



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI**

**ORTODONTİK TEDAVİ KOOPERASYONUNU ETKİLEYEN
PSİKOLOJİK VE KLİNİK PARAMETRELERİN İNCELENMESİ**

Dt. Ahmet BALABAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM

ISPARTA-2019

KABUL ve ONAY SAYFASI

Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına;

Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Başkanlığı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.12.2019

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti AD

Üye : Prof.Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti AD

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Ebru ŞENİŞİK
Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti AD

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Hilmi BÜYÜKÇAVUŞ
Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti AD

ONAY: Bu uzmanlık tezi, Fakülte Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Timuçin BAYKUL

Dekan

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışım olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

“Ortodontik Tedavi Kooperasyonunu Etkileyen Psikolojik ve Klinik Parametrelerin İncelenmesi” adlı Diş Hekimliğinde Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Dt. Ahmet BALABAN

İmza



Danışman

Prof. Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM

İmza



ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca büyük titizlikle bana yardımcı olan ve yol gösteren; ilgi ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim, birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk ve onur duyduğum değerli danışman hocam Prof. Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM'a

Tez çalışmam süresince bana yol gösteren bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi. Ümit IŞIK 'a,

Eğitim süresince bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Alev AKSOY, Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Ebru ŞENİŞİK, Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Hilmi BÜYÜKÇAVUŞ' a,

Uzmanlık eğitimim boyunca en güzel ve en zor zamanlarda yanımda olan, tez çalışmam boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve ortodonti bölümü çalışanlarına,

Hayatımın her aşamasında sevgisini ve desteğini hissettiğim, her türlü zorluğa benim için katlanan ve emeklerini esirgemeyen annem, babam, kardeşlerim ve dostlarıma,

Her zaman yanımda olan, varlığıyla bana güç ve ışık veren sevgili eşim Merve BALABAN'a

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Ahmet BALABAN

Isparta, 2019

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ.....	ivv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ortodontik Tedavi ve Psikoloji	4
2.2. Ortodontik Hasta Kooperasyonu ve Önemi	5
2.3. Ortodontik Tedavi Kooperasyonu ile İlgili Çalışmalar	7
2.4. Hasta Kooperasyonu Etkileyen Faktörler.....	13
2.4.1. Yaş, Cinsiyet ve Sosyo-Ekonomik Durum	13
2.4.2. Ailenin Tedavi ile İlgili Tutumu	14
2.4.3. Kişilik Özellikleri	15
2.4.4. Hasta-Hekim İlişkisi	18
2.4.5. Hastanın Maloklüzyonunu Algılaması ve Tedavi Motivasyonu	20
2.5. Bireyin Psikososyal Durumunu Etkileyen Faktörler.....	21
2.5.1. Kaygı.....	22
2.5.2. Kaygı Çeşitleri	25
2.5.2.1 Sürekli Kaygı	26
2.5.2.2 Durumluluk Kaygısı.....	27
2.5.3. Kişilik, Karakter ve Mizaç.....	28
2.5.3.1. Hipertimik Mizaç	30
2.5.3.2. Siklotimik Mizaç.....	30
2.5.3.3. İrritable Mizaç	30
2.5.3.4. Depresif Mizaç	30
2.5.3.5. Anksiyöz Mizaç	31
2.5.4. Depresyon	31
2.5.4.1. Etyoloji.....	32
2.5.4.1.1. Genetik.....	33

2.5.4.1.2. Psikososyal Faktörler	33
2.5.4.1.3. Biyolojik Faktörler	34
2.5.4.1.4. Kişilik Özellikleri ve Mizaç	35
2.5.4.2. Depresyonun Klinik Belirti ve Bulguları	35
2.6. Anketler	37
2.6.1. Ortodontik Hasta Kooperasyonunu Ölçmede Kullanılan Anketler	37
2.6.2. Hasta-Hekim İlişkisi Anketi	39
2.6.3. Bireylerin Psikososyal Durumunu İnceleyen Anketler	39
2.6.3.1. Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri	39
2.6.3.2. Temps-A Mizaç Envanteri	40
2.6.3.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	42
3. BİREYLER ve YÖNTEM	43
3.1. Bireyler	43
3.1.1. Bireylerin Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	43
3.1.2. Bireylerin Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	43
3.2. Çalışma Tasarımı.....	44
3.3. Yöntem	45
3.3.1. Çalışmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	46
3.3.1.1. Sosyodemografik Anket Formu	47
3.3.1.2. Ebeveyn Tedavi Mennuniyeti Anketi	47
3.3.1.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	48
3.3.1.4. TEMPS-A Mizaç Envanteri	49
3.3.1.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	49
3.3.1.6. Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği	50
3.4. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	50
3.5. İstatistiksel Analiz	51
4. BULGULAR	52
4.1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular. 52	
4.2 Ebeveyn Özelliklerinin Tedavi Kooperasyon Etkisine İlişkin Bulgular	58
4.3.Ortodontik Tedavi ile İlgili Parametrelerin Kooperasyona Etkileri Üzerine	
İlişkin Bulgular.....	60
4.4. Ortodontist Özelliklerinin Kooperasyona Etkileri Üzerine İlişkin Bulgular... 61	
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	82

ÖZET	85
ABSTRACT	86
KAYNAKLAR	87
EKLER	98
ÖZGEÇMİŞ	116



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde Oranı
BECK-D	: Beck Depression Inventory
max	: Maximum
min	: Minumum
n	: Birey Sayısı
OAS	: Orthodontic Attidue Survey
OLOCS	: Orthodontic Locus of Control Scale
OPCS	: Orthodontic Patient Cooperation Scale
Ort	: Ortalama Değer
SS	: Standart Sapma
STAI	: State- Trait Anxiey Inventory
p	: Anlamlılık
TEMPS-A	: Temperament Evaluation of Memphis- Autoquestionnaire
WSL	: White Spot Lezyon

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya dâhil edilen bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımı	44
Tablo 2. Ebeveynlerin cinsiyet dağılımı	52
Tablo 3. Ebeveynlerin eğitim düzeyi dağılımı	53
Tablo 4. Ebeveynlerin ikamet edilen yer dağılımı	53
Tablo 5. Ebeveynlerin meslek dağılımı	54
Tablo 6. Ebeveynlerin medeni hal dağılımı	55
Tablo 7. Ebeveynlerin çocuk sayısı dağılımı	55
Tablo 8. Ebeveynlerin aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin dağılım	56
Tablo 9. Ebeveynlerin aylık gelir dağılımı	57
Tablo 10. Ebeveynlerin tedaviye yönlendiren etkenlerin dağılımı	58
Tablo 11. Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin tedavi kooperasyon üzerine etkileri	59
Tablo 12. Ebeveynlerin psikolojik durumlarının kooperasyon üzerine etkileri	60
Tablo 13. Hastanın problemi, tedavi planlaması, tedavi süresi ve memnuniyet skorunun kooperasyon üzerine etkileri	61
Tablo 14. Ortodontistlerin sosyodemografik özelliklerinin kooperasyon üzerine etkileri	62
Tablo 15. Doktorların psikolojik durumlarının kooperasyon üzerine etkileri	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışmaya dâhil edilen bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımı	52
Şekil 2. Ebeveynlerin cinsiyet dağılımı	53
Şekil 3. Ebeveynlerin eğitim düzeyi dağılımı	54
Şekil 4. Ebeveynlerin ikamet edilen yer dağılımı	54
Şekil 5. Ebeveynlerin meslek dağılımı	55
Şekil 6. Ebeveynlerin medeni hal dağılımı	56
Şekil 7. Ebeveynlerin çocuk sayısı dağılımı	56
Şekil 8. Ebeveynlerin aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin dağılım	57
Şekil 9. Ebeveynlerin aylık gelir dağılımı	58

