklarını ayrıntılı biçimde inceleyen ilk bilim adamıdır. Anksiyete bozukluğunun kendi başına bir hastalık olduğunu ifade etmiş, günümüzdeki anksiyete bozuklukları sınıflamasının temelini oluşturmuştur (Berksun 2003, Stein ve ark 2009).

Türkçe'de bu kavramı karşılamak için bunaltı, daralma ve daha çok kaygı gibi terimler kullanılmaktadır. Fakat kaygı normal bir duruma veya kişiye karşı merak, tasalanma ve endişe duygusunu da ifade ettiği için, klinik olarak normal olmayan endişeyi ifade etmekte yetersiz kalır. Bu nedenle anksiyete kelimesinin karşılığı olarak bunaltı kelimesi kullanılmalıdır (Öztürk ve Uluşahin 2004).

Anksiyete korku, iç sıkıntısı veya kuruntunun ortaya çıkardığı belirgin huzursuzluk halidir (Kocatürk 2005). Bir başka tanıda anksiyete yoğun tanımlanamayan huzursuzluk, iç organlarda problemlere neden olabilecek endişedir (Krochak 1988).

Anksiyete hemen her bireyin yaşayabileceği normal bir histir. Anksiyetenin asıl amacı uyum davranışını geliştirerek hayatın devamını sağlamaktır. Bu duygunun yardımıyla tehlikeye karşı sakinme, karşı koyma veya tehlikeden kaçma gibi davranışlar gerçekleştirilebilir. Kısaca insanın hayatını uyum içinde sürdürebilmesi için var olması gereken bir duygu-durum faaliyetidir. Bir noktaya kadar gayet sağlıklı ve normal olan bu duygu, normal seviyenin üzerine çıktığında kişinin hayatını, sosyalliğini ve eylemlerini etkileyebilir. İşte bu noktadan sonra psikolojik sorunlar yaratan bir duygu olma özelliği kazanır (James 1990).

Anksiyete otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak, korku ile karakterize patolojik bir durumdur (Abay ve ark 1999). Anksiyete gerçek bir tehlike olmaksızın sanki varmış gibi abartılı ve bireyin günlük yaşamını olumsuz etkileyen

endişeli bir ruh halidir. Kişi anksiyeteyi bir felaket olacakmış, kötü bir haber alacakmış gibi nedeni belli olmayan bir endişe hissi olarak tanımlar (Yıldırım 2010). Çok hafif gerginlikten, yüksek panik seviyelerine kadar değişen geniş bir spektrum gösterebilir. Ağır seyrettiği durumlarda, kişinin benliği bu durumu en ağır fiziksel ağrıdan bile daha çok rahatsız edici bulabilir. Ayrıca organizmada anksiyete sepebsiz bir tehlike olarak görüldüğü için otonom sinir sistemi uyarılır ve kan basıncının artması, nabız yükselmesi, kas tonusu artışı, terleme gibi fizyolojik belirtiler görülebilir (Öztürk ve Uluşahin 2004, Yıldırım 2010).

Sınava giren öğrencinin bir anda hiçbir bilgiyi hatırlayamaması, bir konuşmacının dinleyici karşısında dilinin tutulması, tıp öğrencisinin katıldığı ilk ameliyatta bayılması, diş çekimi sonrasında hastanın bayılması anksiyete kaynaklı oluşan sorunlardır. Bireyin korktuğu durumun, korktukça başına gelme olasılığının arttığını düşünmesi, anksiyetenin paradoksal tarafıdır (Beck ve Emery 2011).

1.6.1 Anksiyetenin Korku-Fobi-Panik ile İlişkisi

1.6.1.1 Anksiyete-korku ilişkisi

Korkuyu tanımlayacak olursak; dış dünyadan gelen, nedeni bilinen, iç çatışmalardan kaynaklanmayan kaygı verici önsezi olarak ifade edebiliriz. Bu tanımdan olayın gerçekleşmediğini fakat gerçekleşme olasılığına karşın kişinin endişe içinde olduğu anlamı çıkmaktadır (Ay ve ark 2005).

Kişi bir korkusundan bahsettiğinde, henüz var olmayan ama gelecekte olabilecek bir durumdan bahsediyor demektir. Bu da korkuya gizil bir özellik katmaktadır. Korku, gerçek veya potansiyel bir tehlikede kişinin tehlikeye karşı tahmini ve değerlendirmesidir (Beck ve Emery 2011).

Korku tehlike olarak görülen durumlarda biyolojik ve mental olarak aktif hale gelir ve anksiyete gelişir. Korku, tehditin büyüklüğünü belirleyen şey iken, anksiyete ise, korku kişiyi etkisi altına alınca ortaya çıkan rahatsızlık verici histir. Korku tehdit olarak kabul edilen duruma karşı verilen zihinsel yanıt iken, anksiyete bu yanıt verilen duygusal tepkidir. Anksiyete ve korku; anksiyetenin duygusal, korkunun zihinsel bir süreç olması yönünden ayrılır (Yıldırım 2010, Beck ve Emery 2011).

Varoluşcu yaklaşımla bakıldığında korku, kişinin varlığının dışından kişiye yönelen tehlikeye tepki, anksiyete ise kişinin varoluşuna, benliğine yönelen bir tehditin algısıdır. Dışarıdan gelen tehditlere tepki olarak ortaya çıkan korku, kişinin kendi varlığına yönelik bir tehlike algıladığında kaçma davranışını harekete geçirir. İnsan sadece dışarıdan gelen tehlikelerden korkmaz; aynı zamanda kendi içinden gelen dürtü ve eğilimlerden, geçmişten gelen anılardan da korkabilir (Öztürk ve Uluşahin 2004).

Korkuyu reel ve reel olmayan olarak ikiye ayırabiliriz. Korku objektif bir temele, mantıklı bir çıkarıma dayanıyorsa reel demektir. Eğer temeli olmayan bir varsayıma, yanlış çıkarımlara dayanıyorsa korku gerçek dışıdır. Anksiyete ise korku gibi gerçeğin değerlendirildiği bir sürece değil de duygusal bir çıkarıma dayandığı için gerçek ve gerçek dışı olarak sınıflandırılmaz (Beck ve Emery 2011).

1.6.1.2 Anksiyete-fobi ilişkisi

Yunanca kaçma anlamına gelen phobos kelimesinden türeyen fobi kelimesinin kökeni düşmanları üzerinde korku yaratan Yunan tanrısı Phobos'tan gelir. Hipokrat bu fobi tanımlamasını yapan ilk filozof olup, fobiyi gece korkusu olanlar ve kediden korkanlar olarak iki temel başlığa ayırır. 1200'lü yıllarda filozoflar tarafından yazılan tıbbi olmayan metinlerde iblis ve tanrı fobisinden bahsedilir. Fobi terim olarak literatüre 19. yy'da girmiştir (Beck ve Emery 2011).

Fobi belli bir uyarana karşı ısrarcı, aşırı ve anlamsız korku anlamına gelmektedir. Fobi spesifik olarak korku veren bir olaydan veya durumdan kaçınmaya karşı çok güçlü bir arzu ve bununla birlikte anksiyete belirtilerinin görülmesiyle karakterizedir (Hood ve Antony 2012).

Fobiyi beş farklı sınıfta katagorize etmek mümkündür. Bunlar; hayvan fobisi (köpek, yılan, böcek, kedi fobisi gibi), doğal çevre fobisi (fırtına, gök gürültüsü, su fobisi gibi), kan-enjeksiyon yaralanması fobisi (kan görülmesi, enjeksiyon yapılması, diş hekimi fobisi gibi), durumsal fobi (asansör, köprü, yükseklik, kapalı alan fobisi gibi), diğer fobiler (boğulma, kusma, hastalık gelişmesi fobisi ve diğer alt tiplere uymayan fobiler)'dir. Fobinin en önemli özelliği kişinin aslında olağan veya normal bir durumu yüksek riskli olarak değerlendirmesidir (Doğan 1993, Armfield 2010, Hood ve Antony 2012).

1.6.1.3 Anksiyete-panik ilişkisi

Panik kelimesinin kullanımı 1600'lü yıllarda başlar ve kökenini Yunan tanrısı Pnikos'tan alır. Panik kelime anlamı olarak, sürekli artan, telaş içerisinde yapılan çeşitli girişimler eşliğinde, ani ve kuvvetli korkudur. Panik fizyolojik ve zihinsel belirtiler eşliğinde, yoğun ve hızlı gelişen bir anksiyete halidir. Panik halindeki kişide yaklaşan bir felaket hissi bulunur. Bu durumda kişide çekingenlik ve yaklaşan bu felaketten kaçıp kurtulma arzusu bulunur (Yıldırım 2010, Beck ve Emery 2011).

1.7 Anksiyete Bozukluklarının Belirtileri

Anksiyete bozuklukları tek bir şekilde kendini göstermez. Karmaşık bir şekilde birbiriyle ilişkili bir çok durumdan oluşur. Bu sebeple anksiyete bozukluklarının belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterir. Fakat birçok insanın tehdit edici bulmadığı durumlarda hissedilen devamlı ve şiddetli korku ile endişe genellikle ortak özellik olarak öne çıkar (Ruscio ve ark 2007, Tillfors ve ark 2009, Kiriş 2012).

1.7.1 Bilişsel Belirtiler

Zihinsel işlemlerin olağandan çok fazla olması veya kısıtlanması durumudur. Kişinin duyu ve düşünceleri huzursuz olmasına yol açar (LeDoux 1998).

1.7.1.1 Duyusal belirtiler

Normal duyu işlemlerin bilişsel süreçle bağlantısı kaybolur ve bu nedenle kişi 'sanki' ile başlayan cümleler kurar. Hipervijilans (aşırı uyanıklık hali), kendini fazla dinleme, halüsinasyon durumları ve olayları gerçek dışı algılama gibi belirtiler duyu belirtilere örnektir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.1.2 Düşünce zorlukları

Kişinin düşünme ve anlama yetilerinde problemler oluşur. Konsantrasyon problemi, objektiflikten uzak olma, unutkanlık, kazalara eğilim bu durumun örnekleridir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.1.3 Kavramsal bozukluklar

Beğenilmeme korkusu, dışlanma korkusu, kontrolü kaybetme hissi, gerçeklik algısında değişim, kötü haber geleceği fikri, derealizasyon (gerçekdışılık hissi, dış dünyaya yabancılık duygusu), depersonalizasyon (kişinin bedenine yabancılık hissetmesi), aklını kaybetme hissi, ölüm korkusu örnek verilebilir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.2 Duygusal Belirtiler

Endişe, kaygı, tasa, tahammülsüzlük, heyecan, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik çaresizlik örnek gösterilebilir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.3 Fizyolojik Belirtiler

1.7.3.1 Kardiyovasküler sistem belirtileri

Hipertansiyon veya hipotansiyon, taşikardi, göğüs ağrısı, aritmidir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.3.2 Pulmoner sistem belirtileri

Nefes darlığı, kesik nefes alma, boğulma hissi, göğüs ağrısı ve göğüste basınç hissidir (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.3.3 Muskuler sistem belirtileri

Titreme, ani kasılma, kaslarda gerginlik, yorgun hissetme, kas seyirmesi, kas ağrısıdır (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.3.4 Nörolojik belirtiler

Tremor, baş dönmesi, baş ağrısı, bayılma, kulak çınlaması, parestezi, anestezi (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.7.3.5 Diğer fizyolojik belirtiler

Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma, terleme, sıcak basması, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, cinsel isteksizlik-güçsüzlük, erken boşalmadır (LeDoux 1998, Eisen ve ark 2002, Erol 2017).

1.8 Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri ve Kuramsal Olarak İncelenmesi

Anksiyete bozukluklarının oluşması tek bir nedene bağlanamaz. Etken sayısı çok fazla olmakla beraber anksiyete bozukluğu çok faktörlü bir kavramdır. Genetik, aile, travma önemli faktörlerdir. Bunu açıklayabilmek için bir takım görüşler ortaya atılmıştır.

1.8.1 Psikanalitik Görüş

1970'li yıllara kadar anksiyetenin oluşum nedenleri Freud'un ortaya attığı psikanalitik görüş ile açıklanıyordu. Bu görüşe göre anksiyete bir iç çatışma ürünüdür. Anksiyete ve iç çatışma kavramlarının ilişkisini anlayabilmek için ruhsal gelişimi anlamak gerekir. İnsan çocukluktan itibaren tüm yaşadığı süreç boyunca ruhsal ve fiziksel istek ve dürtülerini, her istediği zamanda ve yerde gerçekleştiremeyeceğini, bazen de bu isteklerden vazgeçmesi gerektiğini öğrenir. Çocukluk yıllarında hakim olan haz isteği yerini giderek gerçekliğe bırakır. Fakat buna rağmen dürtüler ve istekler yok olmaz ve insan davranışlarında etkili olurlar. İnsan hayat boyunca dürtülerine doyum ararken bir yandan da gerçeklere, toplumsal ve ahlaki yasak ve değerlere uyma çabası gösterir. Bu noktada freud kişiliği üç dizgede ifade eder. Bunlar; alt benlik (id), benlik (ego) ve üst benlik (superego) olarak sınıflandırılır (Yıldırım 2010).

- Alt benlik (id): Kişinin ilkel bir şekilde dürtülerine sürekli doyum aramasıdır.
- Benlik (ego): Gerçeklere uyma zorunluluğu ve koşullara uygun yaşama çabasıdır.
- Üst benlik (superego): Ailesel ve toplumsal yasak ve ahlaki değerlerdir (Yıldırım 2010).

Sıkı ahlak kurallarına bağlı üst benliğin baskısı mevcutken, alt benliğin dürtülerinin doyumu için, benliği sıkıştırmasıyla, benliğin dengesi bozulur. Bu dizgelerin etkinlikleri çoğunlukla bilinçdışı olup, dizgeler arasındaki bağdaşmazlık sonucu iç çatışma ortaya çıkar. Bu çatışma benliğin dürtülerin üstesinden gelemediğini gösterir ve bu durum benlik üzerinde bir tehlike olarak algılanır. Bu durumda, tehlike karşısında korku ve anksiyete gibi doğal tepkiler ortaya çıkar (Doğan 1993, Öztürk ve Uluşahin 2004, Yıldırım 2010).

Bu yaklaşımda kaygının önemli bir yeri vardır. Birey kaygı sayesinde harekete geçer ve girişimde bulunur (Corey ve Ergene 2008). Freud'a göre insan davranışlarındaki amaç dış dünyaya uyum sağlamaktır. Kaygının amacı, kişiyi çevreden gelen tehlikelere karşı uyarmak ve motive etmektir (Erol 2017). Freud kaygıyı üç başlık altında toplar:

- Gerçeklik kaygısı: Gerçekten var olan bir tehdit karşısında ortaya çıkar.
- Ahlaki kaygı: Süperego (üst benlik) ile ego (benlik) arasındaki çatışmadan ortaya çıkar.
- Nevrotik kaygı: İd (alt benlik) ile ego arası çatışmalardan ortaya çıkar (Gençtan ve ark 1998, Erol 2017).

1.8.2 Davranışsal Görüş

Bu görüşte anksiyete çocukluk döneminde başlayan şartlanma, model alma ve öğrenmeye dayanır. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme şekilleri anksiyete oluşumunda çok önemlidir (Öztürk ve Uluşahin 2004, Erol 2017).

Davranışçı görüşü benimseyen psikologlar, anormal davranışların da, tıpkı normal davranışlar gibi sonradan öğrenildiğini belirtir. Buna göre normal davranışlar klasik koşullanma, edinsel koşullanma ve sosyal öğrenme ile gerçekleşir (İnsan 2005). İki uyaran defalarca birlikte verildiğinde, bir süre sonra nötr olan uyarana, kaçınılmalı uyarana verilen tepki verilmeye başlar (Arıkan 1999). 1920 tarihli Albert deneyi buna iyi bir örnektir. Deneyde fareden korkmayan 11 aylık bir bebeğe, fare her gösterildiğinde gürültülü uyarın verilmiştir. Bir süre sonra bebek fareden korkmaya başlamıştır (Feldman 1999). Bu görüşü savunan psikologlar öğrenilen korkunun unutulabileceğini de savunurlar (Do 2004, Erol 2017).

1.8.3 Varoluşçu Görüş

Varoluşçu görüş kişi tehlikeyi doğrudan varoluşana, benliğine tehdit olarak algılayorsa anksiyete oluştuğunu savunur. Bu kuramda anksiyetenin dört önemli nedeni vardır. Bunlar; ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlıktır. Varoluşçu yaklaşımda bu dört durumun neden olduğu kaygılar, korkular ve endişeler incelenir (Yalom 2001, İnsan 2005).

1.8.4 Bilişsel Görüşler

Bu görüşe göre bireyin davranışının açıklanabilmesi için, bireyin toplumu ve kendini algılama tarzı ve yaklaşımı bilinmelidir. Anksiyete olay kaynaklı değil, olayın kişi tarafından nasıl anlaşıldığı ve kişinin çıkarımlarının sonucudur. Bu kuramda klasik ve edinsel koşullanma yetersiz görülüp, öğrenmenin gözlem ve bilgilendirme ile ilişkili olduğu savunulur. Kurama göre, bireyin hafızası ve algısı temel unsurdur (Gençtan ve ark 1998, Do 2004, Erol 2017).

Bu yaklaşımda anksiyete bozukluklarının, beynin kognitif kısmında olduğu ileri sürülmektedir (Beck ve Emery 2011). Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında bilişsel süreç rol oynar. Sinir sisteminde oluşan kuvvetli potansiyel sonucunda; kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, müsküler sistemde oluşan belirtilerle, kişinin algılama ve değerlendirme yetisinde problemler görülür. Olağan durumlar tehlike olarak algılanır ve anksiyete bozuklukları oluşur (Doğan 1993).

1.8.4.1 Bilişsel kaçınma görüşü

Bu kurama göre tasalanma anksiyeteden kaçış yoludur. Tasalanma emosyonel yönden ağır konulardan uzaklaşıp daha az önemli konuları önemsemeyi sağlayan bir süreçtir. Daha çok monolog kendi kendine konuşma şeklinde varolan anksiyeteyi bitirmeyi amaçlamaktadır (Knoester ve ark 2005, Fisher 2007).

1.8.4.2 Üst biliş görüşü

Bu yaklaşımda tasalanma, üstbilişsel düşünceler sayesinde uyarılan bir anksiyete kontrol yöntemidir. İki tipi bulunur.

- Birinci tip: Rutin hayattaki tasalanmalardır. Birey isteyerek bu tip tasalanmalara kapılır ve tasalandığı için olaylara karşı daha hazırlıklı olduğunu düşünür.
- İkinci tip: Kişinin tasalanmalarından tasalanmasıdır. Kişi tasalanmalarının kontrolden çıkarak tehlikeli boyutlara eriştiği ve asla bitmeyeceği yönünde negatif düşüncelere kapılarak tasalanır (Yıldırım 2010).

1.8.4.3 Belirsizliğe dayanma görüşü

Bu kuramda kişi asıl tehlikeyi belirsizlik olarak algılar ve bu belirsizliğe karşı anksiyete oluşur. Kişi belirsiz durumlarda kötü bir olayın gerçekleşeceğine inanır. Bu durum kişinin tasalanma ile ilgili yanlış inançları veya problem çözme yetisindeki yetersizlik sebebiyle de görülebilir (Carleton ve ark 2007, Fisher 2007).

1.8.4.4 Duygulanımın düzenlenmesindeki bozukluk görüşü

Anksiyete bozuklukları ile ilgili son yıllarda geliştirilen bir yaklaşımdır. Bu görüşe göre birey duygularını daha yoğun yaşar ve duygularını kontrol etmekte zorlanabilir. Kişi bu durumda duygularını baskılamaya, yok saymaya, denetlemeye çalışır. Bu duyguların denetlenilmeye çalışıldığı bilişsel süreçte anksiyete bozukluğu oluşabilir (Fisher 2007, Decker ve ark 2008).

1.8.4.5 Paniğin bilişsel kuramı

Bireyin bedeninin fiziksel ve biyolojik belirtilerini, bir tehdit olarak algılaması sonucu, panik nöbetleri şeklinde anksiyete bozukluğu oluşur. Örneğin kişi basit bir kalp çarpıntısını kalp krizi olarak algılar. Böyle bir durumda belirtiler şiddetlenebilir veya çeşitlenebilir (göğüs ağrısı). Kişi panik nöbeti bittiğinde beklediği kötü durum olmadığını görse de, neredeyse olacağına inanır (Salkovskis 2007, Yıldırım 2010).

1.8.4.6 Öğrenme koşullanma kuramı

Bu kurama göre; çocukluktan itibaren birey çeşitli şartlarda ve çeşitli yollarla anksiyeteyi öğrenip kişiliğinin bir parçası yapabilir. Birey tehlikesiz uyarıları bir tehlike olarak algılayıp, onlardan kaçınma yollarını öğrenir. Bunda kişinin yaşadığı olayların ve bu olayların ne sıklıkla ve şiddetle tekrarlandığının önemi büyüktür (Doğan 1993, Yıldırım 2010).

1.8.5 Biyolojik Yaklaşım

Anksiyetesi olan bireyin aile fertlerinin de anksiyeteden yaklaşık %15 oranında etkilendiği savunulmaktadır. Kurama göre bunun sebebi ise kalıtsal yapı değil , aynı ailede yaşayan bireylerin aynı ortamlarda, aynı olayları yaşayıp ortak geçmişe sahip olmalarıdır (Atkinson ve ark 1999, Erol 2017).

1.8.6 İlişkiler Yaklaşımı

Bu yaklaşımda anksiyete toplum içinde beraber yaşam sonucu ortaya çıkan bir kavramdır. Başkaları tarafından onay görmeme ve beğenilmeme korkusu anksiyete oluşumuna neden olabilir (Merey 2010).

1.8.7 Çevresel Etkenler

Bireyin çocukluğunda ona bakan kişiye güven duymaması ileri ki zamanlarda yaygın anksiyete bozukluğuna neden olabilir. Kendisine bakan kişiye güvenmeyen çocuk olası tehditlere karşı duyarlılaşıp, tasalanmaya başlar. Çocuk bu şekilde büyüdüğnde erişkinliğinde de tasalanmayı tehditlere karşı bir savunma mekanizması olarak görür (Fisher 2007, Kiriş 2012).

1.9 Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları; belirtilerin şiddetine, sıklığına, özelliklerine, etkisine ve tipine göre sınıflandırılabilir.

1.9.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, kişinin sosyal ilişkilerine zarar veren, kişide sürekli bir huzursuzluk ve gerilim yaratan, bazı fizyolojik değişikliklerin olmasına da yol açabilen bir durumdur (Beers ve Berkow 1999, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011, Kılıç 2015).

Endişelenme ve kaygı hali altı ay süresince hergün ortaya çıkmaktadır. Bu tasalanma hali çok şiddetlidir ve kişi bunu kontrol altına alamaz. Anksiyete seviyesi gittikçe yükselir. Kaslarda gerginlik, nefes darlığı, düşünmede güçlük çekme, uyku problemleri, terleme, baş ağrısı bazı belirtileridir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

Yaygın anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı %5 civarındadır. Kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazladır. Bireyler genellikle bedensel semptomlardan şikayet eder ve bunlar için çözüm ararlar (Sadock ve Sadock 2008, Starcevic 2009, Kılıç 2015).

1.9.2 Panik Atak

Panik atak, duygularda değişikliklerle görülen kuvvetli bir anksiyete atağıdır. Atak çok hızlı başlayıp, hızlıca zirveye ulaşır. Genellikle kişide atak sırasında kaçma dürtüsü uyanır. Terleme, ateş basması, boğulma hissi, çarpıntı, titreme gibi belirtiler verir (Köroğlu 1998).

1.9.3 Panik bozukluk

Daha önce panik atak geçirmiş bireylerin bu atağın tekrarlanmasına karşı duyduğu endişedir. Bu endişe kişinin hayatını olumsuz etkiler. İnsanların yaklaşık onda biri hayatlarında en az bir kere panik ataak geçirirler. Bu bireylerin hepsine panik bozukluk teşhisi koymak doğru değildir (Kaplan ve Sadock 1988).

Panik bozukluk kadınlarda, erkeklerin yaklaşık iki katı oranındadır. Yaş ilerledikçe bu oranın artığı görülmektedir (Roy-Byrne ve ark 1986, Kılıç 2015).

1.9.4 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesyon, takıntı olarak; kompulsiyon ise, dürtü olarak açıklanabilir. Obsesyon akıl dışı bir kavramdır. Birey saplantılarının yanlış olduğunu bilse de onlardan vazgeçemez. Kompulsiyon, obsesyonun bir sonucudur. Kapı koluna her dokunulduğunda oranın pis olduğunun düşünülmesi ve el yıkanılması buna iyi bir örnektir. Kapı kolunun pis olduğunun düşünülmesi obsesyon, el yıkanması ise kompulsiyondur. Burdan hareketle obsesyonun anksiyeteyi artırdığı, kompulsiyonun azalttığı söylenebilir. Kişi durumun saçma olduğunu bilse de bu tekrarlayıcı düşünceden vazgeçemez, gün içinde aynı eylemleri defalarca gerçekleştirir (Öztürk ve Uluşahin 2004, Kılıç 2015).

Toplumda OKB görülme sıklığı yaklaşık %2'dir. Oluşumunun serotonin düzeyiyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda kalıtsal geçiş olduğunu belirten çalışmalar da vardır (Sadock ve Sadock 2008, Kılıç 2015).

1.9.5 Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB),

Bireyin yaşadığı travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkar ve kişi aynı olayı yaşamaktan tüm gücüyle kaçınır. Bu travma; doğal afet, savaş, hastalık olabilir. Kişi

bu travmayı aklına getirecek olaylardan da uzak durur. Bu durum geçici olabileceği gibi yaşamın sonuna dek sürebilir (Beers ve Berkow 1999, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

1.9.6 Fobiler

1.9.6.1 Sosyal fobi

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ya da sık kullanılan adıyla Sosyal Fobi bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı düşüncesi ve bu konuda belirgin ve sürekli korkusunun olduğu bir kaygı bozukluğudur. Genel anksiyetenin fiziksel belirtileri sosyal fobide de kendini gösterir (Sadock ve Sadock 2008).

1.9.6.2 Agorafobi

Eski Yunancada alan korkusu anlamına gelir. Kişi, evi terketmekten, kamuya açık yerlerde bulunmaktan, alışveriş merkezlerine veya dükkanlara girmekten, kalabalık içerisinde, sinemalarda veya dar ve kapalı odalarda bulunmaktan, ya da trenle, otobüsle veya uçakla seyahat etmekten korkar (Salkovskis 2007).

1.9.6.3 Özgül fobi

Özgü fobiye sahip kişiler; belirli bir cisim, canlı veya durumdan aşırı korkarlar. Korku yaratacak duruma karşı yoğun ve inatçı bir korku vardır. En çok görülen tipi hayvan fobisidir. Yükseklik fobisi de sık görülen fobilerdendir. Diş çektirme fobisi de özgül fobilere dahil edilebilir (Salkovskis 2007).

Özgül fobiler diğer birçok anksiyete bozukluğundan, bireyin korktuğu cisim veya durumun olmadığı ara dönemdeki davranış düzelmesiyle ayrılır. Özgül fobide sadece uyaran olduğunda aşırı anksiyete görülür (Birliği 1995).

Toplumda görülme sıklığı yaklaşık %10 kadardır ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür (Berksun 2003).

1.10 Dental Anksiyete Tanımı ve İçeriği

Dental anksiyeteyi, diş tedavilerine ve bu tedavileri gerçekleştirecek diş hekimlerine karşı oluşan korku ve kaygının bireyde oluşturduğu bunalım ve huzursuzluk hali olarak tanımlayabiliriz (Armfield ve ark 2006).

Yapılan araştırmalarda dental anksiyete (diş hekimi korkusu) en çok rastalanan korkular sıralamasında dördüncü sıradadır. Bu yüzden dental anksiyetenin varlığı uzun süredir bilinmekte ve araştırılmaktadır (Beena 2013).

Düzenli olarak diş hekimine gitmeyen veya sadece ileri düzeyde rahatsızlık hissettiğinde diş hekimine giden bireylerde, düzenli diş hekimine giden bireylere göre anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hägglin ve ark 2000). Kişilerin bu şekilde tedaviyi geciktirmeleri, gitmemeleri veya tedavileri yarım bırakmaları sebebiyle ideal şartlarda bir tedavi yapmak imkansız hale gelir. Bunun sonucunda oral problemler geri dönüşümsüz hale gelip, daha komplike tedaviler gerekir. Yapılan çalışmalarda bu tür kişilerde popülasyona oranla daha fazla diş kaybı, periodontal problem, çürük görülmüştür. Bu durum da hastaya konfor, para ve zaman kaybı olarak geri döner (Hakeberg ve ark 1993, Kılıç 2015).

Dental tedavilerin ihmal edilmesiyle oral sağlığın bozulması sinüzit, sepsis, fasiyal osteomyelit, pnömoni, mediastinitis, ateş gibi birçok ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (Mehrstedt ve ark 2007, Aich ve ark 2009, Chrousos 2009). Oral sağlığın bozulması aynı zamanda kişide özgüveninin ve kendisine saygısının azalmasına ve buna bağlı olarak depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Yapılan çalışmalarda güçlü dental anksiyetesi olan bireylerde sigara ve alkol kullanımının daha fazla olduğu gösterilmiştir (Mehrstedt ve ark 2007, Demiralp 2010).

Yapılan bir çalışmada dental anksiyetesi olan bireyler anksiyete düzeylerine göre dört grupta sınıflandırılmıştır (Ost ve ark 2013).

- Düşük derecede dental anksiyetesi olan hastalar: Düzenli olarak dental tedavilerine giderler.
- Orta derecede dental anksiyetesi olan hastalar: Bu gruptaki hastalar Milgrom'a göre nefret ederek gidenler olarak sınıflanılmaktadır. Diş

hekimlerine gitmelerine rağmen ziyaretlerindeki düzensizlikler dikkat çekmektedir.

- Yüksek derecede dental anksiyetesi olan hastalar: Bu gruptaki hastalar acil tedaviler ve bazen de konvansiyonel diş tedavileri dışında diş hekimine gitmezler.
- Bütün dental tedavilerden kaçınan, dental fobik hastalar: Kesinlikle diş hekimine gitmezler (Ost ve ark 2013, Tanıdır 2015).

Dental fobik bireyleri dental anksiyetesi olan bireylerden ayıran fark, dental fobik bireylerin şartlar ne olursa olsun asla diş hekimine gitmemelidir. Korku duyan hastalarsa mecbur kaldıklarında zor olsa da tedaviyi yaptırırlar (Ayer Jr ve ark 1983, Yıldırım 2010).

Dental anksiyetesi olan hastalar, tedaviden kaçtıkları için kötü oral hijyen sorunuyla karşılaşabilirler. Oral sağlığın bozulması suçluluk, utanç ve aşağılık kompleksi, toplum içinde gülme korkusu gibi duyguları artırmakta ve bu da dental anksiyetenin daha da artmasına neden olmaktadır (Moore ve ark 2004). Bu tür kişiler dental tedavilerini yaptırmadıkları ve bu yüzden kötü oral hijyene sahip oldukları düşüncesiyle suçluluk hissederler. Bu suçluluk hissi sonucunda hekime gitmekten utanırlar. Bu şekilde bir çeşit kısır döngüye girip hekime uzun süre gidemezler (Lautch 1971, Berggren ve Meynert 1984).

Yapılan araştırmalarda hasta anksiyetesinin hekimi de etkilediği görülmüştür. Hastanın bu tutumu hekim için potansiyel bir stres oluşturmakta özellikle zorluk düzeyi yüksek tedavilerde başarıyı etkileyebilmektedir. Hastanın anksiyetesiyle tedavi başarısının korele olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur. Ayrıca anksiyetik hastalar, sakin hastalara göre hekim koltuğunda %20 oranında daha fazla oturmaktadır (Filewich ve ark 1981, Anderson ve ark 1991, Demiralp 2010).

Gömülü 3. molar diş çekimi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi'nde en çok uygulanan işlemlerden olmasına rağmen anksiyete ile ilişkisine dair literatürde çok fazla çalışma bulunmamaktadır (Yusa ve ark 2004, Lago-Méndez ve ark 2006). Bir araştırmada implant cerrahisi, diş çekimi, sert ve yumuşak doku lezyonlarıyla kıyalandığında; gömülü 20 yaş dışı çekiminin hastalarda daha çok korkuya neden olduğu belirtilmektedir (Sirin ve ark 2012, Tanıdır 2015).

1.11 Dental Anksiyetenin Etiyolojisi

Dental anksiyete ve fobi olgusu multifaktöriyel ve kompleks bir etiyojolojiye sahip olup tek bir faktörle açıklanamaz. Etkili olan bütün faktörler bir araya gelip dental anksiyeteyi oluşturur.

Genel olarak dental anksiyetenin etiyojijisinde:

- Dental tedavi tecrübesi ve hastanın başından geçen deneyimler
- Sosyal etkileşimler (aile, arkadaş, tv vb. yayın organları)
- Hastanın hekim hakkında düşünceleri ve güveni
- Kişilik özellikleri ve genetik
- Hekim yaklaşımı
- Ağrı beklentisi
- Bilinmezlik korkusu
- Yaralanma ve zarar görme korkusu gibi faktörlerin varlığından söz edilebilir (Locker 2003).

Dental tecrübe anksiyete oluşumundaki en önemli faktörler arasındadır. Dental anksiyete daha önceki dental tedavide yaşanmış olumsuzluklardan (komplikasyon, kötü hasta-hekim ilişkisi gibi) kaynaklanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda olumsuz dental tecrübenin dental anksiyeteyi önemli oranda artırdığı görülmüştür (Vassend ve therapy 1993). Bu, dental anksiyeteyi direk şartlanmayla öğrenme yoludur. Birey dental tedavide bir defa travmayla karşılaştığı zaman bunu tolere edebilir. Ancak benzer bir travmayla tekrar karşılaştığında dental tedavilere karşı fobi geliştirebilir. Dental işlemler sırasında yaşanan mental ve fiziksel travmalar fobi oluşumu için yeterli bir sebeptir (Lautch 1971, Kılıç 2015). Çocukluk döneminde yaşanan kötü dental tecrübeler de dental anksiyete oluşumunda çok önemli bir faktördür. Birçok araştırma bunu desteklemektedir (Locker 2003)

İnsan dental anksiyeteyi sadece dental tecrübelerle edinmez. Aile bireyleri, arkadaşlar, sosyal çevre gibi etkenler dental anksiyetenin oluşumunda çok önemlidir. Anksiyete ve korku; gözlem, kendiyle özdeşleştirme ve telkin yoluyla çevreden öğrenilerek indirekt şartlanmayla oluşabilir (Eli ve ark 1997). Yapılan bir çalışmada dental anksiyetesi olan bireylerin çoğunun alilelerinde diş hekimlerine karşı olumsuz bir tutum olduğu görülmektedir (Shoben Jr ve Borland 1954).

Yapılan bir çalışmada olumsuz dental tecrübe bir etken olsa da dental anksiyetesi olan bireylerin yaklaşık dörtte birinin diş hekimine gitmeden de korku duydukları görülmüştür (Berggren ve Meynert 1984). Yinelenen travmanın fobi oluşumunda predispozan olmadığını savunan görüşler de mevcuttur (Forgione ve Clark 1974, Yıldırım 2010).

Kişinin geçmiş dental tecrübeleri diş hekimine karşı duyacağı güveni belirler. Kişinin sosyal yaşamında ilk defa gördüğü birine güvenmemesi gayet normaldir. Tıpkı bunun gibi ilk defa gördüğü bir diş hekimine koşulsuz güvenmesi de beklenmemelidir. Kişinin, diş hekimi koltuğuna oturduğunda tedirginlik duyması normaldir. Özellikle diş hekimliği gibi, hastanın bilinci yerindeyken işlem yapılan bir alanda hastanın hekime tam olarak güvenmesi gerekmektedir (Firestein 1976).

Kişinin yabancı gördüğü bir hekime güvenmesi psikanalistler tarafından, Freud'un aktarım kuramıyla açıklanır. Bu kurama göre, kişinin başka insanlara olan güven duygusu; aile yaşantısı, tecrübeler, sosyal çevre ile şekillenir. Eğer bir bireyin olumlu yönde dental tecrübeleri ve sosyal çevresinde de dental tedavi konusunda olumlu görüşler varsa, birey diş hekimine güvenir. Bu durum pozitif aktarımdır. Bunun tersi bir durumda ise negatif aktarım gerçekleşir. Birey diş hekimine güvenmeyip, hekimin kötü tedavi yapacağına ve kendisine zarar vereceğine inanır (Firestein 1976).

Dental anksiyeteyi etkileyen bir diğer faktör ise bireyin psikolojik durumu ve genel kişisel özellikleridir. Yapılan bir çok çalışmada dental anksiyetenin, genel korkular ve psikolojik stresle ilişkili olduğu görülmüştür (Gale 1972, Gatchel ve ark 1983). Yapılan çalışmalarda yüksek süreklilik anksiyete skorlarına sahip bireylerin dental tedavi sırasında daha çok anksiyete hissettikleri ve ağrı duymaya daha meyilli oldukları belirtilmiştir (Klages ve ark 2006, Lago-Méndez ve ark 2006). Yapılan bir diğer çalışmada yüksek dental anksiyeteye sahip kişilerin yüksek süreklilik anksiyetesi gösterme meyilinde oldukları, fakat yüksek süreklilik anksiyetesi gösteren bireylerin her zaman dental anksiyete göstermedikleri gösterilmiştir (Fuentes ve ark 2009, Demiralp 2010).

Dental anksiyeteyi etkileyen bir diğer etkenin ise kalıtsal yapı olduğu düşünülmektedir. Melanocortin-1 receptor geni (MC1R) beyinde ağrı, anksiyete ve

korkuyu oluşturan bölümde bulunan bir gen dir (Liem ve ark 2005). Bu gen in mutasyonlarında anesteziye karşı duyarlılığın azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur(Liem ve ark 2004, Liem ve ark 2005). Bu yüzden bu hastalara yapılan lokal anesteziler tam başarıya ulaşamamakta veya yüksek dozda lokal anestezi gerekmektedir. Bundan dolayı yeterli olmayan bir anesteziyle işlem yapmak anksiyetenin artmasına ve dolayısıyla dental tedaviden kaçınmaya neden olabilir. Melanocortin-1 receptor geninde farklılık olan bireylerde dental tedaviden kaçınma eyleminin olmayanlara göre iki kat olduğu görülmüştür (Binkley ve ark 2009, Demiralp 2010).

Geçmişten bugüne, dental anksiyetenin esas kaynağının ağrı korkusu olduğu düşünülmüştür. Fakat gelişen teknik yapılar ve medikal ilaçlar(anestezikler) dental işlem sırasındaki ağrıyı azaltmasına rağmen dental anksiyete azalmamıştır. Bu da anksiyete sorununun sadece ağrı olmadığının kanıtıdır (Firestein 1976).

Ağrı kişiden kişiye değişen subjektif ve öznel bir kavramdır. Kişide ağrının hissedilme yoğunluğu; kişinin yapısal, fiziksel ve mental özelliklerine göre değişen ağrı eşiğine bağlıdır. Her bireyin, ağrının tipine bağlı olarak ağrı eşiği farklıdır. Fobik bireylerde normal bireylere göre ağrı eşiğinin daha düşük olduğu görülmüştür (Lautch 1971).Düşük ağrı eşiği dental anksiyete düzeyini artıran bir faktör olarak görülebilir (Forgione ve Clark 1974, Kılıç 2015).

Bazı araştırmalarda ağrı beklentisi dental anksiyetinin en büyük sebebi olarak görülmektedir (Forgione ve Clark 1974). Bir çalışmaya göre ise dental anksiyetenin erken dönemde en önemli sebebi hekim yaklaşımı ve profesyonelliği iken, ileri dönemde ağrı beklentisi olduğu belirtilmiştir (Berggren ve Meynert 1984, Yıldırım 2010).

Dental anksiyete oluşumunda dental tedavinin tipi de önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda, diş çekimi ve kanal tedavisinin en çok korkulan dental prosedür olduğu, dıştaşı temizliğinin ise en az korkulan prosedür olduğu vurgulanmıştır (Wong ve Lytle 1991, Udoe ve ark 2005). Bunun aksine yapılan bir diğer araştırmada periodontal tedavinin en çok korkulan prosedür olduğu, bunu kanal tedavisi ve oral cerrahinin izlediği belirtilmiştir. Bu çalışmalar arasındaki anlamlı farkın sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklardan ortaya çıkabileceği savunulmuştur (Holtzman ve ark 1997).

Çalışmalardaki ortak nokta oral cerrahi prosedürlerin üst düzeyde dental anksiyete oluşturma potansiyelleridir. Eski çalışmalar, kanal tedavisi ve dolgu işlemlerinin en yüksek anksiyete düzeyini oluşturduğu yönündedir. Bunun nedeninin sınırlı ve yetersiz cerrahi prosedür olduğu söylenebilir. Günümüzde cerrahi prosedürlerin gelişmesi ve uygulanmasının artmasıyla oral cerrahi işlemleri dental anksiyete düzeyini en çok artıran işlemler olmuştur (Moberg ve ark 2001, Kılıç 2015).

1.12 Dental Anksiyetenin Belirtileri

Hastaların hekimle karşılaştıkları ilk andan itibaren gözlemlenmesi, dental anksiyete bulgularına rastlanması durumunda izlenecek yol açısından önemlidir. Anksiyetenin genel tanımında yer alan bulgular dental anksiyete için de geçerlidir. Fakat bazı spesifik bulgular da vardır. Dental anksiyetede bulgular genel olarak bireyseldir. Fakat ortak noktalar da vardır (Firestein 1976, Ilgüy ve ark 2005). Anksiyete belirlenmesinde en etkili yöntem gözlem ve iletişim olmakla beraber bunlar yetersiz kaldığında sözel ve yazılı formlara geçilebilir (King ve ark 2004, Erol 2017).

Genel olarak dental anksiyete belirtileri:

- Problem randevunun alınmasında başlar. Hasta randevuyu seçemez, erteler veya değiştirir.
- Hasta hekimle tanışırken çekingen davranır.
- Nefes almada değişimler görülür. Hasta düzensiz, sık nefes alıp verir ve arada bir iç çeker.
- Hastanın kasları gergin, ekstremiteleri serttir, dişini sıkar.
- Ağızını çok açmaktan çekinir.
- İşlem sırasında sık sık tükürüp veya ağız çalkalayıp işleme ara verdimeye çalışır.
- Baş dönmesi, bulantı, kusma görülebilir.
- Hekimin kolunu tutarak durdurmaya çalışır.
- Koltuktaki pozisyonu rahatsızdır. Sürekli ayaklarını hareket ettirir. Bu bir kaçma belirtisidir.
- Konuşkan biri ise sessizleşebilir veya sessiz biriye çok konuşabilir.
- Yapılacak işlem ne olursa olsun genel anestezi altında tedavi olmayı talep eder.

- En ciddi belirti ise panik atak ve bayılmadır (Krochak 1988, Ilgüy ve ark 2005, Yıldırım 2010, Erol 2017).

1.13 Dental Anksiyetenin Görülme Sıklığı

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda anksiyete ölçeklerinin kullanılması ve anksiyete düzey tanımlanmasında bir standardizasyon olmaması nedeniyle dental anksiyetenin toplumlarda görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir (Moore ve ark 1993). Dental anksiyete birçok toplumda sıklıkla görülen ortak bir sağlık problemidir (Locker ve Liddell 1991).

Dental tedavilerde teknolojik gelişmelerle çok daha ileri seviyeye gelinip, hasta ve hekim konforu ne kadar artırılrsa da, dental anksiyete prevalansı hakkında günümüzde yapılan çalışmalarla, yaklaşık 50 yıl önce yapılan çalışmalar arasında kayda değer bir fark görülmemektedir (Ost ve ark 2013).

Farklı toplumlar ve popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, değişken prevalans değerleri görülmüştür. Bu durumun kültürel farklılıklar, kullanılan ölçütler veya değerlendirme yöntemlerine bağlı olabileceği düşünülmektedir (Locker ve ark 1996).

Çocuklar ve ergenlerde dental anksiyetenin değerlendirildiği bir çalışmada toplumlardaki kültürel ve sosyal parametreler nedeniyle dental anksiyete prevalansının %3 ile %43 arasında değişebileceği gösterilmiştir (Folayan ve ark 2004).

İsveç toplumunda yapılan bir çalışmada toplumun yaklaşık yarısının dental tedaviden tedirginlik hissettiği ve yaklaşık %6'sının da yüksek dental anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür (Berggren ve Meynert 1984, Kiriş 2012).

Danimarka'da yapılan bir araştırmada popülasyonun yaklaşık %40'ının herhangi bir düzeyde, yaklaşık %6'sının orta düzeyde ve yaklaşık %4'ünün yüksek düzeyde anksiyete hissettikleri rapor edilmiştir (Moore ve ark 1993).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada şiddetli dental anksiyeteye sahip erişkinler toplumun %16.4'ünü oluşturmaktadır (Armfield ve ark 2006).

Türkiyede yapılan çalışmalarda dental anksiyete prevalansının %21.3 ile %23.5 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Tunc ve ark 2005, Fırat ve ark 2006, Yıldırım 2010).

En sonunda genel olarak bakıldığında toplumlara ve uygulanan anksiyete ölçme tekniklerine göre değişiklik gösterse de yüksek dental anksiyete prevalansının yaklaşık olarak %2.5 ile %25 arasında değiştiği görülmektedir (Milgrom ve ark 1988, Locker ve Liddell 1991, Hakeberg ve ark 1992, Yıldırım 2010).

1.13.1 Dental Anksiyetenin Demografik Özelliklerle İlişkisi

1.13.1.1 Yaş

Dental anksiyete bozukluklarının, yaşamın her döneminde oluşabileceği gibi en çok çocukluk ve adölesan dönemde oluştuğu düşünülmektedir. Dental anksiyetelerin yaklaşık onda dokuzunun çocukluk döneminde başladığı bildirilmektedir. Literatürde bu anksiyete bozukluklarının görülme yaşı tam olarak belirtilmese de birçok araştırmada yaş arttıkça anksiyete düzeyinin gerilediği rapor edilmiştir (Hakeberg ve ark 1992, Ragnarsson 1998, Kılıç 2015).

Yapılan bir çalışmada 35-44 yaş aralığı ile 18-34 yaş aralığındaki yüksek dental anksiyete seviyeleri araştırıldığında; anksiyetenin 35-44 yaş grubunda daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Thomson ve ark 1996).

Erişkinler üzerinde yapılan bir diğer dental anksiyete prevalans araştırmasında ise; 40-64 yaş arası en yüksek değerlere ulaşılırken, 80 yaş ve ilerisinde en düşük değerler görülmektedir. 40-64 yaşındaki bu artışın nedeni hayat stresi ve hastalıkların artmasına bağlanmaktadır (Armfield ve ark 2006, Yıldırım 2010).

Yapılan tüm araştırmalar sonucunda anksiyete prevalansı ve yaş arasında kesin bir korelasyon olmamakla beraber çocukluk ve adölesan döneminde en yüksek değerlere ulaşmış, yetişkinlikte de bu durumun istikrarlı olarak devam ettiği ancak yaşlılık döneminde ise azaldığı söylenebilir (Ost ve ark 2013, Tanıdır 2015).