1. GİRİŞ

Dentofasiyal estetik ve fonksiyonun iyileştirilmesi amacıyla farklı yaş gruplarındaki hastalara ortodontik tedavi yapılmaktadır. Ortodontik tedavide, tedavi planlamasına göre hastalara sabit veya hareketli apareyler uygulanır. Sabit ve hareketli ortodontik tedaviler hastaların çiğneme ve konuşma fonksiyonlarının düzeltilmesi ve daha iyi bir gülüş estetiğine sahip olmaları için uygulanan tedavilerdir (1). Ortodontik tedavi esnasında dişlerin düzeltimi; braket, bant, tel, şeffaf plak, elastik, mini vida gibi mekaniklerle sağlanmaktadır. Bu mekaniklerin tedavi sonuna kadar ağız içinde idame ettirilmesi tedavi için gereklidir (2).

Ortodontistin başarılı ve stabil bir tedavi sonucuna ulaşması için hasta kooperasyonunu yüksek tutması bir gerekliliktir. Ortodontik mekanikler, hasta kooperasyonu olmadan etkileri sınırlı olduğundan, maloklüzyonun düzeltilmesi için hasta kooperasyonu şarttır (3). Hasta kooperasyonu; bireylerin önerilen tedavi prosedürlerine uymalarını, braket ve bantlarını koparmamalarını, randevularına düzenli gelmelerini, elastik, plak ve apareylerini düzenli ve hedeflenen sürede kullanmalarını ve ağız hijyenine azami dikkat etmelerini gerektirmektedir. Ortodontik tedavi hekime bağlı faktörlerle birlikte, hastanın tedaviye göstereceği kooperasyona da bağlıdır. Jarabak'ın da ifade ettiği gibi : “Hasta kooperasyonunun eksikliği en iyi tedavi planını ve en iyi tedavi mekaniklerini bile başarısız kılabilir.” (4).

Ortodontik tedavi; muayane, kayıtların alınması, planlama, aktif tedavi ve retansiyonu içeren uzun bir süreçtir. Bu uzun tedavi sürecinin başında hasta kooperasyonunun belirlenmesi, hekimin nelerle karşılaşabileceği hakkında fikir vermesi açısından büyük bir avantajdır. Hasta kooperasyonu ise yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, hasta-hekim ilişkileri, hastanın kişilik özelliği, ailenin kişilik özellikleri, anne – baba tutumu, maloklüzyonun algılanması gibi birçok faktörden etkilenmektedir (5).

Bu faktörlerin en önemlilerinden biri de, şüphesiz hastanın ve ailesinin kişilik özelliklerinin tedavi kooperasyonuna etkisidir. Ortodontik tedavi; hekim, hasta ve ebeveyn işbirliğinde, uyum içinde sürdürülmesi gereken bir tedavidir. Her ilişkide

olduğu gibi hekim, hasta ve ebeveyn arasındaki ilişkide de kişilik özellikleri ön plana çıkmaktadır (6). Bu nedenle hekim, hastasını her açıdan iyi analiz etmeli; kişilik özelliklerini, tedavi beklentilerini tespit ederek hastasıyla empati kurmalıdır. Literatürde hastanın kişilik özelliklerinin kooperasyona etkisinin olduğunu veya olmadığını belirten çeşitli çalışmalar mevcuttur.

Ortodonti kliniklerinde tedavi gören hastaların önemli bir kısmı adolesan dönemdeki ocuk hastalardır. Bu hastalar genelde ebeveynlerinin tavsiye ve telkinleriyle tedaviye başlarlar. Aileler de çocuklarının doğru bir tedavi görmesi ve ideal bir yüz estetiğine kavuşması ümidi ile tedaviye başvururlar (7). Ortodontik tedavi sürecine ailenin de pozitif katılımı ile istenilen başarıya daha kısa sürede ulaşmak mümkündür. Çocuğun mizaç ve kişiliğinin oluşmasında ailenin karakteristlik özelliklerinin etkili olabileceğini vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Ailenin mizaç karakterine göre çocuğun davranışlarının şekillenmesi ve ortodontik tedavide işbirliğine katılımı ebeveynin karakter özelliğinin önemine dikkat çekmektedir (8).

Diş hekimliğinde hasta- hekim ilişkisi, başarılı bir tedavi sonucuna ulaşılmasında çok önemli bir etkiye sahiptir. Ortodontistlere yöneltilen anketlerle yapılan bir çalışmada, hasta ile ortodontist arasındaki iletişimin kooperasyonu belirleyici en önemli unsur olduğu belirtilmiştir (6). Ortodontist hastanın güvenini kazanmalı ve “hasta-hekim” bağı kurmak için uğraş göstermelidir. Bunun için ortodontist bilgi ve becerilerini tedavi için kullanmalı, hastasına vakit ayırmalı, hastasını dinlemeli, tedavi hakkında bilgilendirmeli ve empati yapmalıdır (9).

Hastaların tedavi başında kooperasyon açısından ayırt edilebilmesi tedavi sırasında oluşabilecek problemleri önceden öngörüp, bu faktörlerin elimine edilmesinde klinisyene yardımcı olabilir. Böylece tedavi süresinin uzaması engellenmiş olacak, bundan dolayı ortaya çıkabilecek psikolojik ve biyolojik yan etkiler, çürük, periodontal hastalık gibi riskler de minimize edilmiş olacaktır. Ayrıca kooperasyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve olumsuz faktörlerin değiştirilmesi veya elimine edilmesi tedavi kooperasyonunu da arttıracaktır (10).

Bu çalışmanın amacı, sosyodemografik faktörlerin, ortodontistlerin ve ortodonti hastalarının ebeveynlerinin mizaç, kişilik ve duygudurumu özelliklerinin tedavi kooperasyonu ile ilişkisini belirlemektir. Hastaların ortodontik tedavi ile ilgili tutum ve davranışlarına, ebeveyn ve ortodontistlerin psikolojik ve sosyodemografik özelliklerinin etkisinin anketler aracılığıyla saptanması hedeflenmektedir.

Çalışmamızın başlangıç hipotezi (H_0) “Ortodontistlerin mizaç özellikleri ve duygudurumu, ortodontik tedavi esnasında hasta kooperasyonunu etkileyen faktörlerden biridir. ”

Çalışmamızın diğer başlangıç hipotezi (H_0) “Ebeveynlerin mizaç özellikleri ve duygudurumu, hasta kooperasyonu ve ortodontik tedaviye olan tutumu etkileyen faktörlerden biridir.” şeklinde belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler altı ana başlık altında incelenecektir. Bu başlıklar, ortodontik tedavi ve psikoloji, ortodontik tedavi kooperasyonu ve önemi, ortodontik tedavi kooperasyonu ile ilgili çalışmalar, hasta kooperasyonunu etkileyen faktörler, bireyin psikososyal durumunu etkileyen faktörler ve anketler şeklindedir.

2.1. Ortodontik Tedavi ve Psikoloji

Psikoloji insan ruhunun özünü, değişik durumlarını inceleyen, duyum, coşku ve düşünme gibi olguların kurallarını bulmaya çalışan bilim dalıdır. Yunanca “ruh” anlamına gelen “psyche” ile “bilgi” anlamına gelen “logos” kelimelerinden türetilmiştir. Psikoloji sözcüğü ilk olarak Alman filozof Christian Wolff (1676-1754) tarafından kullanıldıktan sonra önemsenmeye başlanmıştır (11).

Psikolojinin çalışma alanı; organizmanın düşünce, duygu ve davranışlarıdır. Psikoloji, bu üç temel yapı üzerinde yoğunlaşır ve bu yapılar birbirinden bağımsız düşünülmemeyecek bir bütün oluştururlar (11). Psikolojinin amaçları;

- İnsan davranışlarını anlamak, açıklamak ve betimlemek
- İnsan davranışlarını önceden kestirebilmek
- Olumsuz insan davranışlarını kontrol altına almak
- Doğru yönde rehberlik yapmak, insanların seçimlerinde yol göstermektir (12).

Ortodontik problemlerin en önemli etkilerinden biri, dentofasiyal estetiğin bozulmasıyla birlikte, hasta üzerinde oluşturduğu psikososyal etkidir. Bu durum hastanın genel yaşam kalitesiyle de bağlantılıdır (13). Zayıf dentofasiyal estetiğin (ön dişlerde diastema, artmış overjet, köpek dişlerinin high-vestibülde olması, alt çenenin ileri olması, asimetri varlığı vb.) bireyin yaşam kalitesi üzerindeki psikolojik ve sosyal etkileri, fonksiyonel etkilerden daha ciddi sorunlar oluşturabilmektedir. Bu durum bireylerin alay konusu olmalarına, takma isimlerle çağırılmalarına ve toplum içinde sosyal ayrımcılığa daha çok maruz kalmalarına neden olmaktadır (14). Yapılan bir çalışmada, 9-13 yaşları arasındaki çocukların %7’ sinin,

dişlerinin estetik görünümündeki bozukluklardan dolayı, haftada en az bir kez bile olsa, alay edilmeye maruz kaldıklarını ortaya konmuştur (15).

Ortodontik tedavi; konuşma, çiğneme, dişsel estetiğin geliştirilmesi gibi faydaların yanı sıra hastanın psikososyal durumuna da katkı sunar. Ortodontik tedavi sonucunda hastanın maloklüzyonunun giderilmesi, yüksek dental estetiğin elde edilmesi, hastanın yaşam kalitesini artıracak yönde fayda sağlayacaktır ve hasta daha iyi bir psikososyal sağlığa kavuşacaktır (14).

2.2. Ortodontik Hasta Kooperasyonu ve Önemi

Ortodontik tedavinin amacı; ortodontik anomalinin meydana gelmesini önlemek, meydana gelmiş olan ortodontik anomaliyi tedavi etmek ve elde edilen sonucun kalıcı olmasını sağlamaktır (16). Ortodontik tedavinin başarılı olması için birçok faktörün bir arada olması gerekmektedir. Bunlar arasında ortodontistin bilgi ve becerisinin yanı sıra hasta kooperasyonu ve ebeveynlerinin tedaviye katılımı da önemli yer tutmaktadır. Hasta kooperasyonu göz ardı edilerek hazırlanan tedavi planı en iyi şekilde hazırlansa bile tam anlamıyla başarılı olması mümkün değildir. Hasta kooperasyonunun bütününde oluşabilecek bir eksiklik, tedavi sürecini ve tedavi mekaniklerini olumsuz etkileyip, tedavi süresini uzatabilmekte ve ortodontik tedavinin başarısızlıkla sonlandırılmasına neden olabilmektedir. Kooperasyonu yüksek bir hasta ise, iyi ağız hijyenini sağlayan, önerilen aparey ve elastikleri gerektiği şekilde ve zamanda kullanan, diyetine dikkat eden ve randevularına sadık olandır. Bu sayede hedeflenen stabil, fonksiyonel ve estetik bir dentofasiyal yapıya ulaşılmasını kolaylaştırmaktadır (17).

Ortodontik tedavinin doğası gereği, tedavinin çeşitli aşamalarında farklı derecelerde hasta kooperasyonu gerekmektedir. Önerilen bir hareketli aparey ya da elastığın kullanımı veya sabit mekaniklerin işlevlerini gerçekleştirebilmeleri için kopmadan ağızda kalabilmeleri doğrudan hasta kooperasyonuna bağlıdır. Tedavinin stabil bir şekilde ilerleyebilmesi de hastanın randevularını aksatmamasına ve iyi bir oral hijyeninin sağlanmasına bağlıdır. Aksi takdirde tedavi süresinin uzamasının yanında, diş çürüklerinin oluşmasına, periodontal dokularda sert ve yumuşak doku kayıplarına ve hedeflenen ideal oklüzyondan uzaklaşılmasına hatta tedavinin erken

bitirilmesine neden olacaktır. Bundan dolayı ortodontistin bilgi ve becerisi, doğru tedavi planının oluşturulup uygulanması gibi hekime bağlı faktörlerin yanı sıra, hastanın tedaviye göstereceği kooperasyon, ortodontik tedavi sonucunun başarısında önemli bir faktördür. Başka bir deyişle ortodontik tedavinin başarısı, diğer faktörlerin yanında, hastanın tedaviye göstereceği kooperasyon ile doğrudan bağlantılıdır (18).