1.13.1.2 Cinsiyet

Yapılan birçok çalışmada dental anksiyeteninde genel anksiyete gibi kadınlarda erkeklere oranla iki kat görüldüğü rapor edilmiştir (Kleinknecht ve ark 1973, Moore ve ark 1993). Bunun nedenini kadınların ağrı eşiklerinin düşük olmasıyla açıklayan çalışmalar mevcuttur (Vallerand 1995). Bu durum kadınların duygularını erkeklerden daha kolay dile getirmeleriyle de açıklanabilir (Moore ve ark 1993). Ayrıca bazı çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha rahat yalan söyleyerek gerçek duygularını sakladıkları rapor edilmiştir (Pierce ve ark 1992, Yıldırım 2010).

1.13.1.3 Sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyi

Bireyin sosyo-ekonomik düzeyinin yaşam standartlarını belirlediği gibi, alacağı sağlık hizmeti kalitesine de etki ettiği söylenebilir. Yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerin rutin dental kontrollere daha sık gittiği ve bunun sonucu olarak dental anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu görüşü hakimdir (Kegeles 1963, Berggren ve Meynert 1984, Armfield ve ark 2006, Kılıç 2015).

Eğitim düzeyiyle dental anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça anksiyetenin düştüğü kaydedilmiştir (Moore ve ark 1993). Buna karşın eğitim düzeyi ile anksiyete arasında hiçbir korelasyon olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (Hakeberg ve ark 1992, Hakeberg ve ark 1993).

1.14 Dental Anksiyetenin Azaltılmasında Kullanılabilecek Yöntemler

Dental anksiyete oral sağlığı sağlamadaki en önemli etkenlerden biridir. Bu yüzden hastaların dental anksiyetleri azaltılmalı yada mümkünse bitirilmelidir. Oral kavite bireyin sosyal hayatında, fizyolojik gereksinimlerini karşılama ve cinsel hayatında önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden bireyler oral kaviteyi özel bir bölge olarak görürler. Yabancı bir kişi olan diş hekiminin bu özel bölgeyi muayene etmesi ve uzun süren tedaviler uygulaması hastalar için endişe verici olabilir. Bu endişenin giderilebilmesinin tek yolu hastanın diş hekimine tam güvenmesidir (Firestein 1976).

Dental anksiyeteyi azaltmak veya bitirmek için hastaların dental anksiyete seviyelerinin bilinmesi, altında yatan sebeplerin belirlenmesi ve hastanın bu durumla nasıl başa çıkabileceğinin anlaşılması gerekmektedir (De Jongh ve ark 2005).

Diş hekimi mesleğinde gerekli tecrübe ve yetkinlikte olsa da dental anksiyete tedaviyi zorlaştıran bir durumdur ve fazladan zaman, efor ve sabır gerektirir. Hastanın dental anksiyetesinin azaltılmasında hekimin davranış ve tutumları anahtar rol oynar (De Jongh ve ark 2005).

Diş hekimi ileri düzey dental anksiyeteyle tek başına baş edemeyebilir. Böyle bir durumda detaylı bir çalışma sonucunda hastanın bir psikoterapi görmesi ve gerekirse farmakolojik tedavi yardımı alması gerekebilir (De Jongh ve ark 2005).

Orta ve düşük düzeyde anksiyetede ise süreç biraz daha kolay olmakla beraber çoğu zaman bir diş hekimi bu durumun üstesinden gelebilir. Orta düzey anksiyete azaltma stratejileri; anksiyete azaltıcı tedavi protokolü, farmakolojik destek ve başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi olarak üç başlık altında toplanabilir (De Jongh ve ark 2005).

1.14.1 Dental Anksiyete Azaltıcı Tedavi Protokolü

Diş hekiminin hastalara faydalı olması için öncelikle detaylı bir anamnez alması ve bu sayede hastanın dental anksiyete seviyesi ve etkenleri konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Hastanın sistemik problemleri, dental tecrübeleri, korktuğu işlemler veya durumlar, tedavi beklentileri belirlenmeli ve tedavi planı buna göre oluşturulmalıdır (Epstein 1988).

Hekim hastaya her zaman kontrol ve güven hissi vermelidir. Hasta tedavi süresince beklendik veya beklenmedik bir problem olduğunda hekimin yetenekleri ve tecrübesiyle üstesinden gelebileceğini bilmelidir. Ayrıca tedavi boyunca kabul etmediği ve istemediği hiçbir şeyin kendisine uygulanmayacağını bilmelidir (Epstein 1988, Filewich 1988).

Hekimin hastayı dinlemesi ilişkiyi güçlendirir. Hastada önemsendiği ve fiziksel, sosyal ve duygusal gerekinimlerinin anlaşıldığı hissi uyandırır. Hekim hastaya yumuşak, soğukkanlı ve samimi bir şekilde yaklaşmalıdır (Epstein 1988).

Ajite bir hasta kliniğe ilk geldiğinde, hastanın kendini rahat hissetmesi sağlanmalı sessiz ve sakin bir ortamda sakince dinlenmeli ve gözlemlenmelidir. Bu ortam mümkünse tedavinin yapılacağı oda dışında bir oda veya mümkün değilse dış

hekim koltuğu dışında bir koltuk olmalıdır. Hasta gelir gelmez kesinlikle diş hekim koltuğuna oturtulmamalıdır (Epstein 1988, Yıldırım 2010).

Anksiyetesi olan hastalar, diğer hastalara göre daha çok zaman alırlar. O yüzden bu hastalara randevu verirken geniş zaman dilimi ayrılmalıdır. Bu hastaların ilk randevularında tedaviden kaçınılmalı, hastanın güveni kazanılıp ortama alışması sağlanmalıdır. Ağrı gibi acil durumlarda palyatif tedavi yapılmalı kesin tedavi sonraki seanslara ertelenmelidir (Epstein 1988, Yıldırım 2010).

Hastanın kendisine yapılacak tedavileri ve uygulamaları önceden biliyor olması rahatlatıcı bir faktördür. Hekim hastayı; kullanacağı aletler, tedavinin komplikasyonları ve olası sonuçları gibi konularda bilgilendirmeli, hastanın kontrol duygusunu kaybetmemesini sağlamalıdır. Bu, sadece tedavinin başlangıcında değil, tedavi süresince ve sırasında da devam etmelidir (Kleinknecht ve ark 1973, De Jongh ve ark 2005).

Hastanın endişe verici bir durum karşısında kontrol sahibi olması ve gerektiği yerde müdahale edebilecek durumda olması hastayı rahatlatan bir faktördür. Bunun en kolay şekli hastanın canı acıdığında, haber vermesi halinde hekimin hemen duracağının garantisini vermesidir (Milgrom ve ark 1988).

Hekimin stres yaratacak uygulamalarda birkaç dakikalık aralar vermesi hastanın anksiyetesinin azalmasına yardımcı olacaktır. Hekim hastanın reaksiyonlarına karşı duyarlı olmalı, eğer hasta hazır olmadığı bir anda ağrı duymasına neden olursa hemen ara vermelidir (Scott ve ark 1984).

Hastanın düşünce ve duygularını kontrol etmelerine yardımcı olmaları için, en çok kullanılan yöntem, dikkati başka tarafa çekmedir. Zaten hastaların çoğunluğu bu tekniği kendiliğinden uyguladıkları için, bu tekniğin desteklenmesi fayda sağlayacaktır. Bunun için resim, müzik ve videodan yararlanılabilir (Corah ve ark 1981). Bazı hekimler ölçü alma sırasında hastanın kusma riski bulunuyor ise, hastadan ayaklarını kaldırıp indirmesini isteyebilirler (Kaplan ve Sadock 1988, Kiriş 2012).

Dental anksiyetesi olan kişilerin özgüvenlerinde genellikle noksanlıklar bulunur. Bu hastalara tedaviden sonra yapılan işlemin bir olumsuz etkisi olup olmadığı ve tedavi hakkındaki görüşleri sorulmalıdır. Böylelikle hastanın tedavi hakkındaki

yanlış düşünceleri düzeltilip, tedavide değişikliklere gidilebilir. Ayrıca bu, hastanın bir sonraki randevusuna daha düşük anksiyeteye gelmesini sağlar (Milgrom ve ark 1988, Kiriş 2012).

Anksiyetenin azaltılmasında bir diğer teknik ise modelleme tekniğidir. Bu teknikte, hastaya uygulanacak tedavinin başarıyla uygulandığı bir model gösterilir. Kendine yapılacak işlemin, başka bir modelde yapıldığını ve problem olmadığını gören kişi aynı davranışı gösterecektir. Modelleme kişi üzerinden veya video, slayt gösterisi gibi yöntemlerle uygulanabilir (Shaw ve Thoresen 1974, Yıldırım 2010).

Anksiyete azaltma yöntemlerinden birisi de hastanın korktuğu uyaranla sık ve tekrarlar şekilde karşılaşmasıdır. Diş hekimi ile sık karşılaşan hasta seansların büyük bölümünün ağrısız geçtiğini ve durumun düşündüğü kadar korkunç olmadığını düşünür. Bu yüzden anksiyeteli hastaların randevuları arası kısa tutulmalıdır. Ayrıca bu şekilde hastanın dış dünyadan gelen uyaranlardan etkilenmesi de azaltılmış olur (Kent ve ark 1996, Kiriş 2012).

Dental anksiyete bazen hekim veya hastanın özel bir çabası olmadan da azalabilmektedir. Tedavi sırasında yaşanan ağrının tedaviden önce beklenen ağrıdan düşük olması bu anksiyete azalmasının sebebi olabilir (Kent ve ark 1996).

1.14.2 Farmakolojik Destek

Dental anksiyeteyi azaltmanın bir diğer yolu da farmakolojik destek almaktır. Dental anksiyete sebebiyle uzun süre dental tedavi görmeyen hastalarda genellikle yapılacak işlemler bir hayli fazladır. Böyle durumlarda genel anestezi veya sedasyon yoluna gidilerek hem hasta rahatlatılıp hem de hekimin tüm işlemleri aynı anda etkin bir şekilde yapması sağlanabilir (De Jongh ve ark 2005, Yıldırım 2010).

Bilinçli sedasyon sağlamak amacıyla, bir çok sedatif ajan bulunmaktadır. Sedatif ajanlar değişik klinik belirtilere ve komplikasyonlara neden olabileceğinden hastanın sağlık durumu iyi araştırılmalı, detaylı anamnez alınmalı ve hastanın tedaviden beklentisi öğrenilmelidir. Genel olarak fizyolojik ve psikolojik durumu stabil olan hastalara sedasyon uygulanmalıdır (Jackson ve Johnson 2002).

Sedasyonda kullanılacak ajanların güvenli ve efektif olması önemlidir. Premedikasyon olarak benzodiazepinler kullanılırken, inhaler sedatif olarak da nitroz

oksit/oksijen kombinasyonu (N₂O/O₂) kullanılır. Ayrıca nitroz oksit/ oksijen kombinasyonuna ek olarak intravenöz midazolam uygulaması da yapılmaktadır (Jackson ve Johnson 2002, Yıldırım 2010).

Sedatifler hastaların anksiyetesini azaltmaya yönelik bir tedavi ajanı olmadığı için, davranışsal rahatlatma teknikleriyle karşılaştırıldığında anksiyeteyi azaltma etkinliklerinin çok daha az olduğu görülmüştür (Litt ve ark 1993).

1.14.3 Başa Çıkma Yöntemlerinin Öğretilmesi

Anksiyeteye başa çıkma yöntemlerinin ilki dikkatin dağıtılmasıdır. Hastadan sevdiği bir müziği dinlemesi, görsel bir objeye odaklanması, zihninde problem çözmesi istenebilir. Bu işlemlerin anksiyete üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Corah ve ark 1979, Seyrek ve ark 1984, Yıldırım 2010).

Bir diğer yöntem ise rahatlatma yöntemidir. Bu yöntemde kulaklıkla, zihinde canlandırma veya egzersizle kasların gevşemesi ve zihnin boşalması sağlanabilir. Bu yöntemin dezavantajı en az 10 seans gerekmesi ve bunun da çok fazla zaman kaybettirmesidir (De Jongh ve ark 2005).

Hipnoz yöntemi de anksiyeteyi azaltmada kullanılabilir. Bu işlem sadece uzman kişiler tarafından uygulanmalıdır. Hipnoz yöntemi uzun dönemde diğer psikolojik ve farmakolojik yöntemler kadar etkin değildir (Moore ve ark 2002, Hermes ve ark 2005).

1.15 Dental Anksiyete ve Korkuyu Belirlemede Kullanılan Ölçekler

Diş hekimine gelen hastaların dental anksiyete ve korkularının düzeyinin ölçülmesi, hekimin tedavi sırasında olabilecek tepkilere önlem almasını sağlar. Ayrıca mevcut anksiyete düzeyinin bilinmesi hekimin anksiyeteyi azaltma yönünde ne tür önlem alacağı konusunda yol gösterici olur (Johansson ve Berggren 1992).

Bireyin dental anksiyete düzeyini belirlemek için birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler genellikle hastanın kendi okuyup doldurduğu anketlerden oluşur. Tedavi öncesi bu anketlerin doldurulmasının hastanın dental anksiyetesini artırıcı bir özelliği bulunmamaktadır (Humphris ve ark 2006, Yıldırım 2010).

Dental anksiyeteyi ölçmek için kullanılan bu ölçekler; basit ve pratik kullanımlı olmalı, dental anksiyete ve korkunun tüm özelliklerini kapsamalı, geçerli ve güvenilir olduğu ispatlanmış olmalıdır (Hakeberg ve Berggren 1997).

Anksiyete ölçekleri kullanılmadan önce kültür, dil ve psikometrik skalalar dikkatle incelenmeli ve topluma göre uyarlanmış ölçekler tekrar geçerli hale gelmeden kullanılmamalıdır (Firat ve ark 2006).

Yapılan bir çalışmada dental anksiyete ölçekleri değerlendirilmiş hiçbir ölçeğin tek başına kullanılması yeterli bulunmamış ve birkaç ölçeğin birarada kullanılması önerilmiştir (Schuurs ve ark 1993, Yıldırım 2010).

Dental anksiyete düzeyinin belirlenmesinde en çok kullanılan ölçekler şunlardır:

- Dental Anksiyete Skalası (DAS: Dental Anxiety Scale)
- Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS: Modified Dental Anxiety Scale)
- Vizüel Analog Skala (VAS: Visual Analogue Scale)
- Spielberger Anksiyete Skalası (STAI: Spielberger's State- Trait Anxiety Inventory)
- Dental Korku Skalası (DFS: Dental Fear Scale)
- Dental Anksiyete Sorusu (DAQ: Dental Anxiety Question)
- Fotograf Anksiyete Anketi (PAQ: Photo Anxiety Questionnaire)
- Gatchel'in Korku Skalası (GFS: Gatchel's 10-Point Fear Scale)

1.15.1 Dental Anksiyete Skalası (DAS: Dental Anxiety Scale)

Corah tarafından 1969 yılında geliştirilen bu skala yaygın bir kullanıma sahiptir. Ölçekte beş seçenekli dört soru bulunur. Hasta kendine en yakın hissettiği seçeneği işaretler ve Likert ölçeğine göre her soru için seçeneklere 1 ile 5 arası puan verir. Hasta tüm soruları cevapladığında tüm soruların puanları toplanarak 5-20 arasında bir skor bulunur. Bu skor arttıkça anksiyete düzeyi artar. 15 ve yukarı skorlarda hastanın yüksek anksiyetesi olduğu kabul edilir (Corah 1969, Corah ve ark 1978). Bu ölçeğin Türkçesi Seydaoğlu ve ark. tarafından yapılan testler sonucunda güvenilir ve geçerli bulunmuştur (Seydaoğlu ve ark 2006, Yıldırım 2010)

Bu ölçeğin Türkçesi aşağıda gösterilmiştir;

1. Yarın diş hekimine gitmeniz gerekse kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Oldukça eğlenceli bir deneyim olacağını düşünür yarın diş hekimine gitmeyi sabırsızlıkla beklerim.
 - b. Önemsemem.
 - c. Biraz huzursuz hissedirim.
 - d. Acı verici olacağı ve hoş olmayacağı için korkarım.
 - e. Diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur.
2. Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Rahat hissedirim.
 - b. Biraz huzursuz hissedirim.
 - c. Oldukça gergin hissedirim.
 - d. Çok kaygılı hissedirim.
 - e. O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi hissedirim.
3. Diş hekiminin koltuğunda oturuyorsunuz ve hekim aeratör (döner alet) ile dişlerinizin üzerinde çalışmaya başlayacak. Kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Rahat hissedirim.
 - b. Biraz huzursuz hissedirim.
 - c. Oldukça gergin hissedirim.
 - d. Çok kaygılı hissedirim.
 - e. O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi hissedirim.
4. Dişlerinizi temizletmek için koltuğa oturuyorsunuz. Siz beklerken diş hekimi diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Rahat hissedirim.
 - b. Biraz huzursuz hissedirim.
 - c. Oldukça gergin hissedirim.
 - d. Çok kaygılı hissedirim.
 - e. O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi hissedirim.

1.15.2 Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS: Modified Dental Anxiety Scale)

Humpris ve ark. tarafından hazırlanan bu skala DAS ölçeğine lokal anestezi enjeksiyonu ile ilgili bir soru eklenerek ve tüm seçenekler sadeleştirilerek toplam beş sorudan oluşturulmuştur. Tıpkı DAS gibi her sorunun seçenekleri 1 ile 5 arasında puanlandırılır ve tüm sorular cevaplandıktan sonra puanlar toplanarak 5 ile 25 arasında bir skor elde edilir. 19 ve üzeri skorlar yüksek dental anksiyeteyi gösterir (Yıldırım 2010, Ost ve ark 2013). Bu skalanın türkçesi yapılan çalışmalar sonucunda güvenilir ve geçerli bulunmuştur (Ilgüy ve ark 2005, Tunc ve ark 2005, Yıldırım 2010).

Bu ölçeğin Türkçesi aşağıdaki gibidir;

1. Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
2. Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
3. Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
4. Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz

- b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
5. Üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?
- a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli

1.15.3 Vizüel Analog Skala (VAS: Visual Analogue Scale)

Bu skala 1969'da Aitken ve Zealley'in çalışmalarıyla dünya çapında tanınır hale gelmiş ve yaygınlaşmıştır. Özel durumları değerlendirmede kelimeler yetersiz kalıp, dijital ölçüm metodları yanlış değerlendirme yapabilir. Bu durumlarda VAS kullanımı idealdir (Aitken 1969, Zealley ve Aitken 1969).

Bu skalanın tüm yaş gruplarındaki hastalar için anlaşılması gayet kolaydır. VAS sık tekrarlanmaya uygun olup istatistiksel çalışmaya uygundur (Robinson ve ark 1975, Ahles ve ark 1984).

VAS iki ucu kapalı 10 cm uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Bu çizginin sol tarafına ölçülmek istenen duygunun minimum olduğunu veya hiç olmadığını ifade eden bir kelime, sağ tarafına ise maksimum olduğunu ifade eden bir kelime yazılır. Hastaya o anki duygusunun seviyesini bu çizgi üzerinde bir yerde işaretlenmesi istenir. Hastanın işaretlediği yerin, çizginin sol tarafına uzaklığı anksiyete skorunu verir (Aitken 1969, Zealley ve Aitken 1969, Kiriş 2012).

VAS hazırlanırken ölçülmek istenen duygu tam olarak tanımlanmalı, skalanın her iki tarafına yazılan kelimeler kısa olmalı ve hasta tarafında anlaşılmalı, ölçümden önce anlaşılır ve standardize edilmiş bir soru cümlesi seçilmelidir (Scott ve Huskisson 1976, Kiriş 2012).

1.15.4 Spielberger Anksiyete Skalası (STAI: Spielberger's State- Trait Anxiety Inventory)

Spielberger ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek dental anksiyeteye spesifik olmamakla beraber dental anksiyete ölçümlerinde en çok kullanılan ölçeklerdendir (Spielberger 1970). Geçerlilik ve güvenilirlik testleri çok defa yapılmıştır (Spielberger ve ark 1983). Skalanın Türkçe'sinin de güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (Öner ve LeCompte 1985).

Skala her biri 20 soruluk iki bölümden oluşur. Bu bölümler aşağıda verilmiştir;

- Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI- S): Kişinin belirli bir anda ve koşulda kendini nasıl hissettiği değerlendirilir.
- Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T): Kişinin bulunduğu zaman ve şartlardan bağımsız kendini nasıl hissettiği değerlendirilir.

İki ölçek için ayrı ayrı soru formu ve yanıt anahtarları hazırlanır. 36 ve altı skorlar hafif anksiyete seviyesini, 36-42 arası skorlar orta anksiyete seviyesini, 43 ve üstü skorlar ise yüksek anksiyete seviyesini gösterir (Yusa ve ark 2004, Kılıç 2015).

1.15.5 Dental Korku Skalası (DFS: Dental Fear Scale)

Dental korkunun tüm yönleriyle incelenmesini sağlamak amacıyla 1973'te Kleinknecht tarafından oluşturulmuştur. Diş hekimliği uygulamalarına karşı duyulan korku düzeyini inceleyen, 20 sorudan oluşan, likert tipi (soruların seçeneklerine 1-5 arası puanlar verilen) bir skaladır (Kleinknecht ve ark 1973). Skalanın Türkçesinin güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (Firat ve ark 2006).

1.15.6 Dental Anksiyete Sorusu (DAQ: Dental Anxiety Question)

Likert tipi bir skala olup tek bir sorudan oluşmaktadır. Tek bir sorudan oluşması nedeniyle çok genel olup hangi durumlara karşı anksiyete geliştiğini belirlemede yetersizdir. Yüksek düzeyde anksiyeteye sahip bireylerin taranmasında kullanılabilir (Neverlien 1990, Moore ve ark 1993).

Skala aşağıda verilmiştir:

- Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz?
 - a. Hayır
 - b. Çok az
 - c. Evet biraz
 - d. Evet çok fazla

Seçenekler 1 ile 4 arasında puan verilerek hastanın anksiyete düzeyi anlaşılmaya çalışılır. 4 puan yüksel anksiyete belirtisidir. Literatürde beşli ve yedili seçenekleri olan likert tipi modifikasyonlu skalalarda bulunmaktadır (Scott ve ark 1984, Ragnarsson 1998, Kiriş 2012).

1.15.7 Fotograf Anksiyete Anketi (PAQ: Photo Anxiety Questionnaire)

Stoudhart ve arkadaşları tarafından oluşturulan farklı duyguları yansıtan yüz ifadelerinden oluşan fotoğrafik bir skaladır. Hastadan kendisini tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hayal etmesi istenir. Ardından kendisine gösterilen yüz ifadelerini barındıran fotoğrafların bulunduğu ölçekten kendine en yakın gelen fotoğrafı seçmesi istenir. Bu ölçeğin avantajı kendini ifade edemeyen hastalarda ve çocuklarda kullanım kolaylığıdır. Ayrıca değişik toplumlarda bile yüz ifadelerinin benzer olması sebebiyle anlam ve tercüme kaynaklı hataları ortadan kaldırır (Stouthard ve Hoogstraten 1991, Erol 2017).

1.15.8 Gatchel'in Korku Skalası (GFS: Gatchel's 10-Point Fear Scale)

Gatchel tarafından geliştirilen ve hastaların korku düzeylerine 1'den 10'a kadar puan verdiği bir skaladır. Bu skalada 1 puan korku olmadığı, 5 puan orta düzeyde korku olduğunu, 8 ve üzeri puanlar ise yüksel düzeyde korku olduğunu gösterir. Bu skala DAS ile orta düzeyde korelasyon gösterir. DAS daha spesifik ölçümler yaparken Gatchel'in korku skalası çok daha genel ölçümler yapar (Gatchel 1989, Locker ve ark 1996, Yıldırım 2010).

2 GEREÇ VE YÖNTEM

Konya Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğinde gerçekleştirilen çalışma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.11.2018 tarihinde yapılan 2018/09 sayılı toplantıda etik kurul onayı alınmıştır (EK-A).