Sabit ortodontik tedavilerde kullanılan braket ve bağlanma materyallerinin plak için tutucu alanlar oluşturduğu, çiğneme kuvvetleri, dil ve dudakların diş ve dişetine mekanik temizlik yapmasını zorlaştırdığı ve tükürüğün akışkanlığını azalttığı dolayısıyla doğal temizlenmeye olumsuz etki ettiği bildirilmektedir (19). Yeterli ağız hijyeninin sağlanılamadığı durumlarda, bakteri plağı ve ağız içindeki mikroorganizma sayısının da artışıyla halitozis, periodontal enflamasyon, hiperplazi, hiperemi ve dişlerde dekalsifikasyonlar olduğu belirtilmektedir (18). Ortodontik tedavi esnasında periodontal problemlerle karşılaşılması için hasta ağız hijyenine azami dikkat etmeli ve gerektiği taktirde ilave önlemlerle oral motivasyon desteklenmelidir. Ortodontik tedavinin ilerleyen dönemlerinde oral hijyen motivasyonunun bozulması ve plak birikiminin artma ihtimali periodontal hasara sebebiyet vereceğinden, ortodontistin hasta ile iletişimin yüksek olmasının yanı sıra, hasta kooperasyonun yüksek olması ortodontik tedavinin başarısı açısından yararlı olacaktır (19).

Ortodonti hastaları, özellikle sabit ortodonti mekaniklerinin çevresinde yeterli ağız hijyenini sağlamakta zorlanabilmektedir. Ortodontik tedaviye zamanla eşlik eden oral hijyendeki düşüş, sırasıyla diş yüzeyinde gözlemlenen demineralizasyona, beyaz nokta lezyonlarına (WSL) ve diş çürüklerine neden olmaktadır (20). Ayrıca ortodontik tedavi esnasında uygulanan bant ve braket tatbiki esnasında mineye uygulanan asitlendirme işlemi ve özellikle alt ön keser dişlerde uygulanan ara yüz aşındırma işlemi minede demineralizasyona neden olmakta ve diş çürüğünün oluşması için elverişli bir ortam meydana getirmektedir. Ağız ve diş sağlığı bir bütün olarak dikkate alındığında, ortodontik tedavinin hastaya kalıcı bir hasar bırakmaması için iyi bir oral hijyen, dolayısıyla yüksek bir hasta kooperasyonu ortodontik tedavilerde olmazsa olmazlardandır.

2.3. Ortodontik Tedavi Kooperasyonu ile İlgili Çalışmalar

Hasta kooperasyonu çok eskiden beri, yalnızca ortodontide değil, genel olarak diş hekimliğinde de ilgi çeken bir konu olmuştur. Crowley ve ark. 1956 yılında yaptıkları bir çalışmada, hastaların ortodontik tedaviye kooperasyonlarını incelemek üzere bir ölçüm yöntemi geliştirmeye çalışmıştır ve birtakım testler kullanarak bu faktörlerin kooperasyon ile ilişkilerini saptamaya çalışmışlardır (21). Sonuçlar direkt olarak ortodontik tedaviyle ilgili olmasa da, kişilik özelliklerinin dental tedaviye gösterilecek kooperasyonun belirlenmesinde etkili olabileceği saptanmıştır.

Allan ve Hodgson, standardize edilmiş kişilik ölçümlerinin kullanılmasıyla hasta işbirliğini öngören araştırmasında; yaşları 12-18 arasında değişen, sosyo-ekonomik olarak orta sınıf ailelerden oluşan 13' ü erkek ve 17' si kız çocuğu olmak üzere 30 adolesan birey üzerinde yapılan çalışmada, yaşın hasta kooperasyonu açısından en önemli faktör olduğunu bulmuşlardır (22). Bununla birlikte Starnbach ve Kaplan, kooperasyonu yüksek olan hastaların demografik verilerini incelemiştir. Bu çalışmada ortodontik tedavisi devam eden 362 hastanın ailelerine; cinsiyet, yaş, ebeveynlerin mesleği, yaşanılan yer, gelir düzeyi gibi demografik bilgileri içeren sorular yöneltilmiştir. Hastaların tedaviye kooperasyonları ise ortodontist tarafından, oral hijyen, aparey kullanımı ve randevu takibi açısından üç ana başlık altında değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise kız çocukları, büyükşehirde yaşayanlar, düşük ve orta seviyede gelire sahip olanların tedavi kooperasyonunun daha fazla olduğu saptanmıştır (23).

1968 yılında Kreit ve ark., tedaviye başlamadan önce hastanın ortodontik tedavi kooperasyonunu öngörmeye yönelik uygulanabilir bir ölçek hazırlamak amacıyla 120 ortodontistin ve 2700' den fazla hastanın katılımıyla geniş kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Çalışmada headgear kullanımı, lastik kullanımı, randvuya sadakat, braket stabilizasyonu ve ağız hijyeni gibi kriterlerin yanısıra hekimin hastasının "genel işbirliğini" değerlendirmesi de yer almıştır. Değerlendirme sonucunda kız hastaların erkek hastalara göre daha koopere olduğu, elastik kullanıma olan kooperasyonun headgear kullanımdan daha yüksek olduğu, uyumlu hastaların aileleriyle daha güçlü ilişkilerinin olduğu ve ortodontistin klinik deneyimi arttıkça tedaviye kooperasyonda daha başarılı olduğu saptanmıştır (24).

Lewit ve Virolainen, 129 adolesan çağındaki ortodonti hastasına, sosyal beğenirlik ölçeği ile birlikte çocuklar için sosyal anksiyete skalasını yöneltmiş ve hastanın davranışsal durumlarının maloklüzyona göre algılanmasını incelemiştir. Çalışmanın sonucunda ise maloklüzyon algılaması yüksek, bağımsız, içsel bir kontrol odağına sahip ve akran onayı almış hastaların tedaviye işbirliği yüksek olduğu bulunmuştur (25). Weiss ve Diseren ise hasta uyumunun daha iyi olması için hastanın kişilik özelliklerinin ve eğitimlerinin çok daha önemli olduğunu öne sürmüştür (26).

Slakter ve ark., “Ortodontik Hasta Kooperasyonu Ölçeği” (Orthodontic Patient Cooperation Scale - OPCS)’ ni kooperasyonun öngörülmesi amacıyla 1980 yılında yayımladıkları bir çalışmayla önermişlerdir. New York Eyalet Üniversitesi ve New York’ da çalışan ortodontistlerle birlikte, hasta kooperasyonunu belirlemeye yönelik 10 adet soru Likert tipi formatta hazırlanmıştır. Kırkbeş ortodonti hastasının tedavilerinin ikinci ve altıncı aylarında ölçeğin incelenmesi sonucunda, OPCS’ in yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu ve hasta kooperasyonunun takip edilmesinde kullanılabilmesi sonucuna varılmıştır. “Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği” daha sonraları kooperasyonu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla bir çok çalışmada kullanılmıştır (27).