2.1 Hasta Seçimi

Bu çalışmada ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hasta anksiyetesi ve vital bulguları üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

Çalışmamız Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na ilk kez gömülü 20 yaş dışı çektirmek için başvuran sistemik ve psikolojik olarak sağlıklı, 18 yaşından büyük, 50 kadın ve 50 erkek olmak üzere toplamda 100 hasta üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya başlamadan önce hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya dahil olma kriterlerine uyum sağlayan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

2.1.1 Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri

- Hastada bilinen hiçbir sistemik ve psikolojik rahatsızlığın bulunmaması
- Hastanın 18 yaşından büyük olması
- Hastanın daha önce gömülü 20 yaş dışı çektirmemiş olması
- Hastanın çekilecek dişinde akut enfeksiyon veya ağrı olmaması

2.2 Kullanılan Araç ve Gereçler

- VAS ve MDAS anksiyete ölçek formları
- Parmak tipi pulse oksimetre (Onyx® Vantage 9590 Fingertip Pulse Oximeter)
- Palm tipi manuel steteskoplu tansiyon aleti (Comfort Plus DM-102 Perfect aneroid)

2.3 Yöntem

Anksiyete seviyelerini belirlemek için hastalara VAS (Visual Analogue Scale-Vizüel Analog Skala) ve MDAS (Modified Dental Anxiety Scale-Modifiye Dental Anksiyete Skalası) anksiyete ölçek formları doldurtulmuş ve hastaların nabız, kan basıncı ve oksijen saturasyonu değerlerine bakılmıştır.

Tüm hastalar gömülü 20 yaş diş çekimi için hazırlanan ayrıntılı aydınlatılmış onam formunu okumadan önce ve sonra olmak üzere iki kez MDAS ve VAS formlarını doldurmuştur ve aynı zamanda yine iki kez olmak üzere hastanın nabız, kan basıncı ve oksijen saturasyonu değerlerine bakılmıştır. Bu şekilde ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hasta anksiyetesi ve vital bulguları üzerindeki etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır.

Hastalar işlem öncesi sessiz ve sakin bir bekleme odasına alındı. Hastaların tüm soruları samimi bir şekilde cevaplaması için formların bireysel değil toplu olarak değerlendirileceği bilgisi verildi. Hastalardan kişisel bilgilerinin ve dental tecrübeleri hakkındaki formu, MDAS ve VAS anksiyete formlarını doldurmaları istendi. Ardından hastaların ayrıntılı aydınlatılmış onamı okumadan önce nabız, kan basıncı ve oksijen saturasyonu değerleri belirlenip kaydedildi. Daha sonra hastalardan ayrıntılı aydınlatılmış onam formunu dikkatlice okumaları istendi ve varsa soruları cevaplandı. Bunu takiben hastalara anksiyete veya korku düzeylerinde bir değişim olup olmadığı soruldu. VAS ve MDAS formlarını tekrar doldurmaları istendi. İkinci kez nabız, kan basıncı ve oksijen saturasyon değerlerine bakılarak veriler kaydedildi.

Çizelge 2.1 Kişisel bilgi formu

<u>Katılımcının;</u>	
Adı ve Soyadı:	
Yaşı:	
Eğitim düzeyi:	
Cinsiyeti:	
Adres:	İmza:

Çizelge 2.2 Dental tecrübe formu

- 1. Diş hekimine hangi sıklıkla gidersiniz?**
 - Hiç gitmem.
 - Şikayetim olursa giderim.
 - Düzenli olarak giderim (6 ay ile 1 yıllık periyotlarla).
- 2. Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?**
 - Evet
 - Hayır
- 3. Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı?**
 - Evet
 - Hayır
- 4. Aşağıdaki diş tedavi yöntemlerinden size uygulananları işaretleyiniz.**
 - Dolgu
 - Kanal tedavisi
 - Diştaşı temizliği
 - Protetik tedavi
 - Gömülü 20 yaş dışı dışında ağız içi ameliyat
- 5. Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?**
 - Evet
 - Hayır
- 6. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nasıl edindiniz?**
 - Yakınlarımla veya arkadaşlarımdan
 - İnternette
 - Diğer

2.3.1 Dental Anksiyete Ölçekleri ve Onam Formu

Çizelge 2.3 Ayrıntılı aydınlatılmış onam okumadan önceki VAS

<p>Şu andaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz.</p> <p>0: Hiç endişeli değilim</p> <p>10: İşlemden vazgeçip buradan gidecek kadar endişeliyim</p> <p>0 _____ 10</p>
--

Çizelge 2.4 Ayrıntılı aydınlatılmış onam okumadan öncesi ve sonrasındaki MDAS

<p>1. Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz ?</p> <p>a. Endişesiz</p> <p>b. Çok az endişeli</p> <p>c. Az endişeli</p> <p>d. Çok endişeli</p> <p>e. Aşırı endişeli</p> <p>2. Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?</p> <p>a. Endişesiz</p> <p>b. Çok az endişeli</p> <p>c. Az endişeli</p> <p>d. Çok endişeli</p> <p>e. Aşırı endişeli</p>

3. Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

4. Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

5. Üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

Çizelge 2.5 Ayrıntılı aydınlatılmış onam sonrasındaki VAS

<p>Size belirtilen formdaki bilgiler okuduktan sonra endişe düzeyinizde herhangi bir değişim oldu mu?</p> <p>() Evet</p> <p>() Hayır</p> <p>Cevabınız evetse şu andaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz.</p> <p>0: Hiç endişeli değilim</p> <p>10: İşlemden vazgeçip buradan gidecek kadar endişeliyim</p> <p>0 _____ 10</p>
--

Çizelge 2.6 Ayrıntılı aydınlatılmış onam formu

<p style="text-align: center;">Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formu</p> <p>Sayın hasta, yapılan ağız ve diş muayeneniz sonucunda yapılan teşhis ve tedavi planını göre cerrahi tedavi gereği ortaya çıkmıştır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Aşağıda size verilen bilgileri dikkatlice okuyup işlemin yapılmasına onay veriyorsanız imzalayınız.</p> <p>Gömülü diş çekimi birçok sebepten ötürü gerçekleştirilebilir. Bunlar;</p> <ul style="list-style-type: none">- Çenelerinizde gömülü diş bulunduğu çığneme sisteminizin devamlılığı etkilenerek fonksiyonel kısıtlanma oluşabilir.- Gömülü dişler enfeksiyon odağı olup çok sık enfeksiyon yapabilirler. Bu enfeksiyon diş çevresinde kısıtlı kalabileceği gibi ağız dışından belli olabilecek şişliklere yol açabilir. Gömülü diş kaynaklı enfeksiyonlar kan dolaşımı yoluyla vücuda yayılıp ciddi durumlara yol açabilirler. Gömülü diş kaynaklı enfeksiyon oluşması halinde işlemden önce antibiyotik tedavisi gerekebilir.- Gömülü dişlerin sürmeye başladığında, diş sürmesi için yeterli çene genişliğine sahip olmayan hastalar basınç ve ağrı hissedebilirler.- Gömülü dişler etrafında diş kaynaklı kistler oluşabilir ve bu kist büyümesi halinde çene kemiğini zayıflatabilir. Bu durumda hastanın ağrısı olmasada dişin çekilmesi gerekebilir.

- Gömülü dişler protez yapımına engel olabilir veya yapılacak protezin uzun yıllar kullanılmasını engelleyebilir. Bu durumlarda çekimi uygundur.
- Gömülü dişler yapılacak ortodontik tedavinin seyrini etkileyebilir. Bu yüzden çekimi gerekebilir.

Bu işleme lokal anestezi altında yumuşak dokuya küçük bir kesi atılarak başlanır. Gerekiyorsa döner alet yardımıyla bir miktar kemik doku kaldırılır ve diş çıkarılır. Diş tek parça halinde çıkarılmıyorsa yine döner alet yardımıyla bölmek gerekebilir. Diş çıkarıldıktan sonra folikülü uzaklaştırılır. Bölge bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon koyulur. Atılan dikişler 1(bir) hafta sonra alınmalıdır. İşlemden sonra antibiyotik, ağrı kesici ve gargara reçete edilir.

Gömülü diş çekimi, geri dönüşü olmayan bir cerrahi işlemdir. Çekim ister zor ister kolay olsun bir cerrahi işlem olması nedeniyle bazı riskler ve olası komplikasyonlar içerir. Bunlar;

- Birkaç gün boyunca hafiften şiddetliye değişen ağrı olabilir. Ev istirahati gerekebilir.
- Çekim sahasında renk değişikliği, şişlik, hassasiyet olabilir.
- Ağızın uzun süreli açık kalması sebebiyle dudak köşelerinde kızarıklık ve çatlama olabilir.
- İşlem bölgesinde iltihap gelişip iyileşme sürecini uzatabilir.
- Çekim sonrasında bölgenin lokal bir enfeksiyonu olan ve alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve birkaç gün süren ağrılara sebebiyet verebilir.
- Şişlik ve enfeksiyona bağlı olarak ağız açma ve kapama işlemlerinde kısa veya uzun sürebilecek kısıtlamalar olabilir.
- Çekim bölgesinde işlem sonrası kanama görülebilir. Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir gün devam edebilir.
- Gömülü dişlerin çekimi sonrasında eğer diş, altından geçen damar-sinir paketi ile yakından alakalı ise dudaklarda ve /veya dilde geçici ya da kalıcı his kayıpları meydana gelebilir. Bu durum dil dudak ve çene ucundaki kas hareketlerini kısıtlamayıp sadece dokunma hissini ortadan kaldırabilir.
- Komşu dişlerde bulunan protez, dolgu gibi restorasyonlar zarar görebilir. Komşu dişlerde sallanma ve harabiyet görülebilir.
- Çene kemiğinde çatlak veya kırık oluşabilir. Nadir olmakla beraber derin gömülü dişlerde ihtimal daha yüksektir.
- Çekim sırasında diş kökünün bir parçası kırılarak kemik içinde kalabilir veya çevre dokulara kaçabilir. Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen bu küçük kök parçaları bırakılabilir.

- Üst çene yirmi yaş dişlerinin kökleri sinüslere yakın olup bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir. Böyle durumlarda çok aşamalı ileri cerrahiler gerekebilir.
- İşlem sonrasında reçete edilen ilaçların prospektüslerinde belirtilen yan etkileri görülebilir.

Yukarıda yazılanları dikkatlice okudum ve anladım, cerrahi işleme onay veriyorum.

AD,SOYAD:

İMZA:

2.3.2 Vital Değerlerin Belirlenmesi

Hastalar bekleme odasına alınıp ayrıntılı aydınlatılmış onam formunu okuduktan önce ve sonra olmak üzere iki defa kan basıncı, nabız ve oksijen saturasyon değerlerine bakılmış ve kaydedilmiştir.

2.3.2.1 Kalp atım hızı

Nabız değerleri parmak tipi pulse oksimetre yardımıyla belirlenmiştir. 60-100 atım/dakika aralığı normal kabul edilip, 60 atım/dakika altı değerler bradikardi, 100 atım/dakika üstü değerler taşikardi olarak değerlendirilmiştir.

2.3.2.2 Kan basıncı

Kan basıncı ölçümü manuel palm tipi steteskoplu bir tansiyon aletiyle yapılmıştır. Sistolik kan basıncı için 120-140 mmHg, diastolik kan basıncı içinse 60-80 mmHg arası değerler normal kabul edilmiştir. Bu değerlerin üzerindeki değerler hipertansiyon, altındaki değerler hipotansiyon olarak değerlendirilmiştir.

2.3.2.3 Oksijen saturasyonu

Oksijen saturasyon değerleri pulse oksimetre ile yapılmıştır. Oksijen saturasyonunun % 93'ün üzerinde olduğu değerler normal kabul edilmiştir.

2.3.3 İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri

Bu Çalışmada SPSS 21 paket programı yardımı ile descriptive istatistikleri, Normallik Testi(Kolmoğrow Simirnow), Bağımsız iki grup için Mann Whitney U testi, Bağımlı iki grup için Wilcoxon Testi, Bağımsız iki gruptan fazla için Kruskal

Wllis H testi, Katagorik verilerin kıyaslanması için Ki-Kare Testi Kullanılmıştır. (p değeri 0,005 den küçük ise anlamlı fark veya ilişki vardır aksi halde yoktur.)



3 BULGULAR

Toplam 100 hastadan oluşan tek hasta grubu oluşturuldu. Bu gruptaki tüm hastalar ayrıntılı aydınlatılmış onamı okumadan önce ve sonra olmak üzere iki defa çalışmaya dahil edilerek değerlendirme yapıldı.

Çizelge 3.1 Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	50	50,0
Kadın	50	50,0

Çizelge 3.2 Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	n	%
İlkokul	1	1,0
Ortaokul	2	2,0
Lise	48	48,0
Lisans	45	45,0
Lisansüstü	4	4,0

Çizelge 3.3 Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	n	%
18-20 yaş	28	28,0
21-25 yaş	39	39,0
26-45 yaş	33	33,0

Çizelge 3.4 Hastaların yaş dağılımı

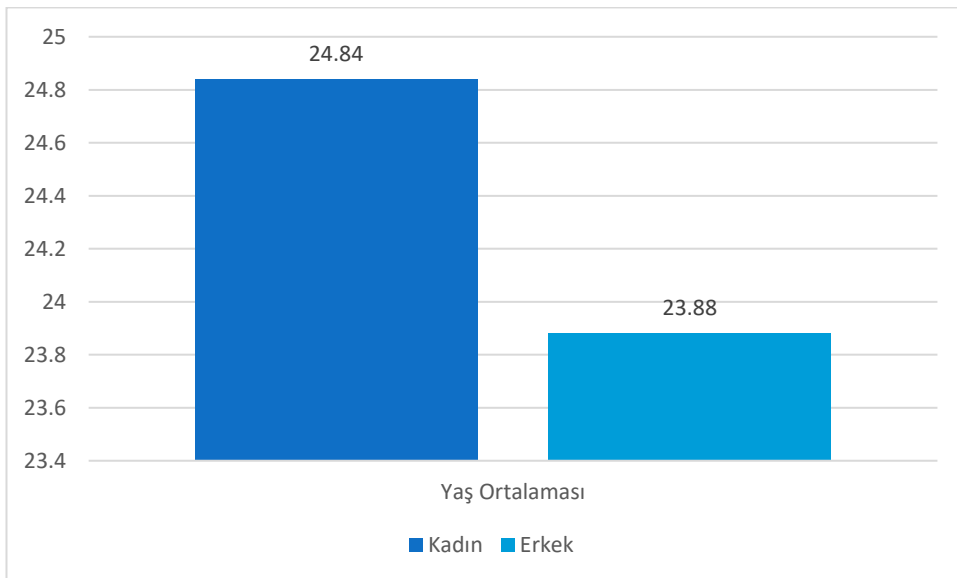
	Min.	Max.	Ort.	S.s.
Yaşı	18,00	45,00	24,36	5,72

Çizelge 3.5 Yaş ortalamalarının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

	Cinsiyeti	Ort.	S.s.	p
Yaşı	Kadın	24,84	0,86	0,447
	Erkek	23,88	0,75	

Cinsiyet ile yaş arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan p Mann Whitney U testinde $p>0,05$ olduğundan, yaş ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Şekil 3.1 Yaş ortalamalarının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi



Çizelge 3.6 Hastaların geçmiş dental tecrübeleri

	n	%
<i>Diş hekimine hangi sıklıkla gidersiniz?</i>		
<i>Hiç gitmem</i>	11	11,0
<i>Şikâyetim olursa giderim</i>	60	60,0
<i>Düzenli olarak giderim (6 ay ile 1 yıllık periyotlarla)</i>	29	29,0
<i>Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?</i>		
<i>Evet</i>	22	22,0
<i>Hayır</i>	78	78,0
<i>Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı?</i>		
<i>Evet</i>	50	50,0
<i>Hayır</i>	50	50,0
<i>Aşağıdaki diş tedavi yöntemlerinden size uygulananları işaretleyiniz?</i>		
<i>Yok</i>	19	10,86
<i>Dolgu</i>	41	23,43
<i>Kanal tedavisi</i>	44	25,14
<i>Diş taşı temizliği</i>	63	36,00
<i>Protetik tedavi</i>	8	4,57
<i>Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?</i>		
<i>Evet</i>	60	60,0
<i>Hayır</i>	40	40,0
<i>Cevabınız evet ise bu bilgiyi nasıl edindiniz?</i>		
<i>Yok</i>	40	29,63
<i>Yakınlarımdan veya arkadaşlarımdan</i>	38	28,15
<i>İnternetten</i>	49	36,30
<i>Diğer</i>	8	5,93

3.1 Vital bulguların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.7 Hastaların vital bulguları

	1.Ölçüm				2.ölçüm			
	Min.	Max.	Ort.	S.s.	Min.	Max.	Ort.	S.s.
Nabız	76,00	125,00	94,99	10,07	76,00	122,00	93,39	8,93
Sistolik kan basıncı	80,00	140,00	116,83	10,82	80,00	130,00	114,58	9,48
Diastolik kan basıncı	60,00	90,00	79,13	7,19	60,00	90,00	77,16	6,13
Saturasyon	85,00	103,00	98,36	2,45	87,00	102,00	97,73	2,06

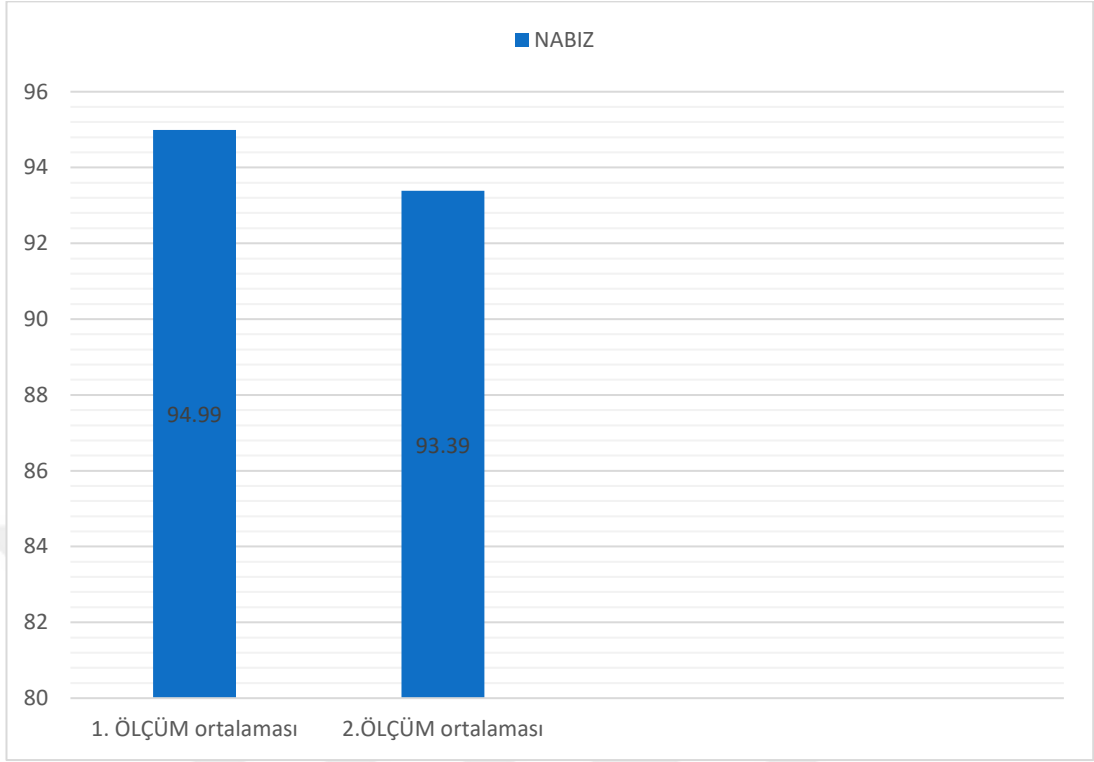
Çizelge 3.8 Hastaların vital bulgularını değişim tablosu

	Ort.	S.s.	p
Nabız(1.ölçüm)	94,99	1,00	0,000
Nabız (2.ölçüm)	93,39	0,89	
Sistolik kan basıncı(1.ölçüm)	116,83	1,08	0,000
Sistolik kan basıncı (2.ölçüm)	114,58	0,94	
Diastolik kan basıncı (1.ölçüm)	79,13	0,71	0,000
Diastolik kan basıncı (2.ölçüm)	77,16	0,61	
Saturasyon (1.ölçüm)	98,36	0,24	0,001
Saturasyon (2.ölçüm)	97,73	0,20	

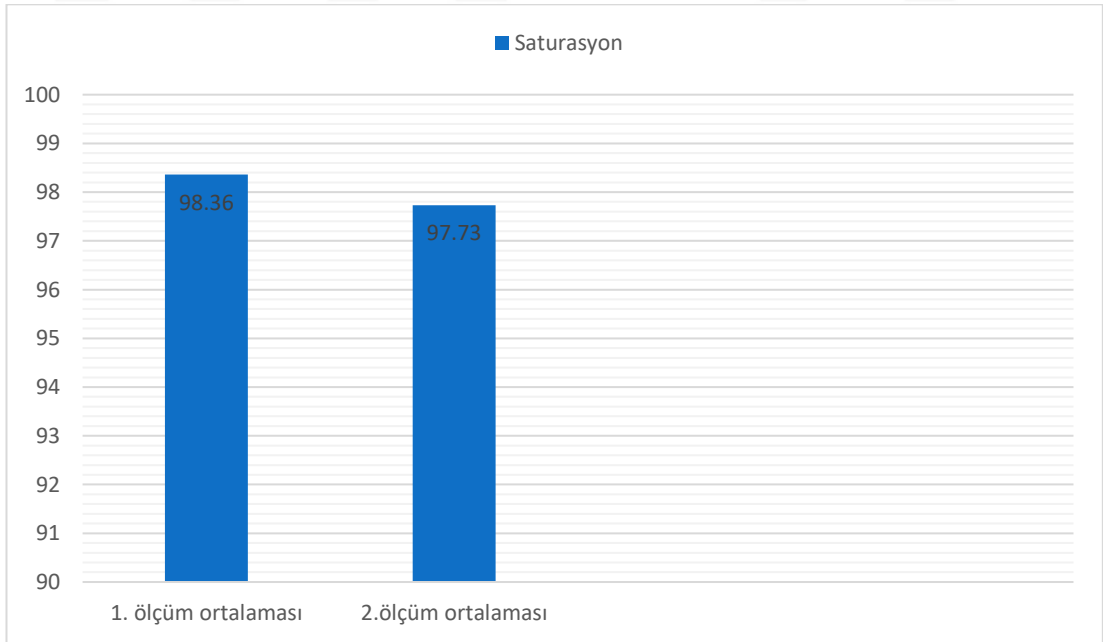
Hastalar ayrıntılı aydınlatılmış onamı okumadan önce (1.ölçüm)ve sonra(2.ölçüm) vital değerlerine bakıldı ve bu değerlerdeki değişimler arasındaki ilişki p Wilcoxon testi ile değerlendirildi.

Tüm vital değerlerde 1. ve 2. Ölçüm arasında $p<0,000$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Tabloya baktığımızda tüm vital değerlerin 2. Ölçümde, 1. Ölçüme nazaran daha düşük olduğu görülüyor.

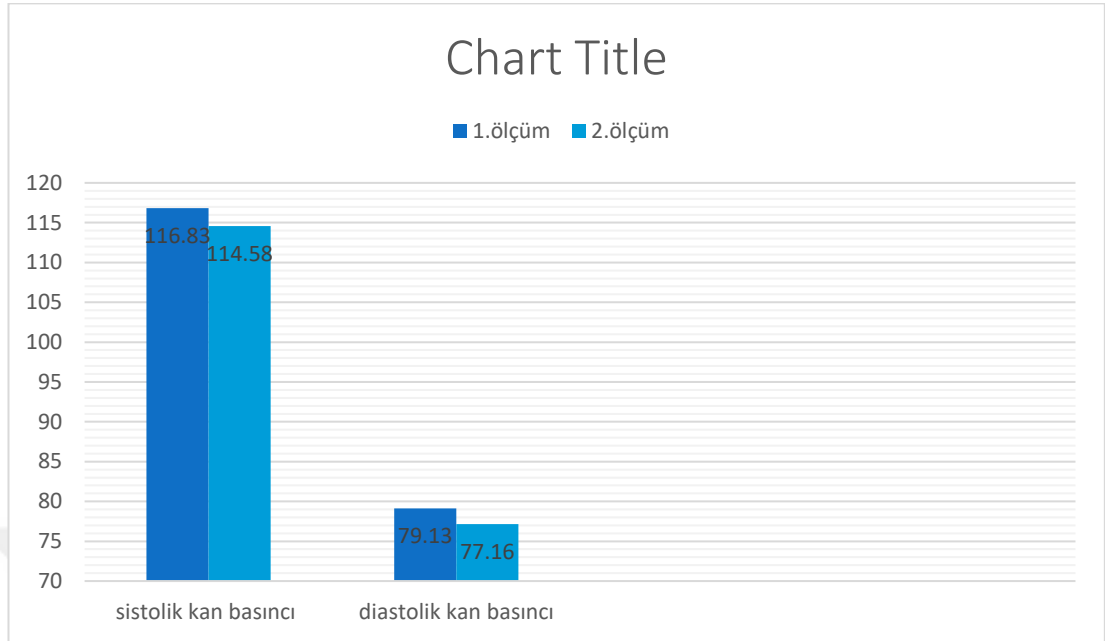
Şekil 3.2 Nabız değişim grafiği



Şekil 3.3 Saturasyon değişim grafiği



Şekil 3.4 Kan basıncı değişim grafiği



Çizelge 3.9 Vital bulguların cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

	Cinsiyeti	1.ölçüm			2.ölçüm		
		Ort.	S.s.	p	Ort.	S.s.	p
Nabız	Kadın	94,94	1,63	0,560	93,10	1,45	0,494
	Erkek	95,04	1,19		93,68	1,05	
Sistolik kan basıncı	Kadın	111,70	1,58	0,000	110,00	1,35	0,000
	Erkek	121,96	1,07		119,16	0,97	
Diastolik kan basıncı	Kadın	76,06	1,09	0,000	75,18	0,88	0,002
	Erkek	82,20	0,71		79,14	0,75	
Saturasyon	Kadın	98,50	0,27	0,994	98,02	0,25	0,219
	Erkek	98,22	0,41		97,44	0,31	

Cinsiyet ile aydınlatılmış onam okumadan önce (1.ölçüm) ve okuduktan sonraki (2.ölçüm) vital bulguların ilişkisini değerlendirmek için p Mann Whitney U testi uygulandı.

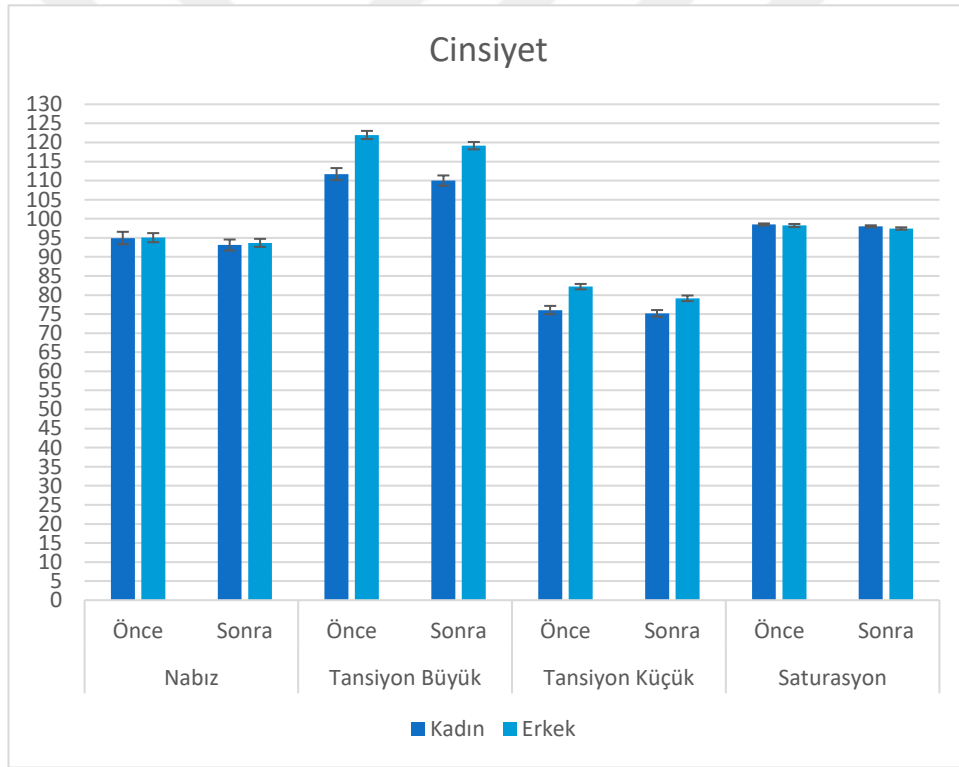
Cinsiyet ile 1.ölçüm ve 2.ölçümdeki nabız değerleri değişimi arasında test sonucu $p > 0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Cinsiyet ile 1.ölçüm ve 2.ölçümdeki sistolik kan basıncı değişimi arasında test sonucu $p<0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Her iki ölçümde de sistolik kan basıncı kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür.

Cinsiyet ile 1.ölçüm ve 2.ölçümdeki diastolik kan basıncı değişimi arasında test sonucu $p<0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. Her iki ölçümde de diastolik kan basıncı kadınların erkeklere göre daha düşüktür.

Cinsiyet ile 1.ölçüm ve 2.ölçümdeki saturasyon arasında test sonucu $p>0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Şekil 3.5 Vital bulguların cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi



3.2 VAS ve MDAS Skorlarının Değerlendirilmesi

3.2.1 VAS Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.10 Vas skorları

Şuandaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz?	1.ölçüm		2.ölçüm	
	n	%	n	%
1,00	3	3,0	4	4,0
2,00	10	10,0	14	14,0
3,00	11	11,0	16	16,0
4,00	16	16,0	18	18,0
5,00	13	13,0	18	18,0
6,00	13	13,0	7	7,0
7,00	12	12,0	14	14,0
8,00	11	11,0	2	2,0
9,00	11	11,0	6	6,0
10,00	0	0,0	1	1,0

Çizelge 3.11 Hastaların 'Size belirtilen formdaki bilgiler okuduktan sonra endişe düzeyinizde herhangi bir değişim oldu mu?' sorusuna verilen cevaplar

Size belirtilen formdaki bilgiler okuduktan sonra endişe düzeyinizde herhangi bir değişim oldu mu?	n	%
Evet	65	65,0
Hayır	35	35,0

Çizelge 3.12 Vas skorlarındaki değişimin değerlendirilmesi

		Şuandaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz? (2.ölçüm)										Toplam		
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00			
Şuandaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz? (1.ölçüm)	1,00	f	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		%	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
	2,00	f	0	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
		%	0,0	64,3	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0
	3,00	f	1	1	6	2	1	0	0	0	0	0	0	11
		%	25,0	7,1	37,5	11,1	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,0
	4,00	f	0	4	5	4	2	1	0	0	0	0	0	16
		%	0,0	28,6	31,3	22,2	11,1	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0
	5,00	f	0	0	4	1	6	1	1	0	0	0	0	13
		%	0,0	0,0	25,0	5,6	33,3	14,3	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0
	6,00	f	0	0	1	6	2	2	1	1	0	0	0	13
		%	0,0	0,0	6,3	33,3	11,1	28,6	7,1	50,0	0,0	0,0	0,0	13,0
	7,00	f	0	0	0	3	4	2	3	0	0	0	0	12
		%	0,0	0,0	0,0	16,7	22,2	28,6	21,4	0,0	0,0	0,0	0,0	12,0
	8,00	f	0	0	0	1	2	1	3	1	3	0	0	11
		%	0,0	0,0	0,0	5,6	11,1	14,3	21,4	50,0	50,0	0,0	0,0	11,0
	9,00	f	0	0	0	0	1	0	6	0	3	1	0	11
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	42,9	0,0	50,0	100,0	0,0	11,0
Toplam	f	4	14	16	18	18	7	14	2	6	1	0	100	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

$p_K=0,000$ $p_E=0,000$ $p=0,000$

Hastalara, ayrıntılı aydınlatılmış onamı okumadan önce (1.ölçüm) ve sonra(2.ölçüm) yönlendirilen VAS anketine verilen cevaplar arasındaki ilişki p Ki-Kare

testi ile değerlendirildi ve $p < 0,05$ olduğundan anlamlı bir ilişki saptandı. Buna göre aydınlatılmış onamı okuduktan sonra anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görüldü.

3.2.2 MDAS Skorlarının Değerlendirilmesi

Çizelge 3.13 MDAS skorları

	1.ölçüm		2.ölçüm	
	n	%	n	%
Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz?				
Endişesiz	7	7,0	8	8,0
Çok az endişeli	28	28,0	35	35,0
Az endişeli	37	37,0	32	32,0
Çok endişeli	22	22,0	20	20,0
Aşırı endişeli	6	6,0	5	5,0
Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?				
Endişesiz	6	6,0	10	10,0
Çok az endişeli	24	24,0	30	30,0
Az endişeli	30	30,0	34	34,0
Çok endişeli	29	29,0	18	18,0
Aşırı endişeli	11	11,0	8	8,0
Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?				
Endişesiz	29	29,0	30	30,0
Çok az endişeli	34	34,0	43	43,0
Az endişeli	26	26,0	19	19,0
Çok endişeli	10	10,0	7	7,0
Aşırı endişeli	1	1,0	1	1,0
Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?				
Endişesiz	40	40,0	41	41,0
Çok az endişeli	37	37,0	42	42,0
Az endişeli	15	15,0	12	12,0
Çok endişeli	8	8,0	5	5,0
Üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa,				
Endişesiz	8	8,0	14	14,0
Çok az endişeli	32	32,0	31	31,0
Az endişeli	29	29,0	30	30,0
Çok endişeli	21	21,0	15	15,0
Aşırı endişeli	10	10,0	10	10,0

Çizelge 3.14 MDAS skorlarının anksiyete düzeylerine göre sınıflandırılması

			MDAS skoru (2.ölçüm)			Toplam
			Yok az anksiyete	Orta yüksek anksiyete	Şiddetli anksiyete	
MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok-az anksiyete	f	29	3	0	32
		%	69,0	6,5	0,0	32,0
	Orta-yüksek anksiyete	f	13	36	3	52
		%	31,0	78,3	25,0	52,0
	Şiddetli anksiyete	f	0	7	9	16
		%	0,0	15,2	75,0	16,0
Toplam		f	42	46	12	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
p=0,000						

MDAS'ta tüm sorulara verilen cevaplar toplandığında toplam skor 5 ile 25 arasında değişmektedir.

Biz yaptığımız çalışmamızda MDAS skorlarını:

- 5-10 arası yok -az anksiyete
- 11-18 arası orta- yüksek anksiyete
- 19-25 arası şiddetli anksiyete olarak sınıflandırdık.

Hastalara, ayrıntılı aydınlatılmış onamı okumadan önce (1.ölçüm) ve sonra(2.ölçüm) yönlendirilen MDAS anketine verilen cevaplar arasındaki ilişki p Ki-Kare testi ile değerlendirildi ve $p<0,05$ olduğundan anlamlı bir ilişki saptandı. Buna göre aydınlatılmış onamı okuduktan sonra anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görüldü. Şöyle ki; aydınlatılmış onamı okumadan önce 100 hastadan 16'sı şiddetli anksiyete gösterirken, okuduktan sonra ise bu sayının 12'ye düştüğü görülmektedir. Aynı şekilde; yok-az anksiyete gösteren hastaların sayısı da, onamı okuduktan sonra 32 hastadan, 42 hastaya yükselmiştir.

3.2.2.1 MDAS skorlarının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Cinsiyet ile aydınlatılmış onam okumadan önce (1.ölçüm) ve okuduktan sonraki (2.ölçüm) MDAS skorlarının ilişkisini değerlendirmek için p Wilcoxon ve p Ki-Kare testleri uygulandı. Yapılan testler sonucunda, hem kadınlarda hem erkeklerde $p < 0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Buna göre her iki grupta da MDAS skorlarının azaldığı görüldü. Fakat tablolara dikkatli bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasada, kadınların erkeklerden daha yüksek anksiyete gösterdikleri görülmektedir.

Çizelge 3.15 MDAS skorlarına göre anksiyete düzeylerinin cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

				MDAS skoru (2.ölçüm)			Toplam
				Yok-az anksiyete	Orta-yüksek anksiyete	Şiddetli anksiyete	
Kadın	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	10	1	0	11
			%	66,7	4,2	0,0	22,0
		Orta yüksek anksiyete	f	5	19	3	27
			%	33,3	79,2	27,3	54,0
		Yüksek anksiyete	f	0	4	8	12
			%	0,0	16,7	72,7	24,0
Toplam		f	15	24	11	50	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
Erkek	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	19	2	0	21
			%	70,4	9,1	0,0	42,0
		Orta yüksek anksiyete	f	8	17	0	25
			%	29,6	77,3	0,0	50,0
		Yüksek anksiyete	f	0	3	1	4
			%	0,0	13,6	100,0	8,0
Toplam		f	27	22	1	50	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
$p_{Kadın}=0,000, p_{Erkek}=0,000$							

Çizelge 3.16 MDAS skorlarının ortalamasının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

	Kadın			Erkek		
	Ort.	S.s.	p	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	14,52	0,59	0,002	11,70	0,55	0,027
MDAS skoru (2.ölçüm)	13,54	0,65		10,98	0,48	

3.2.2.2 MDAS skorlarının eğitim düzeyine göre değerlendirilmesi

Eğitim düzeyi ile aydınlatılmış onam okumadan önce (1.ölçüm) ve okuduktan sonraki (2.ölçüm) MDAS skorlarının ilişkisini değerlendirmek için p Wilcoxon ve p Ki-Kare testleri kullanıldı. Çalışmamızda eğitim düzeyleri; lise ve altı ile lisans ve üstü olmak üzere iki gruba ayrıldı. Yapılan testler sonucunda, her iki eğitim düzeyi grubundada $p < 0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde anksiyete düzeylerinin azaldığı görüldü. Bununla birlikte tablolara dikkatli bakıldığında; lise ve altı grubunda onam okumadan sonra, diğer gruba göre MDAS skorlarında daha fazla azalma olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Çizelge 3.17 MDAS skorlarının ortalamasının eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

	Lise ve altı			Lisans ve Üstü		
	Ort.	S.s.	p	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	13,27	0,63	0,002	12,93	0,58	0,037
MDAS skoru (2.ölçüm)	12,21	0,57		12,30	0,63	

Çizelge 3.18 MDAS skorlarına göre anksiyete düzeylerinin eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

				MDAS skoru (2.ölçüm)			Toplam
				Yok az anksiyete	Orta yüksek anksiyete	Yüksek anksiyete	
Lise ve altı	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	16	2	0	18
			%	72,7	8,3	0,0	35,3
		Orta yüksek anksiyete	f	6	17	0	23
			%	27,3	70,8	0,0	45,1
		Yüksek anksiyete	f	0	5	5	10
			%	0,0	20,8	100,0	19,6
Toplam		f	22	24	5	51	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
Lisans ve üstü	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	13	1	0	14
			%	65,0	4,5	0,0	28,6
		Orta yüksek anksiyete	f	7	19	3	29
			%	35,0	86,4	42,9	59,2
		Yüksek anksiyete	f	0	2	4	6
			%	0,0	9,1	57,1	12,2
Toplam		f	20	22	7	49	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	
p _{Lise ve altı} =0,000, p _{Lisans ve üstü} =0,000							

3.2.2.3 MDAS anketine verilen cevapların yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Yaş ile aydınlatılmış onam okumadan önce (1.ölçüm) ve okuduktan sonraki (2.ölçüm) MDAS skorlarının ilişkisini değerlendirmek için p Ki-Kare testi kullanıldı. Çalışmamızda yaş grupları; 18-21 yaş, 22-25 yaş ve 26 yaş ve üstü olarak üç gruba ayrıldı. Yapılan testler sonucunda, her üç yaş grubundada $p < 0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre her üç grupta da MDAS skorları azalmaktadır. Bununla beraber, tabloya dikkatli bakıldığında 18-21 yaş grubunda en yüksek MDAS skorlarına ulaşıldığı görülmektedir.

Çizelge 3.19 MDAS skorlarına göre anksiyete düzeylerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

				MDAS skoru (2.ölçüm)			Toplam
				Yok az anksiyete	Orta yüksek anksiyete	Yüksek anksiyete	
18-21 yaş	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	11	1	0	12
			%	78,6	4,8	0,0	30,8
		Orta yüksek anksiyete	f	3	15	0	18
			%	21,4	71,4	0,0	46,2
		Yüksek anksiyete	f	0	5	4	9
			%	0,0	23,8	100,0	23,1
	Toplam		f	14	21	4	39
			%	100,0	100,0	100,0	100,0
22-25 yaş	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	9	2	0	11
			%	69,2	16,7	0,0	39,3
		Orta yüksek anksiyete	f	4	9	1	14
			%	30,8	75,0	33,3	50,0
		Yüksek anksiyete	f	0	1	2	3
			%	0,0	8,3	66,7	10,7
	Toplam		f	13	12	3	28
			%	100,0	100,0	100,0	100,0
26 yaş ve üstü	MDAS skoru (1.ölçüm)	Yok az anksiyete	f	9	0	0	9
			%	60,0	0,0	0,0	27,3
		Orta yüksek anksiyete	f	6	12	2	20
			%	40,0	92,3	40,0	60,6
		Yüksek anksiyete	f	0	1	3	4
			%	0,0	7,7	60,0	12,1
	Toplam		f	15	13	5	33
			%	100,0	100,0	100,0	100,0
P _{18-21 yaş} =0,000, p _{22-25 yaş} =0,001, , p _{26 yaş ve üstü} =0,000							

3.2.2.4 MDAS Skorlarının Hastaların Dental Tecrübelerine Göre Değerlendirilmesi

Çizelge 3.20 Hastaların ‘Diş hekimine ne sıklıkla gidersiniz?’ sorusuna verdiği cevap ile MDAS skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Diş hekimine hangi sıklıkla gidersiniz?		N	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	Hiç gitmem	11	12,63	1,40	0,917
	Şikayetim olursa giderim	60	13,11	0,58	
	Düzenli olarak giderim (6 ay ile 1 yıllık periyotlarla)	29	13,27	0,68	
MDAS skoru (2.ölçüm)	Hiç gitmem	11	12,18	1,15	0,966
	Şikayetim olursa giderim	60	12,35	0,59	
	Düzenli olarak giderim (6 ay ile 1 yıllık periyotlarla)	29	12,10	0,69	

Hastalara ‘Ne sıklıkla diş hekimine gidersiniz?’ sorusu hazırlanan üç seçenek ile yöneltildi. Hastaların bu soruya verdikleri cevaplarla, MDAS skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek için p Kuruskal Wallis H testi ile kullanıldı ve tüm testlerde $p>0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı.

Çizelge 3.21 Hastaların ‘Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?’ sorusuna verdiği cevap ile MDAS skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?		N	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	Evet	22	10,18	0,84	0,000
	Hayır	78	13,93	0,45	
MDAS skoru (2.ölçüm)	Evet	22	9,31	0,84	0,000
	Hayır	78	13,08	0,45	

Hastalara ‘Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ olmak üzere iki seçenek ile yönlendirildi. Hastaların bu soruya verdikleri cevaplarla, MDAS skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek için p Kuruskal Wallis H testi ile kullanıldı ve $p<0,05$ olduğundan anlamlı bir fark bulundu. Buna göre her iki

ölçümde de MDAS skorları daha önce diş çektiren grupta daha düşük olduğu görüldü. Bununla beraber her iki grupta da aydınlatılmış onamı okuduktan sonra anksiyetenin azaldığı görüldü.

Çizelge 3.22 Hastaların ‘Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı?’ sorusuna verdiği cevap ile MDAS skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı mı?		N	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	Evet	50	11,50	0,54	0,000
	Hayır	50	14,72	0,58	
MDAS skoru (2.ölçüm)	Evet	50	10,70	0,56	0,000
	Hayır	50	13,82	0,56	

Hastalara ‘Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı mı?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ olmak üzere iki seçenek ile yönlendirildi. Hastaların bu soruya verdikleri cevaplarla, MDAS skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek için p Kuruskal Wallis H testi ile kullanıldı ve $p < 0,05$ olduğundan anlamlı bir fark bulundu. Buna göre her iki ölçümde de MDAS skorlarının, bu soruya evet cevabı verenlerde daha düşük olduğu görüldü. Fakat bununla beraber tablolar incelendiğinde, her iki grupta da MDAS skorlarının düştüğü gözlemlendi.

Çizelge 3.23 Hastaların ‘Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?’ sorusuna verdiği cevap ile MDAS skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?		N	Ort.	S.s.	p
MDAS skoru (1.ölçüm)	Evet	60	14,08	0,56	0,006
	Hayır	40	11,65	0,60	
MDAS skoru (2.ölçüm)	Evet	60	13,15	0,58	0,007
	Hayır	40	10,92	0,54	

Hastalara ‘Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ olmak üzere iki seçenek ile yönlendirildi. Hastaların bu soruya verdikleri cevaplarla, MDAS skorları arasındaki ilişkiyi belirlemek için p Kuruskal Wallis H testi ile kullanıldı ve tüm testlerde $p > 0,05$ olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı.

4 TARTIŞMA

Aydınlatılmış onam, günümüzde tıbbi müdahalelerin çok önemli bir basamağı olup, hekim için bir görev ve hukuki bir zorunluluktur. Bu öğreti; hastanın, vücuduna yapılacak işlemlerde, karar sürecine katılmasını sağlayarak doktor – hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır (Ozsunay ve Akunal 1998).

Aydınlatılmış onam tıp ve diş hekimliği etiğinin yararlılık, zarar vermeme ve özerklik ilkelerine dayanır. Bu bağlamda kendi kararını verebilme yeterliliğine sahip bir kişi, bedenine yapılacak tüm girişimlerde karar verme hakkına sahiptir, hiçbir girişim için zorlanmamalıdır. Aydınlatılmış onam öğretisi, hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar, bilginin açık ve anlaşılabilir olmasını da zorunlu kılmaktadır (Luce 1990).

Tıbbi tedavi öncesi hastaların aydınlatılmış onam sayesinde bilgi alabilmesi tıp etiği açısından bir dönüm noktasıdır. Son zamanlarda malpraktis (hatalı işlem) davalarının artması aydınlatılmış onamın önemini iyiden iyiye artırmıştır. Buna rağmen aydınlatılmış onamın hazırlanması ve uygulanmasında bir çok sorun bulunmaktadır (Casap ve ark 2008). Enrique ve arkadaşlarına göre medikal ve dental tedavi görecektir hastaların doğru bir şekilde aydınlatılabilmesi için üç hususa dikkat etmek gerekir; Hasta, doğru karar verebilecek akli yeterlilikte mi?, hasta aydınlatılmış onamı gönüllü olarak kabul ediyor mu?, ve son olarak hasta yeteri kadar bilgilendirildi mi? (Ferrús-Torres ve ark 2011). Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalarda bu hususlara gerekli hassasiyet gösterilmiştir.

Anksiyete hemen her bireyin yaşayabileceği normal bir histir. Anksiyetenin asıl amacı uyum davranışını geliştirerek hayatın devamını sağlamaktır. Potansiyel bir tehlike anında ortaya çıkan anksiyete, organizmanın bu tehlikeli durumlara karşı koyma veya bu durumlardan kaçma gibi davranışları gerçekleştirerek hayatın uyum içinde sürdürebilmesini sağlar. Kısaca insanın hayatını uyum içinde sürdürebilmesi için var olması gereken bir duygu-durum faaliyetidir (James 1990).