El-Mangoury, ortodontik işbirliğinin psikolojik testlerle öngörülebilir olduğunu söylemektedir. Ortodontik kooperasyonu kavramsal bir zemine oturtmak için 3 psiko-ortodontik motivasyon teorisini geliştirmiştir. Bunlar; başarı motivasyonu, üyelik motivasyonu ve nitelik motivasyonudur. El-Mangoury, 70 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ortodontik tedaviye olan gereksinim arttıkça kooperasyonun arttığını, içsel motivasyona sahip hastaların dışsal motivasyona sahip hastalardan daha kooperatör olduğunu, beğenilme dürtüsü daha fazla olan hastaların kooperasyon açısından avantajlı olduğunu, ortodontik tedavi kooperasyonunun tek bir basit faktöre indirgenemeyeceğini, bir bütün olarak ele alınması gerektiğini ve her bir hasta için spesifik ortodontik kooperasyon yapısının oluşturulması gerektiğini ileri sürmüştür (28).

Albino ve ark. ise yaptıkları bir çalışmada, ortodontik tedavi öncesinde hasta ve aileye Ortodontik Davranış İncelemesi (Orthodontic Attitude Survey - OAS),

Ortodontik Kontrol Odağı Ölçeği (Orthodontic Locus of Control Scale - OLOCS), Ortodontik Kooperasyon Ölçeği (Orthodontic Cooperation Scale - OPCS) ve genel kişilik ölçümleri uygulanmıştır. Bu çalışmada, ortodontistler tarafından aktif tedavi esnasında hastalara OPCS uygulanarak ortodontik hasta kooperasyonu incelenmiştir. Sonuçta ortodontik faktörlerin, kişilik özelliklerinden daha etkili olduğu görülmüştür. Ailenin tedavi isteği kooperasyonu olumsuz etkileyip, içsel kontrol odağı yüksek olan hastaların daha uyumlu olduğu, oklüzyon ve dentisyonla ilgili daha fazla endişe duyan hastaların ortodontik tedavi açısından daha avantajlı olduğu bulunmuştur (29).

Albino ve ark.'nın 1991 yılında 76 ortodonti hastası ile yaptıkları bir diğer çalışmada, tedavi öncesinde "Ortodontik Davranış İncelemesi" (Orthodontic Locus Of Control Scale), "Ortodontik Kontrol Odağı Ölçeği" (Orthodontic Locus Of Control Scale), "Oklüzyonun Algılanması" (Perception of Occlusion), "Diş Yüz Çekiciliği" (Dental Facial Attractiveness) gibi ortodontik ve dişhekimliği ile ilgili ölçeklerle beraber, "Kişilik İnceleme Formu" (Personality Research Form), "Rosenberg Kendi Görünümünü İnceleme" (Rosenberg Self Image Inventory), "Endişe Seviyesi" (Anxiety Level), "Coopersmith Kendine Saygı Ölçeği" (Coopersmith Self-Esteem Scale), "Sosyal Arzu Edilirlik" (Social Desirability) gibi kişilik ve psikolojik ölçekleri doldurarak hastaların ortodontik durum ve kişilik özellikleri belirlenmiştir. Ortodontik tedavi devam ederken ve ortodontik tedavi sonunda tedavi kooperasyonu "Ortodontik Kooperasyon Ölçeği" (Orthodontic Cooperation Scale - OPCS) ile saptanmıştır. Bu ölçekler sonucunda ailenin tedavi kooperasyonuna etkisinin kısa süreli ve tedavinin erken aşamalarında olduğu, ilerleyen aşamalarında ise ailenin etkisinin azalıp hastanın sorumluluk bilincinin daha etkili olduğu bulunmuştur (30).

1992 yılında Nanda ve ark.'nın 100 ergen hasta üzerinde yaptığı prospektif bir çalışmada, hasta, ebeveyn ve ortodontiste ölçekler yönelterek tedavi kooperasyonunu öngörmeye çalışmışlardır. Bireylere demografik faktörlerini inceleyen ölçeklerin yanısıra kişilik özelliklerini ölçen "Jackson'ın Kişilik Araştırma Formu", ailelere ise "Marlowe ve Crowne'un Sosyal Arzu edilebilirlik Ölçeği" gibi psikososyal anketler yöneltilmiştir. Ortodontistler ise bireylerin klinik

kooperasyonlarının tespitinde “Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği” kullanmışlardır. Bu çalışmada elde edilen bulgular, ortodontik işbirliğinin psikolojik testlerle öngörülebilir olduğu sonucuna varan El-Mangoury'nin çalışmasının bulgularını desteklemiştir ancak yaş, cinsiyet, hanehalkı geliri, ebeveyn ve hastanın ilişkisinin tedavi kooperasyonuna etkisi anlamlı bulunmamıştır. Nanda ve ark.'na göre ortodontik tedavi kooperasyonunu öngören yegane faktör hasta-ortodontist ilişkisidir (31).

1994 yılında Güray ve ark., ülkemizde ortodontik hasta kooperasyonu ile ilgili ilk çalışmayı yapmış, tedavi kooperasyonunu tedavinin başında saptamaya çalışmıştır. Bu çalışma için Türk Ortodonti Derneği' ne üye 204 ortodontistten, rastgele seçtiği en az 6 aydır aktif tedavi gören 10 hastaya “Ortodontik Hasta Kooperasyon Cetveli” ölçeğini uygulamalarını istemiştir. Altıyüzdoksan ortodonti hastasının katıldığı bu çalışmada, ailenin ve hastanın eğitim düzeyinin ve hastanın tedavi ücretini ne şekilde karşıladığının kooperasyon değerleri üzerinde etklili olmadığı saptanmıştır. Maloklüzyon çeşidi ve şiddetinin, hasta kooperasyonuna etkisinden çok tedavi süresi ile ilgili olduğu belirlenmiştir (32).

Mehra ve ark., Amerika' da 429 ortodontist ile beraber yaptığı çalışmada ortodontistin, tedavi kooperasyonunu artırmak için iletişiminin kuvvetli olması gerektiğini ve hastaya karşı övgü, ödül becerilerini sunması gerektiğini önermiştir. Ayrıca hastaların tedavi uyumunda, aile ile iletişimin ve ailenin tedavi farkındalığının önemli olduğunu saptamıştır. Özgüveni yüksek, uysal, itaatkar, iletişime açık karakterli hastaların kooperasyon bakımından daha şanslı olduğu vurgulanmıştır (6).

Bos ve ark., ortodontistlere hasta kooperasyonu ile ilgili anket uygulayarak kooperasyonu öngörecekle bir model oluşturmaya çalışmışlardır. Ortodontistlerin verdiği cevaplara göre maloklüzyonun ve çapaşıklığın farkındalığı ve kişilik özelliklerinin stabil olmasının tedavi kooperasyonuna katkı sunacağını ileri sürmüşlerdir (33). Ortodontistlerin hali hazırda, klinik kooperasyonunu öngörmek için daha çok subjektif yöntemler kullandığı ve daha geçerli ve doğru bir öngörü için

objektif yöntemlerin gerekliliğini bildirmişlerdir. Ayrıca Bos, 154 ortodonti hastasının tedavi beklentileri üzerine yaptığı bir diğer çalışmada, hastaların mevcut diş görünümünün, tedavi beklentisi ve memnuniyet açısından pozitif bir korelasyon olduğunu saptamıştır (34).