Bir noktaya kadar gayet sağlıklı ve normal olan bu duygu, normal seviyenin üzerine çıktığında kişinin hayatını, sosyallliğini ve eylemlerini etkileyebilir. Gerçek bir tehlike söz konusu olmaksızın, adeta ciddi bir tehlike varmış gibi algılanılarak; subjektif abartılı beklenti hissi, korku, dehşet, endişe duyguları ile birlikte görülen

anksiyete ‘şiddetli anksiyete’ olarak adlandırılır. İşte bu noktadan sonra psikolojik sorunlar yaratan bir duygu olma özelliği kazanır (James 1990).

Şiddetli anksiyete, otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı somatik belirtilere eşlik eden, korku hissi ile karakterize patolojik bir durum olarak ifade edilir. Kişi anksiyeteyi sanki bir felaket olacakmış gibi, nedeni belli olmayan korku ve endişe olarak algılar ve açıklar. Çok hafif endişe ve korku halinden başlayıp, panik atak düzeyine kadar ulaşabilir. Hastalar anksiyetenin ağır seyrettiği durumlarda, bu durumu en şiddetli fiziksel ağrıdan bile daha rahatsız edici bulabilirler (James 1990)

Yüksek düzeyde dental anksiyete gösteren hastaların dental tedavileri hem hekim hem hasta için çeşitli zorluklar barındırır. Hastalarda yüksek düzeyde anksiyeteye sebep olan oral cerrahi işlemler öncesinde anksiyetenin kontrol altına alınması çok önemli ve değerlidir. Bunun için, hastaların işlem öncesi nasıl hissettiklerini ve beklentilerini belirlemek ve buna göre bir tedavi prosedürü oluşturmak, hastanın anksiyetesini ve işlem sonrası memnuniyetini etkileyebilir (Lovibond ve Chan 1990).

Hastaların gereken dental işlemleri yaptırmamasında, dental anksiyetenin büyük bir rolü olduğu bilinmektedir. Bu sebepten dental anksiyete ve fobi hep araştırma konusu olmuş, ve bu durumun nedenleri, alınacak önlemler ve tedavisi tartışılmış ve önemli yol katedilmiştir (Moore ve ark 2004).

Yüksek anksiyete düzeyine sahip hastaların, tıbbi işlemde ağrı beklentilerinin daha yüksek olduğu ve bu ağrı beklentisinin de anksiyeteyi arttırdığı konusunda bir çok çalışma mevcuttur (Eli ve ark 2003). Scott ve ark. yaptıkları çalışmada işlem öncesi yüksek anksiyetenin, işlem sonrası yüksek ağrı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Scott ve ark 1983). Vallerand ve ark. ise yüksek anksiyeteye sahip hastaların işlem sırasında ve sonrasında daha yüksek ve uzun süreli ağrı hissettiklerini rapor etmişlerdir (Vallerand ve ark 1994). Bu durum göz önünde bulundurularak, hastalara işlem sırasında ağrının anestezik maddeler yardımıyla giderileceği ve ağrı hissetmeyeceği belirtilmelidir. Bizim çalışmamızda da hastalar işlem öncesi detaylı şekilde bilgilendirilmiş, hastaların tüm sorularına açıklayıcı, tatmin edici cevaplar verilmiştir.

Günümüzde hastaların yapılacak tedavi hakkında iyi ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesiyle, dental anksiyetenin kontrol altına alınması ve istenen seviyeye çekilmesi amaçlanmış ve bu doğrultuda çalışmalar önem kazanmakla beraber, bu çalışmaların sayısı da artmıştır. Hastalara tedavi tüm yönleriyle anlatılmalı ve yeterli derinlikte bir anesteziyle ağrı duymayacakları açıklanmalıdır (de Jongh ve ark 2008). Muğlalı ve ark. yaptıkları çalışmada, yüksek anksiyetenin kazanılmış kötü dental tecrübeden veya yapılacak işlem hakkında bilgi sahibi olmamanın verdiği belirsizlik hissinden dolayı artabileceğini rapor etmişlerdir (Muğlalı ve Kömerik 2005).

Yine yapılan bazı çalışmalarda, yapılacak cerrahi işlemle ilgili olarak hastanın şüphelerinin ve kuşkularının giderilmesinin, dental anksiyete üzerinde azaltıcı bir etki yarattığı rapor edilmiştir (Lovibond ve Chan 1990, Chau ve ark 2004). Janis ve ark. hastaların işlemden önce bilgilendirilmesiyle, anksiyete seviyesinin azaldığını rapor etmişlerdir. Bu durumu hastanın önceden bilgilendirildiğinde, stresle başetme mekanizmasını kullanarak işlemle alakalı planlar yapmasına ve mental olarak ne beklemesi gerektiğini anlayarak, kendini hazırlamasına bağlamışlardır (Janis 1971). Chau ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada, farklı cerrahi işlemler uygulanacak hastalara yapılacak işlem ve sonrasındaki iyileşme periyodu hakkında bilgi verilmesinin, dental anksiyete derecesini önemli derecede azalttığı belirtilmiştir (Chau ve ark 2004). Vallerand ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada, gömülü üçüncü molar diş çekimi öncesi hazırlayıcı bilgilendirmenin durumluluk anksiyetesini azalttığı ve hastanın tedaviye uyumunu artırdığı rapor edilmiştir (Vallerand ve ark 1994).

Yaptığımız çalışmaya tüm bu çalışmalar ışığında bakıldığında, sonuçlarda paralellik görülmektedir. Çalışmamıza göre, hastaları bilgilendirdikten sonra, anksiyete skorlarında belirgin bir düşüş göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, hastaların kendilerine yapılacak işlem hakkında bilgi sahibi olmalarının ve kendilerini hazırlamalarının dental anksiyeteyi azaltma hususuna katkı sağladığı görülmektedir.

Bu çalışmalara karşı, literatürde hastaları ayrıntılı olarak bilgilendirmenin hasta anksiyetesini artırdığı yönünde çalışmalar da mevcuttur (Hopper ve ark 1994). Herbertt ve Innes yaptıkları çalışmada, hastalara tedavi hakkında farklı seviyelerde bilgilendirmede bulunmuşlar, anksiyete ve bilgilendirme derecesi arasında çan eğrisi ilişkisi bulunduğunu savunmuşlardır. Çok fazla yada çok az bilgilendirmenin, hasta anksiyetesini üzerinde artışa neden olduğunu raporlamışlardır (Herbertt 1979). Moore

ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, işlem öncesi ayrıntılı bilgi verilmesinin düşük süreklilik anksiyetesine sahip hastaların anksiyete düzeyini azalttığı, yüksek süreklilik anksiyetesine sahip hastaların anksiyete düzeyinde bir değişiklik göstermediği rapor edilmiştir (Moore ve ark 2004). Gömülü üçüncü molar dişi çekimi öncesi hastalara verilen onam formu, genellikle işlem sonrası geçici veya kalıcı sinir hasarı, alveolit, mandibula kırığı, enfeksiyon, kanama, trismus, komşu dişlere verilebilecek zararlar ilgilidir (Song ve ark 2000). Daha fazla bilgi verilmesi stres kaynağı olup anksiyeteyi artırabilir (Erten ve ark 2006).

Bazen kompleks tıbbi bilginin hastalara açıklanması zordur ve bu hastaların korkularının artmasına neden olabilir. Aydınlatılmış onam formu verilen hastalarda oluşan fizyolojik stress, hastaların formu tam olarak anlayamamalarına neden olabilir (Gray 2001).

Çalışmamızda sonuçların bu çalışmalardan farklı çıkmasının sebebi, hastalara gereğinden fazla bilgi vermektan kaçınarak yeterince bilgi verilmesi ve hastalara bu bilgi gerek yazılı gerekse sözlü olarak açıklanarak, hastaların işlemi tam olarak kavramalarının sağlanması ile açıklanabilir.

Oral cerrahi işlemler oldukça endişe vericidir. Diş hekimliğindeki oral işlemlerin çoğu iyileşmenin daha hızlı ve hayati riskin daha düşük olduğu lokal cerrahi prosedürler olmasına rağmen, psikolojik ve psikolojik sebeplerle preoperatif anksiyeteye neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların oral cerrahi işlem öncesinde ağrı hissedecekleri düşüncesiyle yüksek anksiyeteye sahip olabilecekleri belirtilmiştir (Croog ve ark 1995).

Oral cerrahi işlem öncesi yaşanan ciddi stres, hastaların sistolik ve diastolik, kan basıncının artmasına, nabız değerlerinin yükselmesine, soluk alıp vermenin hızlanmasına, kasların gerilmesine, ağız kuruluğu gibi psikosomatik belirtilere yol açabilir (Cohen ve ark 2000). Hastada var olan kardiyak problemler şiddetlenerek işlem sırasında ve sonrasında sorunlara yol açabilir.

Cerrahi işlem öncesinde ve sırasında hastaların vital bulgularının takip edilmesi kabul görmüş bir işlemdir. Hastaların kan basıncı, nabız değerleri ve oksijen saturasyon düzeyleri kolaylıkla saptanabilir. Bu şekilde riskli durumların farkedilerek,

komplifikasyonlar azaltılabilir ve daha güvenli bir cerrahi ortam sağlanabilir (Arrigoni ve ark 2005) .

Nichols yaptığı çalışmada, kan basıncı değerlerinin işlem başında , işlem sırası ve sonrasına göre daima daha yüksek olduğunu rapor etmiş ve bu durumu dental korku ve anksiyeteden kaynaklanan, endojen adrenalin salınımına bağlamıştır (Nichols 1997). Alemany Martinez ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre, hastaların en yüksek nabız değerleri operasyonun hemen başında kaydedilmiştir. Yine aynı çalışmada kan basıncı değerlerinde operasyon başlangıcında bir farklılık görülmezken, oksijen saturasyon değerlerinin operasyon başında en yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada hastaların anksiyete değerlerini belirlemek için DAS (Corah'ın dental anksiyete skalası) ve KFS (Kleinknecht'in dental korku skalası) kullanılmıştır. Buna göre yüksek anksiyete gösteren hastalarda düşük kan basıncı ve artmış nabız değerleri tespit edilmiştir (Alemany-Martínez ve ark 2008). Brand ve ark.'nın yaptığı çalışmada işlem öncesinde, işlem sırası ve sonrası ile kıyaslandığında vital bulgularda istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim izlenmemiştir (Brand ve Abraham-Inpijn 1996). Casap ve ark.'nın 2008 yılında 60 hasta üzerinde, ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hasta anksiyetesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların vital değerlerini ve ektodermal aktivitelerini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre, ayrıntılı aydınlatılmış onam formu, kan basıncı ve saturasyon değerlerinde kayda değer bir değişime sebep olmazken, nabız değerlerinde bir artış rapor edilmiştir. Ektodermal aktivite sayesinde ölçülen anksiyete değerlerinde de istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir (Casap ve ark 2008).

Tüm bu bilgiler ışığında literatür tarandığında genel kanı, hastaların en yüksek anksiyeteyi işlem öncesi gösterdikleri ve bunun da vital değerlere yansıdığı, bu şekilde yapılacak cerrahi operasyonun zorlaştığı, komplikasyon olasılığının arttığı görülmektedir. Biz yaptığımız çalışmada, onam formunu okumadan önce ve sonra hastaların vital bulgularını ölçerek, ayrıntılı aydınlatılmış onamın vital bulguları ve dolayısıyla anksiyeteyi nasıl etkilediğini araştırdık. Çalışmamızın sonuçlarına göre aydınlatılmış onamı okuduktan sonra her iki cinsiyet grubundaki hastalarda, kan basıncı, nabız ve saturasyon değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düştüğü görülmektedir. Bu sonuca paralel olarak anksiyete skorlarının da azaldığı

anlaşılmıştır. Cinsiyet gruplarında nabız ve saturasyon değerleri arasında fark görülmezken, kan basıncı değerlerinin her iki ölçümde de kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Buradan hareketle hastaların işlem öncesi ayrıntılı aydınlatılmış onam formunu okumalarının, vital bulguları stabilize ettiği ve preoperatif anksiyeteyi azaltarak daha güvenli bir cerrahi ortam hazırladığı söylenebilir.

Dental anksiyetenin belirlenmesinde iki ana metot bulunmaktadır. Bunlardan birincisi hastada fizyolojik ve davranışsal değişimlerin incelenmesi, diğeri ise hastanın kendisinin doldurduğu anket formları ve standart ölçeklerdir. Bunlar arasında en çok kullanılan metot ölçekler ve anket formlarıdır (İlgüy ve ark 2005).

Sadece bir ölçek kullanılarak anksiyeteyi tüm yönleriyle değerlendirmek mümkün değildir. Dental anksiyetenin sınıflandırılması amacıyla birçok psikometrik analiz geliştirilmiştir. Bu nedenle, dental anksiyete ölçümünde birden çok ölçek kullanılması daha doğru olacaktır (Schuurs ve ark 1993, Hakeberg ve Berggren 1997). Bizim çalışmamızda da dental anksiyete düzeyini belirlemek için iki ölçek kullanılmıştır. Bunlardan biri Vizüel Analog Skala (VAS), diğeri ise Modifiye Dental Anksiyete Skalasıdır (MDAS). Bu ölçekler dental anksiyete ölçümlerinde sıkça kullanılan geçerli ve kabul görmüş ölçeklerdir (Newton ve Buck 2000).

Schuurs ve Hoogstrateen yaptıkları çalışmada 6 tip dental anksiyete ölçeğini karşılaştırmış, Kleinknecht Dental Korku Anketini (KFS) ve Corah'ın Dental Anksiyete Skalasını (DAS) en başarılı ölçekler olarak rapor etmişlerdir (Schuurs ve ark 1993). Williams ve ark. ise VAS ile diğeri anksiyete skalalarını karşılaştırmış ve anlamlı bir fark bulamamışlardır. Hem katılımcıya, hem uygulayıcıya kolaylık sağlaması açısından VAS kullanımını tavsiye etmişlerdir (Williams ve ark 2010). Bringuier ve ark. ile Kindler ve ark. VAS ile STAI skalalarını karşılaştırmış anlamlı bir fark bulamamışlardır (Kindler ve ark 2000, Bringuier ve ark 2009). Biz de çalışmamızda hastalar tarafından kolay anlaşılabilmesi ve diğeri skalalarla paralel sonuçlar vermesi sebebiyle VAS'ı kullandık.

Corah'ın dental anksiyete skalası (DAS) dental anksiyete düzeyinin belirlenmesinde en çok uygulanan ölçeklerden biridir. DAS'a anestesik madde enjeksiyonu ile ilgili bir soru ekleyen Humpris ve arkadaşlarının oluşturduğu MDAS'ın

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve anksiyete belirlenmesinde pratik, kısa sürede uygulanabilen, masrafsız ve etkili bir yöntem olduğu anlaşılmıştır (İlgüy ve ark 2005, Tunc ve ark 2005). Literatüre bakıldığında enjeksiyon uygulamasının, en çok anksiyete gelişen işlemlerden biri olduğu görülmektedir(Kleinknecht ve ark 1973, Berggren ve Meynert 1984, Moore ve ark 1993). Anestezi enjeksiyonunun, gömülü yirmi yaş dışı çekiminin bir parçası olması ve anksiyeteye yol açması sebebiyle biz de çalışmamızda MDAS'ı kullandık.

Abrahamsson ve ark. yaptıkları çalışmada genel anksiyete problemi olan bireylerdeki, dental anksiyete ve korku yatkınlığını araştırmış, yüksek genel anksiyetesi olan ve olmayan hastalarda, dental anksiyete düzeyi bakımından herhangi bir farklılık bulamamıştır (Henning Abrahamsson ve ark 2000). Bu sonuç; dental anksiyete ve korkunun, farklı anksiyete gruplarındaki hastalarda, farklı şekilde ortaya çıkabileceğini ve dental anksiyetenin kendi karakteristik özellikleri olabileceğini göstermektedir. Biz de bu sonuçtan hareketle kendi hastalarımızda, genel anksiyete düzeyini belirlemeden, dental anksiyete düzeylerini değerlendirdik.

Dental anksiyetenin oluşumunu ve düzeyini belirleyen hastaya bağımlı veya bağımsız birçok faktör vardır. Yapılan araştırmalarda, dental anksiyete skorlarını belirlemek için yapılan testlerin; sosyodemografik faktörlerden(yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi), diş hekimine gitme sıklığından, oral sağlık derecesinden, geçmiş dental tedavi deneyimlerinden ve dental tedavi türünden etkilendiği rapor edilmiştir (Bedi ve McGrath 2000).

Dental tedavilerin yarattığı dental anksiyete, hastaların diş hekimine gitmesini engelleyip, tedavinin gidişatını ve sonucunu etkileyebilir. Taani ve ark.'nın yaptığı çalışmaya 500 katılımcı dahil edilmiş, bu hastaların %79'unun düzenli dental tedavileri yaptırmadığı saptanmıştır. Bu katılımcıların %14'ü bu duruma sebep olarak dental fobiyi göstermiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, dental anksiyetenin diş hekimlerinin üzerinde durması gereken bir konu olduğu anlaşılmaktadır (Taani 2002).

Dental anksiyetenin en önemli belirtileri arasında; diş hekiminden kaçma, alınan randevuyu erteleme veya iptal etme gibi semptomlar da yer alır. Yüksek dental anksiyeteye sahip hastalar her an tedaviyi yarım bırakabilir veya tedaviye uyum göstermeyebilir (Berggren ve Meynert 1984, Corah ve ark 1985). Bunun sonucunda,

tedavi daha komplike hale gelebilir. Buna paralel olarak yapılan bazı çalışmalarda, yüksek anksiyete ile oral hastalık yaygınlığının arttığı, yüksek anksiyeteye sahip bireylerin çoğunluğunun, diş hekimlerine sadece acil tedaviler için gittiği görülmüştür (Locker ve Liddell 1991, Thomson ve ark 1996).

Hakeberg ve ark. yaptığı çalışmada dental tedaviden kaçan bireylerde bunun sonucu olarak; daha fazla diş kaybı, çürük ve periodontitis olgularına rastlanılmıştır (Hakeberg ve ark 1993). Bizim yaptığımız çalışmada da buna paralel olarak diş hekimine düzenli giden bireylerin geçmişte daha az dental işleme ihtiyaç duydukları görülmüştür.

Thomson ve ark.'nın yaptığı çalışmada, düzenli olarak diş hekimine gidenlerin, anksiyete düzeylerinin daha önce diş hekimine gitmeyenlere göre oldukça düşük olduğu görülmüştür (Thomson ve ark 2000). Buna benzer olarak Marakoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada da, benzer sonuçlar elde edilmiştir (Marakoğlu ve ark 2003). Bu çalışmaların aksine Kaakko ve ark.'nın yaptığı çalışmada, daha önce diş çekimi yaptıran hastaların oral cerrahi öncesinde anksiyete değerleri, daha önce diş çektirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Kaakko ve Murtooma 1999). Ranchman ve ark.'nın yaptığı çalışmanın sonuçları da buna paraleldir (Rachman 1990). Ay ve ark.'nın yaptığı çalışmada, dental tecrübe ile dental anksiyete arasında bir ilişki bulunamamıştır (Ay ve ark 2005). Stabholz ve Peretz'in yaptığı çalışmada ise, diş hekimine gitme sıklığı ile dental anksiyete arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Stabholz ve Peretz 1999). Bizim yaptığımız çalışmada da, buna benzer olarak hastaların diş hekimine gitme sıklığı ile dental anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Literatürdeki birçok çalışmada, dental tedavi geçmişinin dental anksiyete oluşumunda çok önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Hiçbir birey dental anksiyeteyi doğuştan getirmez, diş hekiminden korkma ve kaçma davranışı yaşam süresince birçok yolla gelişebilir. Hastaların yaşadığı ağrılar ve travmalar, geçirdiği dental tedavilerdeki kötü deneyimler ve kötü hasta–diş hekimi diyalogları dental anksiyete oluşmasında en önemli faktörler arasında gösterilir (Epstein 1988, Ilgüy ve ark 2005). Bunların yanısıra sosyal çevre, kişinin psikolojik durumu ve kişilik özellikleri de anksiyete gelişiminde önemli faktörlerdendir (Epstein ve Nsubuga 1997).

Kötü diş hekimliği deneyimleri ve çocuk yaşlarda oluşmuş olumsuz önyargılar dental anksiyete oluşumunu tetikler. 2001 yılında Locker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağında yaşanan kötü dental tecrübelerin, anksiyete oluşumunda etkili olduğu görülmüştür (Locker ve ark 2001). Eli ve ark'nın yaptığı çalışmada da buna paralel sonuçlar rapor edilmiştir (Eli ve ark 1997).

Ancak bunların aksine, hastaların hiçbir dental tecrübesinin olmaması da anksiyeteyi artırabilir. Shuurs ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hiç diş hekimine gitmeyen bireyler, diş hekimine gidenlere göre daha yüksek dental anksiyete skoru göstermişlerdir (Schuurs ve ark 1985). Benzer bir şekilde Thomson ve ark'nın yaptığı çalışmada da paralel sonuçlar elde edilmiştir (Thomson ve ark 2000).

Bu durum, bireylerin bilinmeyenden korku duyması sonucunda, anksiyete oluşması şeklinde yorumlanabilir. Bu sebepten dolayı hastaların işlem öncesinde detaylı bilgilendirilmelerinin anksiyeteyi azalttığı sonucuna ulaşılabilir. Hastaların işlem sırasında ve sonrasında hissedeceği duyguların ve yaşayacağı durumların tanımlanması, hastanın anksiyetesini kontrol etme hususunda hekime kolaylık sağlar. Literatürde işlem öncesinde bilgilendirilen hastaların, anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur (Garip ve ark 2004).

Daha önce oral cerrahi işlem geçiren hastaların, oral cerrahi işlem tecrübesi olmayan hastalara göre, daha az anksiyete gösterdiği çalışmalar literatürde mevcuttur. Garip ve ark'nın 2004 yılında Türkiye popülasyonunda yaptığı bir çalışmada daha önce oral cerrahi işlem tecrübesi olan kadınların, olmayanlara göre daha düşük anksiyete gösterdikleri rapor edilmiştir (Garip ve ark 2004). Buna benzer olarak Yusa ve ark'nın yaptığı çalışmaya göre, daha önce yirmi yaş dışı çektiren hastaların ikinci çekiminde , ilk defa yirmi yaş dışı çektireceklere göre daha az anksiyete gösterdiği rapor edilmiştir (Yusa ve ark 2004). Bu çalışmaların aksine, Sinan ve ark'nın yaptığı çalışmada, daha önceki diş çekimi tecrübesinin dental anksiyete üzerinde etkisi olmadığı görülmektedir (Sinan ve ark 2002).

Tüm bu veriler altında yaptığımız çalışmada, daha önce gömülü yirmi yaş dışı çektirmiş veya normal diş çekimi dışında oral cerrahi işlem geçirmiş hastaların olumlu veya olumsuz tecrübelerinin yaptığımız anksiyete ölçümlerinin güvenilirliğini etkileyebileceği göz önünde bulundurularak bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Ancak gömülü yirmi yaş dişi dışında diş çektiren hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan 100 hastadan 22'si daha önce diş çektirmiş olup, yaptığımız istatistiksel analizler sonucunda daha önce diş çektirmiş ve çektirmemiş hastaların gömülü yirmi yaş dişi çekimi öncesi anksiyete ölçümlerinde anlamlı bir fark görülmüştür. Daha önce diş çektiren hastaların anksiyete düzeyleri, daha önce diş çektirmeyen hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun sebebi, hastaların 20 yaş dişi çekimini, normal diş çekimiyle bağdaştırıp, benzer tecrübeler yaşayacağını düşünmesi olabilir.

Hastalar oral cerrahi işlem öncesi kendileri tecrübe etmeseler de, sosyal çevrenin deneyimlerinden etkilenebilir veya internet, medya gibi yayın organlarından işlemi araştırıp bilgi sahibi olabilirler. Wong ve ark.'nın yaptığı çalışmada oral cerrahi işlem öncesinde olumsuz bilgi edinen hastaların, bilgisi olmayan hastalara göre daha anksiyetik olduğu rapor edilmiştir (Wong ve Lytle 1991). Çalışmamızda ise, bunun aksine önceden sosyal çevre veya yayın organları üzerinden bilgi sahibi olmanın dental anksiyeteyi etkilediğine yönelik bir bulguya rastlanmamıştır. Bunun sebebi, çalışmamıza katılan hastaların yüksek eğitim düzeyine (%97 oranında lise ve üstü) sahip olmasına bağlanmıştır.

Dental anksiyete seviyeleri yapılan dental işleme göre değişkenlik göstermektedir. Literatüre bakıldığında farklı tedavilerin hastalar tarafından farklı dental anksiyete düzeylerinde karşılık bulduğu görülmüştür. Kleinknecht ve ark.'nın yaptığı çalışmada en yüksek anksiyete skorları, enjeksiyon ve frezleme işlemlerinde görülmüştür. Bu işlemlerin görüntü ve ses bakımından, hastalara daha fazla rahatsızlık verdiği belirlenmiştir (Kleinknecht ve ark 1973).

Dental anestezi işlemi dental tedaviyi kolay ve ağrısız hale getirirse de, yapılacak işlemden önce hastaların korku ve anksiyete seviyelerini artırdığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Frazer 1988, Earl ve Surgery 1994). Kaakko ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, ilk defa dental enjeksiyon yapılacak hastaların daha önce yaptırılanlara göre daha yüksek anksiyete gösterdikleri rapor edilmiştir (Kaakko ve ark 1998). Yapılan bir diğer çalışmada da, anksiyeteyi en çok artıran durumun enjeksiyon olduğu rapor edilmiştir (Ilgüy ve ark 2005).

Çalışmamızda, hastalarımıza daha önce dental enjeksiyon tecrübesine sahip olup olmadıkları sorularak, gömülü yirmi yaş dişi çekimi öncesi yapılan dental enjeksiyon işleminin, hastaların anksiyete düzeyleri üzerindeki ilave etkisini araştırdık. Çalışmamıza katılan 100 hastanın 50'si daha önceden dental enjeksiyon tecrübesine sahipti. Yaptığımız istatistiksel analizler sonucunda, dental enjeksiyon tecrübesine sahip hastaların, diğerlerine göre gömülü yirmi yaş dişi çekimi öncesi daha düşük anksiyete skorları gösterdiği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna vardık. Bu sonucun literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Buradan hareketle oral cerrahi işlemler öncesinde yapılan dental enjeksiyonun anksiyeteyi artırdığı sonucuna ulaşılabilir.

Muğlalı ve Kömerik yaptıkları çalışmada, hastalara oral cerrahi işlem sırasında en çok korktukları durumu sormuşlar; kadınlar en çok işlem yapılan bölgenin uyuşmamasından, erkekler ise çenelerini uzun süre açık tutacakları için yorulmaktan ve ağızda sıvı toplanmasından korktuklarını belirtmişlerdir (Muğlalı ve Kömerik 2005). Yusa ve ark. yaptıkları çalışmada normal diş çekimi ve gömülü diş çekimi işlemi öncesi hastaların anksiyete düzeylerini araştırmışlar ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır. Bu durum dişin çekilme şekline bağlı olmadan, diş çekimi işleminin kendisinin anksiyete artırıcı özelliğiyle açıklanabilir (Yusa ve ark 2004). Wong ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada sekiz farklı dental tedavi anksiyete üzerindeki etkileri bakımından karşılaştırılmış; en çok anksiyete artıran işlemler oral cerrahi ve kök-kanal tedavisi olarak bulunmuştur (Wong ve Lytle 1991).

Sosyodemografik faktörlerden biri olan yaş ile anksiyete seviyeleri arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürde birçok farklı çalışma olduğu görülmektedir. Dental anksiyetenin, her yaşta görülmesiyle beraber, en çok çocukluk ve ergenlik döneminde görüldüğü bilinmektedir (Öst 1987, Smyth 1993). Birçok literatürde, genç yaşlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve yaş ile birlikte azaldığı belirtilmektedir (Holtzman ve ark 1997, Ragnarsson 1998). Hakeberg ve ark.'nın Göteborg'da yaptıkları çalışmada en yüksek anksiyete düzeyinin 20 ile 39 yaş arasında olduğu görülmüştür (Hakeberg ve ark 1992). Stouthard ve ark.'nın Hollanda'da dental anksiyete düzeyini belirlemek üzerine yaptıkları çalışmada, 26-35 yaş arası kadınların diğer gruplardan daha yüksek anksiyete skorlarına sahip olduğu rapor edilmiştir (Stouthard ve ark 1990). Holtzman ve ark. en yüksek anksiyete skorlarının, 20-30 ve

40-50 yaşları arasındaki kadınlarda görüldüğünü; erkeklerde yaşla anksiyete skorları arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Holtzman ve ark 1997). Kunzelman'a göre yaş ile birlikte dental anksiyetede bir stabilleşme meydana gelir. Kişinin başka sağlık problemleri oluşmasıyla, diş hekimine gidiş sayısı artar. Anksiyete düzeyinin yaşla birlikte dengeye oturması bu iki duruma adaptasyon sayesinde olur (Kunzelmann ve Dünninger 1989). Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada yaş ile anksiyete düzeyi arasında ters orantı olduğu yani yaşla birlikte anksiyete düzeylerinin azaldığı rapor edilmiştir (İlgü ve ark 2005).

Bu çalışmaların aksine Oktay ve ark'nın yaptığı çalışmada yaş ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş, en düşük anksiyete skorlarına 20-29 yaş arası bireylerde rastlanılmıştır (Oktay ve ark 2009). Ay ve ark'nın yaptığı çalışmada yaş ile dental anksiyete arasında bir korelasyon bulunmamıştır (Ay ve ark 2005). Yine Muğlalı ve ark. ile Öcek ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda da yaş ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (Öcek ve ark 2001, Muğlalı ve Kömerik 2005).

Bizim yaptığımız çalışmada katılımcıların yaşları 18 ile 45 arasında değişmekteydi. Çalışmamızda yaş ile anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Fakat 18 ile 21 yaş aralığındaki grupta, anksiyete skorlarının, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Lakin çalışmamızdaki katılımcıların yaş gruplarına homojen dağılması sebebiyle, yaş ile anksiyete düzeyi arasında ilişki hakkında yorum yapmanın doğru olmayacağı görüşündeyiz. Bununla beraber tüm yaş gruplarında ayrıntılı aydınlatılmış onamı okuduktan sonra belirgin bir şekilde anksiyete skorlarının azaldığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Diğer bir sosyodemografik değişken ise cinsiyettir. Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunda hemen her toplumda anksiyete skorlarının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Milgrom ve ark 1988, Ragnarsson 1998, Taani 2002, Garip ve ark 2004, Armfield ve ark 2006, Matthias ve Samarasekera 2012). Ter host ve ark. yaptıkları çalışmada, kadınların evrensel olarak daha yüksek anksiyete seviyeleri gösterdiklerini rapor etmişlerdir (Ter Horst ve De Wit 1993). Moore ve ark. ile De Jongh ve ark. bu durumu kadınların duygularını gizlemeden, daha dürüst ve açık bir şekilde dile getirmelerinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir

(Moore ve ark 1993, de Jongh ve ark 2008). Thomson ve ark. bu farklılığın, genel anksiyetenin dental anksiyete üzerine bir yansıması olabileceğini savunmuşlardır (Thomson ve ark 1996). Rubin ve ark. ise erkeklerin anksiyete skorlarının daha düşük olmasının, sosyal şartlanmanın yanında biyolojik orjin ile de açıklanabileceğini rapor etmişlerdir (Krochak 1988). Bunların aksine bazı çalışmalarda erkeklerde kadınlara göre daha yüksek anksiyete skorları elde edilmiştir. 2005 yılında Udoye ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınların anksiyete değerleri erkeklere oranla daha düşük bulunmuştur (Udoye ve ark 2005).

Türkiye toplumunda da, cinsiyetin anksiyete üzerindeki etkisi hakkında çalışmalar yapılmış olup genel olarak kadınların anksiyete seviyeleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Öcek ve ark 2001, Marakoğlu ve ark 2003). Muğlalı ve Kömerik yaptıkları çalışmada erkeklerde anksiyete skorlarının daha düşük olduğunu belirtmiş ve bunun toplumumuzda erkeklerin daha güçlü olması önyargısından kaynaklanabileceğini savunmuşlardır (Muğlalı ve Kömerik 2005). Bunların aksine Özdemir ve ark.'nın yaptığı çalışmada, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek dental anksiyete gösterdikleri rapor edilmiş ve bunun sebebi olarak farklı tür dental tedavi gören hastaların birlikte değerlendirilmesi olabileceğini savunmuşlardır (Özdemir ve ark 2001).

Yaptığımız çalışmaya 50 erkek, 50 kadın olmak üzere 100 hasta dahil edildi. Yaptığımız istatistiksel analizler sonucunda anksiyete skorları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farka rastlanmasa da, literatüre paralel olarak, kadınların anksiyete skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlemlendi. Bununla beraber her iki cinsiyet grubunda da ayrıntılı aydınlatılmış onamin okunmasını takiben anksiyete skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı göze çarpmaktadır.

Dental anksiyete üzerine etkisi olan diğer bir sosyodemografik faktör bireylerin eğitim düzeyidir. Bu konuda birçok çalışmanın sonucuna göre genellikle ortak kanı eğitim düzeyi düşük bireylerde dental anksiyetenin daha yüksek olduğudur (Milgrom ve ark 1988, Moore ve ark 1993, Armfield ve ark 2006). Ragnarsson ve ark. yaptığı çalışmada, yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin, daha düşük anksiyete gösterdiklerini rapor etmişlerdir (Ragnarsson 1998). Hallstrom ve Halling'in yaptığı çalışma ile Schurrs ve ark.'nın yaptığı çalışmada buna paralel sonuçlar rapor edilmiştir (Hällström ve Hailing 1984, Schuurrs ve ark 1985). Stabholz ve Peretz'de yaptıkları

çalışmada benzer sonuçlar elde etmiş ve bu durumu eğitilmiş kişilerin stresle başa çıkma da daha başarılı olmalarına ve daha kolay çözüm üretebilmelerine bağlamıştır (Stabholz ve Peretz 1999).

Bunların aksine Teo ve ark. yaptıkları çalışmada, en yüksek dental anksiyeteye sahip grubun en yüksek eğitim düzeyine sahip grup olduğunu rapor etmişlerdir (Teo ve ark 1990). Bununla beraber literatürde dental korku ve anksiyete ile eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmadığını rapor eden birçok çalışma da mevcuttur (Kleinknecht ve ark 1973, Hakeberg ve ark 1992, Ay ve ark 2005, Muğlalı ve Kömerik 2005).

Yaptığımız çalışmaya lise ve altı eğitim düzeyi olan 51 katılımcı, lisans ve üstü eğitim düzeyi olan 49 katılımcı dahil edildi. İstatistiksel analizlerimiz sonucunda biz de eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında bir ilişki saptamadık. Fakat çalışmamızdaki katılımcıların %97'sinin lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olması sebebiyle bu konuda yorum yapmamızın doğru olmayacağı kanaatindeyiz. Bununla beraber, tüm eğitim düzeylerinde ayrıntılı aydınlatılmış onamı okuduktan sonra anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcut olduğu görülmektedir.

5 SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Aydınlatılmış onam, tıbbi işlemlerin çok önemli bir basamağı olup, tıp ve diş hekimliği etiği açısından bir görev, hukuki olarak ise bir zorunluluktur.
2. Kişi vücuduna yapılacak tüm girişimlere karar verme hakkına sahiptir. Aydınlatılmış onam öğretisine göre, bilgi kişiye açık ve anlaşılır şekilde verilmeli, kişi tüm bu bilgiler ışığında tıbbi müdahaleye gönüllü olmalıdır.
3. Hastalardaki anksiyete, yapılacak işlem hakkında yeterli bilgiye sahip olmamak veya yanlış bilgiye sahip olmak sebebiyle artabilir. Hastaların yapılacak işlem hakkında yeterli ve doğru şekilde bilgilendirilmesiyle anksiyete kontrol altına alınabilir ve anksiyete düzeyi istenilen seviyeye çekilebilir.
4. Bazı durumlarda karmaşık tıbbi bilginin hastaya anlatılması zordur. Hastaların bilgi sahibi olmaması kadar, aşırı bilgi sahibi olması da, anksiyete düzeyini artırabilir. Bu yüzden aydınlatılmış onam formu özenle hazırlanmalı, karmaşık ve gereksiz bilgilere yer verilmemelidir.
5. İşlem öncesi hastaların yeterli ve güvenli bir şekilde bilgilendirilmesi, preoperatif anksiyeteyi azaltarak, vital değerlerin stabilleşmesine ve bu sayede daha güvenli bir cerrahi ortam hazırlanmasına yardımcı olabilir.
6. Dental anksiyete oluşumunda rol alan, hastaya bağımlı veya bağımsız birçok faktör vardır. Bunların içinde; sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi), genetik yatkınlık, sosyal çevre ve aile yapısı, geçmiş dental tecrübeler ve dental tedavi türleri gösterilebilir.
7. Günümüz diş hekimliği ve oral cerrahi işlemlerinin başarısında, hasta kooperasyonunun çok önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu noktada hekimin hastayı yeterli ve doğru bir şekilde bilgilendirip, hastanın güvenini kazanması büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde hastanın korkuları giderilerek anksiyete düzeyi kontrol edilebilir ve hastanın tedaviye uyumu sağlanıp tıbbi işlemlerin daha başarılı olması sağlanabilir.

6 KAYNAKLAR

- Abay E, Çalıyurt O, Tuğlu Cİ, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999. Klinik Psikiyatri El Kitabı. 27-43.
- Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard EBJJoPR, 1984. Cancer-related pain—II. Assessment with visual analogue scales. 28, 2, 121-4.
- Aich P, Potter AA, Griebel PJJjogm, 2009. Modern approaches to understanding stress and disease susceptibility: A review with special emphasis on respiratory disease. 2, 19.
- Aitken RC, (1969). A growing edge of measurement of feelings [Abridged] measurement of feelings using visual analogue scales, SAGE Publications.
- Aleman-Martínez A, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda CJJo, surgery m, 2008. Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. 66, 3, 453-61.
- Anderson RA, Baron R, Logan HJJoASP, 1991. Distraction, Control, and Dental Stress 1. 21, 2, 156-71.
- Arıkan MİÇK, 1999. Temel Psikiyatrik Sendromlar.
- Armfield JM, 2010. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? Oral Health Prev Dent, 8, 2, 107-15.
- Armfield JM, Spencer A, Stewart JFJAdj, 2006. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? , 51, 1, 78-85.
- Arrigoni J, Lambrecht JT, Filippi A, 2005. [Cardiovascular monitoring and its consequences in oral surgery]. Schweiz Monatsschr Zahnmed, 115, 3, 208-13.
- Aşçıoğlu Ç, 1993. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar.
- Atkinson R, Atkinson R, Smith E, Bem D, Hoeksema SJAA, 1999. Psikolojiye Giriş (Y. Alogan, Çev.).
- Ay Z, Erdek Y, Öztürk M, Kılınc G, Bozkurt Y, Yılmaz RJCüdhfd, 2005. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi. 8, 1, 12-8.
- Aydın E, Ersoy N, 1995. Tıp etiği ilkeleri. Tıbbi Etik Dergisi 3. 48-52.
- Ayer Jr W, Domoto P, Gale E, Joy Jr E, Melamed BJJoTADA, 1983. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. 107, 1, 18.
- Bayat AH, (1999). Şeriye Sicilleri ve Tıp Tarihimiz I Rıza Senetleri. II. Türk Tıp tarihi Kongresinden Ayrı Basım, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- Bayraktar K, (1972). Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu. İstanbul: Sermet Matb. .
- Beauchamp TL, 2003. Methods and principles in biomedical ethics. J Med Ethics, 29, 5, 269-74.
- Beck A, Emery GJLY, 2011. Anksiyete bozuklukları ve fobiler (çev. V. Öztürk).
- Bedi R, McGrath CJG, 2000. Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. 17, 2, 97-103.
- Beena JJEjod, 2013. Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. 7, 2, 181.
- Beers M, Berkow R, (1999). The Merck Manual of diagnosis and therapy. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Berggren U, Meynert GJJoTADA, 1984. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. 109, 2, 247-51.
- Berksun OJTY, 2003. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları.
- Binkley CJ, Beacham A, Neace W, Gregg RG, Liem EB, Sessler DIJJoTADA, 2009. Genetic variations associated with red hair color and fear of dental pain, anxiety regarding dental care and avoidance of dental care. 140, 7, 896-905.
- Birliği APJDBHYB, Ankara, 1995. Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı.
- Brand HS, Abraham-Inpijn LJEjoos, 1996. Cardiovascular responses induced by dental treatment. 104, 3, 245-52.

- Bringuier S, Dadure C, Raux O, Dubois A, Picot M-C, Capdevila XJA, Analgesia, 2009. The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children: a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. 109, 3, 737-44.
- Callahan D, 1988. The development of biomedical ethics in the United States. Ann N Y Acad Sci, 530, 1-3.
- Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJJBr, therapy, 2007. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? , 45, 10, 2307-16.
- Casap N, Alterman M, Sharon G, Samuni YJJoO, Surgery M, 2008. The effect of informed consent on stress levels associated with extraction of impacted mandibular third molars. 66, 5, 878-81.
- Chau AW, Leung WKJcd, epidemiology o, 2004. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. 32, 3, 227-35.
- Chrousos GPJNre, 2009. Stress and disorders of the stress system. 5, 7, 374.
- Cohen S, Fiske J, Newton JJBdj, 2000. Behavioural dentistry: The impact of dental anxiety on daily living. 189, 7, 385.
- Corah NL, Gale EN, Illig SJJJoDR, 1979. Psychological stress reduction during dental procedures. 58, 4, 1347-51.
- Corah NL, Gale EN, Illig SJJJoTADA, 1978. Assessment of a dental anxiety scale. 97, 5, 816-9.
- Corah NL, Gale EN, Pace LF, Seyrek SKJTJotADA, 1981. Relaxation and musical programming as means of reducing psychological stress during dental procedures. 103, 2, 232-4.
- Corah NL, O'Shea RM, Ayer WAJJotADA, 1985. Dentists' management of patients' fear and anxiety. 110, 5, 734-6.
- Corah NLJJodr, 1969. Development of a dental anxiety scale. 48, 4, 596-.
- Corey G, Ergene T, 2008. Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları, Mentis yayıncılık, p.
- Croog SH, Baume RM, Nalbandian JJJoPR, 1995. Pre-surgery psychological characteristics, pain response, and activities impairment in female patients with repeated periodontal surgery. 39, 1, 39-51.
- De Jongh A, Adair P, Meijerink-Anderson MJIdj, 2005. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? , 55, 2, 73-80.
- de Jongh A, Olff M, van Hoolwerff H, Aartman IH, Broekman B, Lindauer R, Boer FJBr, therapy, 2008. Anxiety and post-traumatic stress symptoms following wisdom tooth removal. 46, 12, 1305-10.
- Decker ML, Turk CL, Hess B, Murray CEJJoAD, 2008. Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. 22, 3, 485-94.
- Demiralp C, 2010. Periodontal tedavi hakkında detaylı bilgilendirmenin dental anksiyete üzerine etkisi.
- Dickens M, 1978. The ethical content of legally informed consent. New Jersey: The Humana Press.
- Do CJTjocdp, 2004. Applying social learning theory to children with dental anxiety. 5, 1, 126-35.
- Doğan O, 1993. II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi Sivas
- Earl PJBJoO, Surgery M, 1994. Patients' anxieties with third molar surgery. 32, 5, 293-7.
- Eisen J, Rasmussen S, Stein D, Hollander E, (2002). Textbook of Anxiety Disorders–, The American.
- Eli I, Schwartz-Arad D, Baht R, Ben-Tuvim HJCoir, 2003. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. 14, 1, 115-8.
- Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz MJcd, epidemiology o, 1997. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. 25, 3, 233-7.

- Epstein H, Nsubuga L, 1997. Uganda pioneers ALVAC -- and informed consent. *Vaccine trials. AIDS Anal Afr*, 7, 1, 2-3.
- Epstein SJDcoNA, 1988. Treatment of the geriatric dentally phobic patient. 32, 4, 715-21.
- Erol BF, 2017. Farklı Protetik Tedavilerin Anksiyete ve Ağız Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
- Ersoy N, 1991. Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onam (Rıza)'ının Alınması İle İlgili Etik Sorunlar
- Erten H, Akarşlan ZZ, Bodrumlu EJQi, 2006. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. 37, 4.
- Faden RR, Beauchamp TL, Kass NE, 2014. Informed consent for comparative effectiveness trials. *N Engl J Med*, 370, 20, 1959-60.
- Faden RR, Beauchamp TL, Kass NE, 2014. Informed consent, comparative effectiveness, and learning health care. *N Engl J Med*, 370, 8, 766-8.
- Feldman RS, 1999. Understanding psychology, McGraw-Hill College, p.
- Ferrús-Torres E, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda CJoO, surgery M, 2011. Informed consent in oral surgery: the value of written information. 69, 1, 54-8.
- Filewich R, Jackson E, Shore H. Effects of dental fear on efficiency of routine dental procedures. *Journal of Dental Research*, 533-.
- Filewich RJDCoNA, 1988. Treatment of the agoraphobic dental patient. 32, 4, 723-33.
- Firat D, Tunc E, Sar VJCDP, 2006. Dental anxiety among adults in Turkey. 7, 3, 75-82.
- Firestein SKJTADA, 1976. Patient anxiety and dental practice. 93, 6, 1180-7.
- Fisher PLJP, 2007. Psychopathology of generalized anxiety disorder. 6, 5, 171-5.
- Folayan M, Idehen E, Ojo OJJoPD, 2004. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. 14, 4, 241-5.
- Forgione AG, Clark REJJoDR, 1974. Comments on an empirical study of the causes of dental fears. 53, 2, 496-.
- Frazer MBDJ, 1988. Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. 165, 436-9.
- Fuentes D, Gorenstein C, Hu LJBdj, 2009. Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. 206, 8, E17.
- Gale ENJJoDR, 1972. Fears of the dental situation. 51, 4, 964-6.
- Garip H, Abalı O, Göker K, Göktürk Ü, Garip YBJoO, Surgery M, 2004. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. 42, 6, 551-4.
- Gatchel RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker CJotADA, 1983. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. 107, 4, 609-10.
- Gatchel RJTADA, 1989. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. 118, 5, 591-3.
- Gazete RJTB, Ankara, 1998. Hasta Hakları Yönetmeliği. 23420.
- Gençtan E, Yaşam Ç, Davranışlar NJB, İstanbul, 1998. Remzi Kitabevi, 7.
- Gray JDCJoEM, 2001. The problem of consent in emergency medicine research. 3, 3, 213-8.
- Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren UJCD, epidemiology o, 2000. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. 28, 6, 451-60.
- Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SGJCD, Epidemiology O, 1992. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. 20, 2, 97-101.
- Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl HGJCD, epidemiology o, 1993. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. 21, 1, 27-30.
- Hakeberg M, Berggren UJAOS, 1997. Dimensions of the Dental Fear Survey among patients with dental phobia. 55, 5, 314-8.
- Hällström T, Hailing AJAPS, 1984. Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample. 70, 5, 438-46.