Cura ve Kastoryano, maloklüzyonun algılamasının ortodontik tedavi kooperasyonu öngörmedeki rolünü inceleyen çalışmada, 11-16 yaş arasındaki 95 ortodonti hastasının psikolojik ölçümleri için Ortodontik Davranış İncelemesi ve Ortodontik Kontrol Odağı Ölçeği' ni uygularken, bireylerin kendi subjektif tedavi ihtiyaçlarını belirlemesi için de Ortodontik Tedavi İhtiyacı İndeksi' ni kullanmıştır. Çalışmanın sonucunda hasta kooperasyonlarının net bir şekilde öngörülmesi şu an için mümkün gözükme de incelenen parametrelerin hastaların daha derinlemesine değerlendirilmesinde faydalı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (35).

2008 yılında Hou ve ark., sabit ortodontik tedavi gören 150 adolesan hastanın psikososyal durumlarını incelemiş, hastalara muayene oldukları ilk gün ve braketler takıldıktan 7 gün sonra anksiyete ve depresyonla ilgili anket uygulamışlardır. Çalışma sonucunda kız hastalar ve çekimli tedavili hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (36). Lee ve ark., yine aynı yıl, ortodontik tedavide hasta uyumu ve kontrol odağını inceledikleri prospektif çalışmalarında, psikolojik ölçümler için "Rotter'in iç kontrol odağı ölçeği" ile "Nowicki-Strickland harici kontrol ölçeği" ni kullanmış ve hasta kooperasyonun kontrol odağı ölçeği ile tahmin edilemeyen karmaşık bir faktör olduğunu ve ortodontik tedavi ile dışsal kontrol odağı eğilimin azaldığını belirtmişlerdir (37).

2009 yılında Daniels ve Seacat, aile ve hasta motivasyonun tedavi kooperasyonuna etkisini inceleyen çalışmada, 227 hasta ve aileye sorular yönelmiştir ve tedavi kooperasyonunda, hasta motivasyonunun ailenin motivasyonundan daha etkili olduğu sonucuna varmıştır (38).

Amado ve ark. kişilik özelliklerinin ortodontik tedavi kooperasyonu etkisini inceleyen çalışmada, 70 adolesan hastaya "Ergen Kişilik Anketi (Adolescent Personal Questionnaire)" yönelmişlerdir. Ortodontik hasta tedavi kooperasyonu

ölçeğinin kullanıldığı çalışma neticisinde, adolesanların kişilik özelliklerinin tek başına tedavi işbirliğini öngörmediği, kooperasyonu öngörmek için daha fazla faktörün incelenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (39).

Trakyalı ve ark., bireyin tedaviye olan düşük kooperasyonun nedeni olarak aile ile zayıf ilişkisinin olabileceği ve bireyin kişilik özellikleri ile ilgili faktörlerden etkilenebileceğini öngörmüştür. Çalışma materyeli olarak 82 hastadan 42'si uyumlu, 40'si uyumsuz hasta olarak 2 grup belirlenmiş, ve bireylere "Piers-Harris Çocukların Öz Konsept Ölçeği", "Kaygı Envanteri", "Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği" ve "Ebeveyn Tutum Araştırma Ölçeği" ni uygulamıştır. Tedaviye uyumu yüksek hastaların, kaygı seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiştir (40).

Kovalenko ve ark., 2012 yılında 96 adet farklı deformitelere sahip ortognatik cerrahi hastalarının psikolojik durumlarını incelemiş, hafif ve orta derecede iskeletsel anomalisi olan hastaların psikolojik durumlarının kontrol gruplarına göre anlamlı bir fark göstermediğini ancak ileri dentofasiyal anomaliye sahip hastaların içe dönüklük, nevrotiklik, sürekli kaygı, bağımlılık gibi psikolojik rahatsızlıklarının olduğunu bildirmişlerdir. Bu hastaların tedaviye işbirliğinin de daha düşük olduğunu ileri sürmüşlerdir (41).

Oliveira ve Sheiham, ortodontik tedavi gören erişkin hastaların beklentilerini ve menmuniyetini araştırdıkları çalışmalarına 54 erişkin hasta dahil etmişlerdir. Erişkin hastaların daha detaycı olduğunu ve başlangıçtaki maloklüzyonlarını daha iyi algıladıklarını tespit etmişlerdir. Hasta kooperasyonunun ve menmuniyetinin daha iyi olması için ise hastalara tedavi limitasyonlarının anlatılmasını ve ortodontist-hasta ilişkisinin yüksek olması gerektiğini önermişlerdir (42).

Tervonen ve ark., Finli ortodontistler için "Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği" ni modifiye etmiş, güvenilirlik ve faktör yapıları olumlu sonuç vermiştir. Ayrıca çalışmada özelde çalışan ortodontistlerin, kamuda çalışan ortodontistlere göre daha iyi klinik imkanlara sahip olduğu sonucuna varılmıştır (43).

2.4. Hasta Kooperasyonu Etkileyen Faktörler

Kooperasyon derecesi, demografik faktörler ve psikososyal faktörler olmak üzere iki ana faktörün e Kooperasyon derecesi, demografik faktörler ve psikososyal faktörler olmak üzere iki ana faktörün etkisi altındadır. Yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi faktörler demografik faktörler, aile-hasta ilişkileri, hastanın kişilik özellikleri, ailenin ve hastanın ortodontik tedavi ile ilişkili tutumu, maloklüzyonun algılanması gibi faktörler de psikososyal faktörleri oluşturmaktadır (28,29,44,45). Bu faktörlerin kooperasyon miktarı üzerinde ve kooperasyonun öngörülmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir (46).

2.4.1. Yaş, Cinsiyet ve Sosyo-Ekonomik Durum

Ortodontik tedavi olmak amacıyla başvuran erişkin ve genç erişkin hastalar arasında kooperasyon düzeyleri açısından farklılıklar göze çarpmaktadır. Erişkin hastalar, ortodontik tedaviye kendi istekleri ve kararları doğrultusunda başladıklarından genellikle kooperasyonları yüksek hastalardır. Genç erişkin hastalarda ise durum biraz farklıdır. Genç erişkinler, genellikle ailelerinin yönlendirmesiyle tedaviye başladıklarından, tedavinin mali boyutları ile ilgili finansal kaygıları olmadığından kooperasyonlarının da erişkinlere göre farklı düzeyde olması beklenir (3).