- Henning Abrahamsson K, Berggren U, Carlsson SGJAOS, 2000. Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. 58, 1, 37-43.
- Herbertt RJDC, 1979. Familiarization and preparatory information in the reduction of anxiety in child dental patients. 45, 319-23.
- Hermes D, Truebger D, Hakim SG, Sieg PJJoc-MS, 2005. Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery—basics and first clinical experience. 33, 2, 123-9.
- Holtzman JM, Berg RG, Mann J, Berkey DBJScid, 1997. The relationship of age and gender to fear and anxiety in response to dental care. 17, 3, 82-7.
- Hood HK, Antony MM, 2012. Evidence-based assessment and treatment of specific phobias in adults. In: Intensive one-session treatment of specific phobias. Eds: Springer, p. 19-42.
- Hopper KD, Houts PS, TenHave TR, Matthews YL, Colon E, Haseman DB, Hartzel JJAajor, 1994. The effect of informed consent on the level of anxiety in patients given iv contrast material. 162, 3, 531-5.
- Humphris G, Clarke H, Freeman RJBdj, 2006. Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomised controlled trial with adults in general dental practice. 201, 1, 33.
- İlgü D, İlgü M, Dinçer S, Bayirli GJJolMR, 2005. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. 33, 2, 252-9.
- İnsan CDJİ, Remzi Kitabevi, 2005. davranışları psikolojinin temel kavramları. 289-304.
- Jackson DL, Johnson BSJDcoNA, 2002. Conscious sedation for dentistry: risk management and patient selection. 46, 4, 767-80.
- Jackson DL, Johnson BSJDcoNA, 2002. Inhalational and enteral conscious sedation for the adult dental patient. 46, 4, 781-802.
- James Sh, 1990. Psikiyatri 2. baskı çeviri Saygılı R. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. .
- Janis IL, 1971. Groupthink among policy makers.
- Johansson P, Berggren UJAOS, 1992. Assessment of dental fear: a comparison of two psychometric instruments. 50, 1, 43-9.
- Kaakko T, Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DSJAp, 1998. Dental fear among university students: implications for pharmacological research. 45, 2, 62.
- Kaakko T, Murtomaa HJAp, 1999. Factors predictive of anxiety before oral surgery: efficacy of various subject screening measures. 46, 1, 3.
- Kaplan HI, Sadock BJ, 1988. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry, Williams & Wilkins Co, p.
- Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal HJŞEHTB, 2011. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. 45, 2, 65-74.
- Kegeles SSJTJotADA, 1963. Some motives for seeking preventive dental care. 67, 1, 90-8.
- Kent G, Rubin G, Getz T, Humphris GJCd, epidemiology o, 1996. Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. 24, 6, 394-7.
- Kılıç İ, 2015. Dental İmplant Uygulamalarında Anksiyete ve Ağrının Değerlendirilmesi
- Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger DJA, Analgesia, 2000. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. 90, 3, 706-12.
- King TL, McCool WFJJom, health ws, 2004. The definition and assessment of pain. 49, 6, 471-2.
- Kiriş S, 2012. Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi.
- Klages U, Kianifard S, Ulusoy Ö, Wehrbein HJCd, epidemiology o, 2006. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. 34, 2, 139-45.

- Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LDJTADA, 1973. Origins and characteristics of fear of dentistry. 86, 4, 842-8.
- Knoester PD, Belitser SV, Deckers CL, Keyser A, Renier WO, Egberts AC, Hekster YA, 2005. Recruitment of a cohort of lamotrigine users through community pharmacists: differences between patients who gave informed consent and those who did not. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 14, 2, 107-12.
- Kocatürk UJİ, Nobel Tıp Kitabevi, 2005. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü, 10. bası.
- Köroğlu E, 1998. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV), 4. baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği.
- Krochak MJDCoNA, 1988. The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. 32, 4, 647.
- Kunzelmann K, Dünninger PJDzZ, 1989. The patient--his anxiety and his assessment of the dentist as variables in the compliance model. 44, 5, 356-9.
- Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, Gándara-Rey J-M, Garcia-Garcia AJJoo, surgery m, 2006. Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. 64, 9, 1404-8.
- Lautch HJTBJoP, 1971. Dental phobia. 119, 549, 151-8.
- LeDoux JJBp, 1998. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? , 44, 12, 1229-38.
- Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A, 1988. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med*, 148, 6, 1385-9.
- Liem EB, Joiner TV, Tsueda K, Sessler DIJATJotASoA, 2005. Increased sensitivity to thermal pain and reduced subcutaneous lidocaine efficacy in redheads. 102, 3, 509-14.
- Liem EB, Lin CM, Suleman MI, Doufas AG, Gregg RG, Veauthier JM, Loyd G, Sessler DIJA, 2004. Anesthetic requirement is increased in redheads. 101, 2, 279.
- Litt M, Nye C, Shafer DJJoDR, 1993. Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. 72, 8, 1237-43.
- Locker D, 2003. Psycho-social consequence of dental fear and anxiety. 31, 2, 144-51.
- Locker D, Liddell AJJodr, 1991. Correlates of dental anxiety among older adults. 70, 3, 198-203.
- Locker D, Shapiro D, Liddell AJCD, Epidemiology O, 1996. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. 24, 5, 346-50.
- Locker D, Thomson W, Poulton RJJodr, 2001. Psychological disorder, conditioning experiences, and the onset of dental anxiety in early adulthood. 80, 6, 1588-92.
- Lovibond PF, Chan CK, 1990. Threat appraisal and trait anxiety.
- Luce JMJJ, 1990. Ethical principles in critical care. 263, 5, 696-700.
- Marakoğlu İ, DEMİRER AGS, ÖZDEMİR UPD, SEZER HJCDHFD, 2003. Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyi. 6.
- Matthias AT, Samarasekera DNJAAT, 2012. Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. 50, 1, 3-6.
- Mazur DJ, 1986. What should patients be told prior to a medical procedure? Ethical and legal perspectives on medical informed consent. *Am J Med*, 81, 6, 1051-4.
- Mehrstedt M, John MT, Tönnies S, Micheelis WJCD, Epidemiology O, 2007. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. 35, 5, 357-63.
- Merey B, 2010. Yetişkinlerde özgüven duygusu ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması ve kültürlerarası bir yaklaşım, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein PJTADA, 1988. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. 116, 6, 641-7.
- Milgrom P, Getz T, Weinstein PJDcoNA, 1988. Recognizing and treating fears in general practice. 32, 4, 657-65.
- Miller LJ, 1980. Informed consent: I. *JAMA*, 244, 18, 2100-3.

- Moberg LE, Sagulin GB, Köndell PÅ, Heimdahl A, Gynther GW, Bolin AJCOIR, 2001. Brånemark System® and ITI Dental Implant System® for treatment of mandibular edentulism: A comparative randomized study: 3-year follow-up. 12, 5, 450-61.
- Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz FJCD, epidemiology o, 1993. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. 21, 5, 292-6.
- Moore R, Brødsgaard I, Abrahamsen RJEjoos, 2002. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. 110, 4, 287-95.
- Moore R, Brødsgaard I, Rosenberg NJBp, 2004. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. 4, 1, 10.
- Muğlalı M, Kömerik NJCÜDHF, 2005. Ağız Cerrahisi ve Anksiyete. 8, 2, 85.
- Neverlien POJAOS, 1990. Assessment of a single-item dental anxiety question. 48, 6, 365-9.
- Newton JT, Buck DJTJotADA, 2000. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. 131, 10, 1449-57.
- Nichols CJTJotADA, 1997. Dentistry and hypertension. 128, 11, 1557-62.
- Oktay EA, Koçak MM, Şahinkesen G, Topçu FTJGTD, 2009. Yaş, cinsiyet, eğitim ve deneyimlerin dental anksiyete üzerindeki rolü. 51, 3, 145.
- Ost L-g, Öst L-G, Skaret E, 2013. Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety, John Wiley & Sons, p.
- Ozdemir H, (2004). Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi. Yetkin Yayınları, Ankara.
- Ozsunay e, (1983). Türk Hukukunda Hekimin Hukuk ve Cezai Sorumluluğu, MHAUM, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu: 32.
- Ozsunay E, Akunal T, 1998. Informed consent for medical interventions under Turkish law. Med Law, 17, 3, 429-35.
- Öcek Z, Karababa A, Türk M, Çiçeklioğlu M, Kandemir ŞJEDHF, 2001. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastalarda Dental Anksiyete Etiyolojisinin Değerlendirilmesi. 22, 121, 9.
- Öner N, LeCompte WA, 1985. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, p.
- Öst L-GJJoap, 1987. Age of onset in different phobias. 96, 3, 223.
- Özdemir A, Özdemir H, Coşkun A, Taşveren SJCDHF, 2001. Diş Hekimliği Fakültesinde profitez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. 4, 71-4.
- Öztürk M, Uluşahin AJNTKA, 2004. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.(10. baskı). 291-342.
- Pierce KA, Kirkpatrick DRJBr, Therapy, 1992. Do men lie on fear surveys? , 30, 4, 415-8.
- Purtilo RB, 1984. Applying the principles of informed consent to patient care. Legal and ethical considerations for physical therapy. Phys Ther, 64, 6, 934-7.
- Rachman SJ, 1990. Fear and courage, WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co, p.
- Ragnarsson EJAOS, 1998. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. 56, 2, 100-4.
- Robinson R, McHugh PR, Folstein MFJJoPR, 1975. Measurement of appetite disturbances in psychiatric disorders. 12, 1, 59-68.
- Rosoff AJ, 1981. Informed Consent Aguide For Health Care Providers. Apsen Publishers, Rockvill, Marylasnd, London.
- Roy-Byrne P, Geraci M, Uhde TJTAjop, 1986. Life events and course of illness in patients with panic disorder. 143, 8, 1033-5.
- Ruscio AM, Chiu WT, Roy-Byrne P, Stang PE, Stein DJ, Wittchen H-U, Kessler RCJJoap, 2007. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 21, 5, 662-76.
- Sadock BJ, Sadock VA, 2008. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, p.
- Salkovskis PMJP, 2007. Cognitive-behavioural treatment for panic. 6, 5, 193-7.

- Schuurs AH, Duivenvoorden HJ, van Velzen SKT, Verhage F, Eijkman MA, Makkes PCJ, epidemiology o, 1985. Sociodemographic correlates of dental anxiety. 13, 4, 212-5.
- Schuurs AH, Hoogstraten JJCD, Epidemiology O, 1993. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. 21, 6, 329-39.
- Schwartz HI, Blank K, 1986. Shifting competency during hospitalization: a model for informed consent decisions. Hosp Community Psychiatry, 37, 12, 1256-60.
- Scott DS, Hirschman R, Schroder KJ, JotADA, 1984. Historical antecedents of dental anxiety. 108, 1, 42-5.
- Scott J, Huskisson EJP, 1976. Graphic representation of pain. 2, 2, 175-84.
- Scott LE, Clum GA, Peoples JBJP, 1983. Preoperative predictors of postoperative pain. 15, 1-4, 283-93.
- Sert G, 2004. Hasta Hakları –Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından- Babil Yayınları İstanbul.
- Seydaoğlu G, DOĞAN MC, Şükrü U, Yazgan İNANÇ B, ÇELİK MJOMÜDHFD, 2006. Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. 7, 1, 7-14.
- Seyrek SK, Corah NL, Pace LF, JotADA, 1984. Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients. 108, 3, 327-9.
- Shaw DW, Thoresen CE, JoCP, 1974. Effects of modeling and desensitization in reducing dentist phobia. 21, 5, 415.
- Shoben Jr EJ, Borland LJ, JoCP, 1954. An empirical study of the etiology of dental fears. 10, 2, 171-4.
- Sinan A, ÖZDEMİR D, ÖZTÜRK M, POLAT SJGMJ, 2002. An assessment of dental anxiety in oral surgery patients. 44, 4.
- Sirin Y, Humphris G, Sencan S, Firat DJ, Joo, surgery m, 2012. What is the most fearful intervention in ambulatory oral surgery? Analysis of an outpatient clinic. 41, 10, 1284-90.
- Smyth JS, Adj, 1993. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. 38, 5, 354-9.
- Song F, O'meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen JJHTA, 2000. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. 4, 15, 1-55.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg P, Jacobs GJPA, CA, 1983. Consulting Psychologists Press. 1983
- Spielberger CD, JS-EQ, 1970. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. 1-24.
- Stabholz A, Peretz BJ, Idj, 1999. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. 49, 2, 90-4.
- Starcevic V, 2009. Anxiety Disorders in Adults A Clinical Guide, Oxford University Press, p.
- Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO, 2009. Textbook of anxiety disorders, American Psychiatric Pub, p.
- Stouthard M, Hoogstraten JJ, Nvt, 1991. Dental anxiety: the use of photographs. 98, 4, 152-5.
- Stouthard ME, Hoogstraten JJCD, Epidemiology O, 1990. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. 18, 3, 139-42.
- Şehsuvaroğlu B, 1975. Tıbbi deontoloji dersleri (c. 83). İstanbul: Hüsnütabiat Matb. .
- Taani DQ, Idj, 2002. Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. 52, 1, 25-9.
- Tanıdır AN, 2015. Cerrahi Girişim Yapılacak Olan Hastaların İşlem Öncesinde Görsel ve Sözlü Olarak Bilgilendirilmesinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi
- Teo C, Foong W, Lui H, Vignehsa H, Elliott J, Milgrom PJ, Idj, 1990. Prevalence of dental fear in young adult Singaporeans. 40, 1, 37-42.

- Ter Horst G, De Wit CJIdj, 1993. Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. 43, 3 Suppl 1, 265.
- Thomson WM, Locker D, Poulton RJCd, epidemiology o, 2000. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. 28, 4, 289-94.
- Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, Spencer AJIdj, 1996. Dental anxiety among Australians. 46, 4, 320-4.
- Tillfors M, El-Khouri B, Stein MB, Trost KJJoAD, 2009. Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. 23, 5, 718-24.
- Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar VJCd, epidemiology o, 2005. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. 33, 5, 357-62.
- Udoeye CI, Oginni AO, Oginni FOJCDP, 2005. Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. 6, 2, 91-8.
- Vaccarino JM, 1978. Consent, informed consent and the consent form. N Engl J Med, 298, 8, 455.
- Vallerand AHJtJoNS, 1995. Gender differences in pain. 27, 3, 235-7.
- Vallerand WP, Vallerand AH, Heft MJJoo, surgery m, 1994. The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. 52, 11, 1165-70.
- Vassend OJBr, therapy, 1993. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. 31, 7, 659-66.
- Veatch RM, 1977. Medicine, biology, and ethics. Hastings Cent Rep, 7, 6, suppl 2-3.
- Veatch RM, 1977. Medicine, biology, and ethics. Hastings Cent Rep, 7, 6, 1.
- Williams VS, Morlock RJ, Feltner DJH, outcomes qol, 2010. Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. 8, 1, 57.
- Wong M, Lytle WRJJoe, 1991. A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. 17, 9, 461-5.
- Yalom İJKY, 2001. Varoluşçu Psikoterapi, Kabalcı Yayınevi.
- Yıldırım B, 2010. Gömülü 20 Yaş Dişi Cerrahisinde Konvansiyonel Frez ve ER:YAG Lazer Yöntemlerinin, Anksiyete ve Vital Bulgular Üzerine Etkilerinin Karşılıklı Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. .
- Yusa H, Onizawa K, Hori M, Takeda S, Takeda H, Fukushima S, Yoshida HJOS, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology,, Endodontology, 2004. Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. 98, 1, 23-7.
- Zealley A, Aitken R, (1969). A Growing Edge of Measurement of Feelings [Abridged] Measurement of Mood, SAGE Publications.

7 EKLER

EK A: Etik Kurul Kararı



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Sayı: 09

17.12.2018

Konu: 2018/09 sayılı komisyon kararları

Sayın, Prof.Dr. Ercan DURMUŞ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun 29.11.2018 tarihinde yapılan 2018/09 sayılı toplantısında yürütücüsü olduğunuz **"Gömülü 3.Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Hasta Anksiyetesi Üzerine Etkisi"** konu başlıklı projenin, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Yönergesi İlkelerine uygun olduğundan **"kabulüne"** oybirliği ile karar verildi.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Nimet ÜNLÜ
Komisyon Başkanı



**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**

Toplantı Sayısı :2018/09

Toplantı Tarihi : 29.11.2018

Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalından Prof.Dr. Ercan DURMUŞ aynı anabilim dalından Dt. Mevlüt BEDER tarafından sunulan **"Gömülü 3.Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Hasta Anksiyetesi Üzerine Etkisi"** araştırma projesi 1 Başkan ve 10 üyenin katılımı ile değerlendirildi.

Değerlendirme sonucunda, Projenin, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Yönergesi İlkelerine uygun olduğundan **"kabulüne"** oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr.Nimet ENLÜ
Başkan

Prof.Dr.İsa YÖNDEM
Üye

Doç.Dr.Nevin ÇOBANOĞLU
Üye

Prof.Dr.Hüseyin ATAĞLU
Üye

Prof.Dr.Sema S.HAKKI
Üye

Prof.Dr.Duygu FINDIK
Raporlu

Prof.Dr.Ender ERDOĞAN
İzinli

Prof.Dr.Hale ARI AYDINBELGE
Üye

Prof.Dr.Fusun YAŞAR
Üye

Prof.Dr.Sibel YILDIRIM
Üye

Dr.Öğr.Ü. Z. Müge BAKA
Üye

Doç.Dr.Hüsamettin VATANSEV
Üye

Prof.Dr.K.Hakan DOĞAN
Üye

EK B: Demografik Özellikler ve Dental Tecrübe Anketi

Katılımcının:

Adı ve Soyadı:

Yaşı:

Eğitim düzeyi:

Cinsiyeti:

Tel:

Adres:

İmza:

1. Diş hekimine hangi sıklıkla gidersiniz?

Hiç gitmem.

Şikayetim olursa giderim.

Düzenli olarak giderim (6 ay ile 1 yıllık periyotlarla).

2. Daha önce 20 yaş dışı dışında diş çektirdiniz mi?

Evet

Hayır

3. Daha önce ağız içine lokal anestezi işlemi uygulandı?

Evet

Hayır

4. Aşağıdaki diş tedavi yöntemlerinden size uygulananları işaretleyiniz.

Dolgu

Kanal tedavisi

Diştaşı temizliği

Protetik tedavi

Gömülü 20 yaş dışı dışında ağız içi ameliyat

5. Size yapılacak işlem hakkında bilgi edindiniz mi?

Evet

Hayır

6. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nasıl edindiniz?

Yakınlarımla veya arkadaşlarımdan

İnternette

Diğer

EK C: Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın hasta, yapılan ağız ve diş muayeneniz sonucunda yapılan teşhis ve tedavi planını göre cerrahi tedavi gereği ortaya çıkmıştır. Uygulanacak olan tedavi ve işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır. Aşağıda size verilen bilgileri dikkatlice okuyup işlemin yapılmasına onay veriyorsanız imzalayınız.

Gömülü diş çekimi birçok sebepten ötürü gerçekleştirilebilir. Bunlar;

- Çenelerinizde gömülü diş bulunduğunda çiğneme sisteminizin devamlılığı etkilenecek fonksiyonel kısıtlanma oluşabilir.
- Gömülü dişler enfeksiyon odağı olup çok sık enfeksiyon yapabilirler. Bu enfeksiyon diş çevresinde kısıtlı kalabileceği gibi ağız dışından belli olabilecek şişliklere yol açabilir. Gömülü diş kaynaklı enfeksiyonlar kan dolaşımı yoluyla vücuda yayılıp ciddi durumlara yol açabilirler. Gömülü diş kaynaklı enfeksiyon oluşmasını halinde işlemden önce antibiyotik tedavisi gerekebilir.
- Gömülü dişlerin süremeye başlaması halinde dişin sürmesi için yeterli çene genişliğine sahip olmayan hastalarda basınç ve ağrıya sebep olabilir.
- Gömülü dişler etrafında diş kaynaklı kistler oluşabilir ve bu kist büyümesi halinde çene kemiğini zayıflatabilir. Bu durumda hastanın ağrısı olmasada dişin çekilmesi gerekebilir.
- Gömülü dişler protez yapımına engel olabilir veya yapılacak protezin uzun yıllar kullanılmasını engelleyebilir. Bu durumlarda çekimi uygundur.
- Gömülü dişler yapılacak ortodontik tedavinin seyrini etkileyebilir. Bu yüzden çekimi gerekebilir.

Bu işleme için lokal anestezi altında yumuşak dokuya küçük bir kesi atılarak başlanır. Gerekiyorsa döner late yardımıyla bir miktar kemik doku kaldırılır ve diş çıkarılır. Diş tek parça halinde çıkarılamıyorsa yine döner alet yardımıyla bölmek gerekebilir. Diş çıkarıldıktan sonra folikülü uzaklaştırılır. Bölge bol serumla yıkanır, dikiş atılır, tampon konulur. Atılan dikiş 1(bir) hafta sonra alınmalıdır. İşlemden sonra antibiyotik, ağrı kesici ve gargara reçete edilir.

Gömülü diş çekimi, geri dönüşü olmayan bir cerrahi işlemdir. Çekim, ister zor ister kolay olsun bir cerrahi işlem olması nedeniyle bazı riskler ve olası komplikasyonlar içerir. Bunlar;

- Birkaç gün boyunca hafiften şiddetliye değişen ağrı olabilir. Ev istirahati gerekebilir.
- Çekim sahasında renk değişikliği, şişlik, hassasiyet olabilir.

- Ağızın uzun süreli açık kalması sebebiyle dudak köşelerinde kızarıklık ve çatlama olabilir.
- İşlem bölesinde iltihap gelişip iyileşme sürecini uzatabilir.
- Çekim sonrasında bölgenin lokal bir enfeksiyonu olan ve Alveolit denilen bir durum gerçekleşebilir ve birkaç gün süren ağrılara sebebiyet verebilir.
- Şişlik ve enfeksiyona bağlı olarak ağız açma ve kapama işlemlerinde kısa veya uzun sürebilecek kısıtlamalar olabilir.
- Çekim bölgesinde işlem sonrası kanam görülebilir. Şiddetli kanama sık değildir. Fakat sızıntı şeklinde kanama birkaç saat, nadiren bir gün devam edebilir.
- Gömülü dişlerin çekimi sonrasında eğer diş altından geçen damar-sinir paketi ile yakından alakalı ise dudaklarda ve /veya dilde geçici ya da kalıcı his kayıpları meydana gelebilir. Bu durum kas dil dudak ve çene ucundaki kas hareketlerini kısıtlamayıp sadece dokunma hissini ortadan kaldırabilir.
- Komşu dişlerde bulunan protez, dolgu gibi restorasyonlar zarar görebilir. Komşu dişlerde sallanma ve harabiyet görülebilir.
- Çene kemiğinde çatlak veya kırık oluşabilir. Nadir olmakla beraber derin gömülü dişlerde ihtimal daha yüksektir.
- Çekim sırasında diş kökünün bir parçası kırılarak kemik içinde kalabilir veya çevre dokulara kaçabilir. Sinüsler veya sinirler gibi önemli oluşumlara zarar vermemek için bazen bu küçük kök parçaları bırakılabilir.
- Üst çene yirmi yaş dişlerinin kökleri sinüslere yakın olup bazı durumlarda kök parçaları sinüse kaçabilir veya sinüsler ile ağız arasında bir açıklık oluşabilir. Böyle durumlarda çok aşamalı ileri cerrahiler gerekebilir.
- İşlem sonrasında reçete edilen ilaçların prospektüslerinde belirtilen yan etkileri görülebilir.

Ad, soyad:

İmza:

EK D: Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

1. Yarı diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

2. Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

3. Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

4. Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

5. Üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- a. Endişesiz
- b. Çok az endişeli
- c. Az endişeli
- d. Çok endişeli
- e. Aşırı endişeli

EK E: Vizüel Analog Skala (VAS)

Şu andaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretleyiniz.

0: Hiç endişeli değilim

10: İşlemden vazgeçip buradan gidecek kadar endişeliyim

0 _____ **10**



8 ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Konya'da doğdu. 2010 yılında İMKB Tavşanlı Anadolu Öğretmen Lisesi'nden mezun oldu. 2010 yılında başladığı Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden 2015 yılında mezun oldu. 2015 yılında yapılan Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı yerleştirmeleri sonucunda Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine başladı. Halen aynı Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