Yaş faktörünün kooperasyon açısından en önemli öngörü aracı olduğunu savunan Allan ve Hodgson'u destekleyen bazı çalışmalarda da küçük yaştaki hastaların ortodontik tedaviye daha uyumlu olduğu belirtilmiştir (22,30,48). Buna karşın yapılan bazı çalışmalar ise yaşın kooperasyonla ilişkili olmadığını savunmaktadır (49,50). Ergenlik öncesi dönemde yapılan ortodontik tedavide, hastalar ailelerinin isteklerini daha kolay kabullenip, tedavi uygulanmasına daha meyilli olduklarından ailenin etkisiyle kooperasyonun sağlanması mümkün olabilmektedir. Ancak ortodontik tedavi uygulamalarının birçoğu ergenlik döneminde yapıldığından, çocuğun psikolojik gelişimi ve aile etkisinden çıkması ile durum değişebilmektedir. Bu durumda yaş, hastanın tedavinin ilerleyişi sırasında oluşabilecek uyaranlara başkaldırmasına sebep olabileceği gibi, kendine karşı sorumluluk duygusu hissetmesini de sağlayabilmektedir (50).

Kızların, diş ve yüz görünümleri konusuna erkeklerden daha duyarlı olmaları ve ortodontik tedavi kurallarına daha ılımlı yaklaşıkları varsayımı ile bazı araştırmacılar kızların ortodontik tedaviye daha iyi uyum gösterdiklerini belirtmişlerdir (23,48,51). Buna karşın kızların görünümleri ile ilgili memnun olma düzeylerinin erkeklere oranla düşük olması ve bir takım apareylerin kullanılması konusunda da olumsuz etkilenip, kooperasyon eksikliği oluşabileceği de gösterilmiştir (52). Yapılan bazı çalışmalarda ise ortodontik tedavi ile cinsiyet arasında kooperasyon bulunamamıştır. Bu çalışmaların neticesinde, yaş ve cinsiyetin güvenilir birer öngörü kriteri olmadığı düşünölmektedir (50,53).

Sosyoekonomik faktörlerin de kooperasyon üzerinde etkili olabileceğine dair yapılan bir çalışmada, yüksek sosyo-ekonomik gruptaki bireylerin, düşük sosyo-ekonomik gruptaki bireylerden daha iyi kooperasyon gösterdiği bildirilmiştir (48). Bu durum, farklı sosyo-ekonomik seviyedeki bireylerin maloklüzyon ve buna bağlı yüzde görölen anomalilerin sosyal etkilerini, farklı farklı değerlendirmelerine bağlı gerçekleşmiş olabilir. Buna karşın, alt ve orta sosyo-ekonomik gruptaki bireylerin ortodontik tedaviyi, yüksek gruptaki bireylerden daha fazla önemsemesi sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (5). Literatüre baktığımızda, son zamanlarda sosyo-ekonomik durumun kooperasyon üzerinde kesin belirleyici bir etkiye sahip olmadığı vurgulanmaktadır (49, 50). Ancak bu durumun bilinmesi tedavi kooperasyonunun yorumlanması açaşından gözardı edilmemelidir (52).

Bu bilgilerin ışığında, bulgulardaki tutarsızlık ve özellikle batı toplumlarındaki sosyo-ekonomik gelişimdeki dinamik yapı gözönüne alındığında demografik faktörlerin güvenilir öngörü kaynakları olmadıkları görölmektedir. Bu sonuca rağmen hastaların kültürel ve sosyo-ekonomik geçmişinin bilinmesi, kooperasyonun takibi açaşından yardımcı olabileceğinden gözardı edilmemelidir (52).

2.4.2. Ailenin Tedavi ile İlgili Tutumu

Ailenin ortodontik tedaviye olan ilgisi ve isteğinin de kooperasyonun öngörölmesinde önemli kriterlerden biri olduğu düşünölmektedir (6).

Daha önceden ortodontik tedavi görmüş ya da kendileri için ortodontik tedaviyi isteyen aileler, çocuklarının tedavilerini daha kolay onaylamakta ve çocuklarının tedavi olma ihtiyaçlarını daha rahat algılamaktadırlar (30). Hastadan çok ailenin isteği ile başlayan tedavilerde hasta her zaman uyumlu olmayabilmektedir. Ailenin olumlu tutumu daha çok tedavinin ilk safhalarında ve ergenlik öncesi dönemlerde kooperasyonda etkili olduğu bildirilmektedir (6,30). Uzun dönemde, hastanın motivasyonu, tedavi olma isteği gibi psikososyal değişkenler kooperasyonda daha etkili olmaktadır (54).

Albino ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada, ailenin çocuğun ortodontik tedavisi ile ilgili istekliliğinin kooperasyonu negatif etkilediği, ailesi tedavi için daha az istekli olan hastalarda tedaviye uyumun daha iyi olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu durum, belki de hastaların karşılaştıkları durumu özgürlükleri ile aşma isteği ile ilişkilendirmektedirler. Aile isteğinin ön planda bulunmaması daha uygun olabilmektedir (30).

Başka bir çalışmada ilk etapta ailelerinin istekleri yönünde tedaviye başlayan çocukların genel anlamda uyumlu oldukları, ama kendi pozitif yaklaşımlarının da olmasının önemli olduğu belirtilmiştir. Tedaviye en uyumsuz yaklaşan hastaların da aileleriyle zayıf ilişkisi olan hastalar olduğu ifade edilmiştir (29).

2.4.3. Kişilik Özellikleri

Ortodontik tedavi uzun soluklu ve hasta kooperasyonu gerektiren bir tedavi yöntemidir. Kooperasyon noktasında hastanın almış olduğu eğitimin yanı sıra kişilik özellikleri daha fazla ön planda olmaktadır. Ortodontik tedaviye başlamadan önce hastanın kooperasyonunun belirlenmesi adına kişilik özelliklerinin de etkili olabileceği düşünülerek çeşitli psikolojik testlerin kullanımının uygun olup olmayacağı konusunda araştırmalar yapılmıştır. Araştırma sonuçları bazı kişilik özelliklerinin kooperasyon konusunda etkili olabileceğini göstermiştir (6,45).

Kooperasyon derecesi belirgin hastalar hariç, kooperasyonun öngörülmesi adına psikolojik testlerin kullanılması önerilmişse de testler orta derecede başarılı

olmuştur. Kişisel prognoz için öngörü oluşturması açısından yeterince güvenilir bulunmamışlardır (35).

Hastanın kişilik özelliklerinin tedavi kooperasyonunda etkili olabileceğini savunan araştırmacılar olduğu gibi herhangi bir etkisinin olmayacağını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (5,34,39). Kendine güvenen, öz saygısı yüksek, iletişime açık bireyler hastaların içe dönük, baskın ve pasif karakterde olan bireylere göre tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (22). Bireyin kendi benliklerine olan ilgi ve saygının azalması depresyonu tetiklemekte, düşük tedavi motivasyonu ile ortodontik tedaviyi sürdürmek daha zor olmaktadır (26).

Davranış bilimleri, kooperasyonun bilimsel ve daha güvenilir olması noktasında karşımıza çıkmaktadır. Davranış ile ilgili araştırmaların, ortodonti klinik pratiğine sentezi iki ana başlık ile inceleyebilir. Bunlar: ortodontinin sosyal psikolojisi ve ortodontik motivasyon psikolojisidir. Ortodontinin sosyal psikolojisi; hastaların niçin tedavi olmak istedikleri, ortodontik tedavinin psikososyal sonuçları gibi konuları içerir. Ortodontik motivasyon psikolojisi ise hastayı doktorun verdiği önerilere uymaya motive etme ve kooperasyonun sağlanması alanlarını içerir. Burada kooperasyonun öngörülmesi için eğitim psikolojisinden yararlanılmaktadır. Doktor, hastalığı iyileştiren kişiden ziyade öğretmen görevini üstlenmektedir (3).

Literatüre baktığımızda kişilik özellikleri ve kooperasyon ilişkisini irdeleyen pek çok araştırma bulunmaktadır (9,13,17,22,24,26,30,34,39,42).

Kreit ve ark. kişilik özelliklerinin belirlenmesi adına hazırladıkları kişilik testini, 120 diş hekiminin 1386 hastasına uygulamasını sağlamışlardır. Kooperasyonu kötü olan hastaların, dış görünüşü ile ilgili endişe duyan, doğru davranışlar için otoriter zorlamaya gereksinim duydukları ve aileleriyle problem yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle, aileleriyle kötü ilişkileri olanların kooperasyonu da kötü hasta oldukları saptanmıştır (24). Buna karşın Nanda ve Kierl' in yaptığı çalışmada, ailesine daha bağlı bireylerin ailelerinin isteklerini, ailesine daha az bağımlı bireyler ise arkadaşlarının onay ve fikirlerini daha fazla önemsemektedirler. Hasta ve aile arasındaki kötü ilişkinin kooperasyonun önerilmesinde önemli bir etken olmadığını savunmaktadırlar (5).

Allan ve Hodgson, kişilik özellikleri ve ortodontik hasta kooperasyonu arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yaptıkları bir çalışmada, 30 hastaya 300 maddeden oluşan “Sıfat Kontrol Listesi” (Adjective Check List) testini uygulamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre meraklı, sağlıklı, kararlı, enerjik ve uyumlu hastaların bu özelliklerinin ortodontik tedaviyi pozitif yönde etkilediği, bununla birlikte, inatçı, ilgisiz, sorumsuz, fazla zeki, egoist ve sabırsız hastaların ise bu özelliklerinin tedaviyi negatif yönde etkilediğini göstermişlerdir (44).

Yapılan başka bir çalışmada, birçok ortodontistlerin tedavi öncesinde hastayı muayene ederken ağız hijyeni belirteçlerine bakarak bunu bir kooperasyon öngörü aracı olarak kullandıkları görülmüştür. Ancak bu faktörün kooperasyonun öngörülmesinde bilimsel bir dayanağının olmadığı belirtilmiştir. Bu tarzda bir öngörü güvenilir ve geçerli değildir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre önerilen bazı psikolojik testlerin kullanılmasıdır (28).

Mehra ve ark. 1996 yılında yaptıkları bir çalışmada, kooperasyonu yüksek hastaların, kendinden memnun olma, minnettarlık, okul alanında başarı, bağımsız, emniyetlilik gibi özellikler gösterdiğini bildirmiştir (6). Ayrıca okulda, arkadaşları ve dersleriyle iyi iletişimde olan çocukların tedaviye daha koopere olduğu tezini destekleyen çalışmalar da mevcuttur (51).

Hastanın kişilik özelliklerinin hasta kooperasyonu ile ilişkisi inceleyen bir çalışmada, hastanın kişilik özelliğinin belirlenmesi için “The Design Perception Card” ölçeği kullanılmış ve çalışma sonucunda kooperasyon ile yaş, ego, tedavi motivasyonu uyumlu bulunmuştur (55).

Ebeveynlerin tedaviye tutumunu inceleyen bir çalışmada, dışa dönük, enerjik, çalışkan, kararlı ebeveynlerin fazla zeki, sabırsız, egoist, aşırı efor sarf eden, meraklı bireylere göre daha işbirliğine açık olduğu sonucuna varılmıştır (22). Bununla birlikte zayıf kooperasyon gösteren çocukların, aileleri ile ilişkilerinin de zayıf olduğu yönünde çalışmalar da mevcuttur (25). Albino ve ark. yaptıkları bir pilot çalışmada, ebeveynlerin psikolojik özelliklerinin belirlenebilmesi için Crowne ve Marlowe'nin “Social Desirability Scale” ölçeğinin kullanılabileceğini gözlemlemiştir (56).

2.4.4. Hasta-Hekim İlişkisi

Ortodonti; bilgi birikimini, teknolojiyi, estetiksel yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir diş hekimliği alanıdır. Ortodonti uzmanlığı, yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmaktan öte bir toplumsal statü ve bir yaşam biçimi oluşu, tedavi edilen hastalarla olan ilişkiyi de çok yönlü ve özel kılmaktadır. Ortodontist, hastasını yalnızca tedavi edilecek bir ortodontik anomali değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmelidir. Sosyolojik ve psikolojik birçok faktörün etkilediği hasta- hekim ilişkisi, genelde ahlâk, özelde tıp etiği ve hukuk ile ilgili yönleri de bulunmaktadır (57).

Ortodontik tedavideki her tedavi planı ve mekaniğin temel dayanağını hasta ve hekim arasındaki ilişki oluşturmaktadır (5,29). Tedaviden istenilen sonucun alınması aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin biçimine ve etkinliğine dayanır. Bu dinamik ilişki; kültürel, ekonomik, demografik, eğitim düzeyi ve psikolojik bir çok faktörden etkinlenmektedir. Bu nedenle, hasta-hekim ilişkisi bir yandan tedavi kooperasyonunun bir parçası olarak yer alırken, bir yandan da psikolojik bir konu olarak ele alınabilir (58).

“Doktor” kelimesinin anlamı “tedavi eden kimse” olsa da, bu kelimenin kökeni, Latince’de “öğretme” anlamına gelen “docere” kelimesidir. Bu yüzden de ortodontist-hasta ilişkisi, hasta-hekim ilişkisinden çok, öğrenci-öğretmen ilişkisine benzetilebilir. Ortodontist, hastasına etken bir davranış biçimi sergilemesi yerine, başarılı bir tedaviye ulaşmak için tedaviye olan kooperasyonun nasıl artırılabilirliğini öğretme yolunu seçmesi daha etkilidir (3). Bundan dolayı ortodontist, hasta iletişimi ve kooperasyon konusunda motive olmalı, kendini hasta memnuniyeti ile ilgili kontrol etmelidir.

Nanda ve ark.’nın hasta-hekim ilişkisinin kooperasyon üzerinde etkisini incelediği bir çalışmada, hasta–hekim ilişkisinin iyi olduğu durumlarda, hastanın tedavi uyumuna olumlu yansıdığı, tedavinin istendiği gibi gitmediği durumlarda hekimin hemen hastayı suçlamaması gerektiğini, hasta ile iletişimin artırılarak hasta kooperasyondaki eksikliğin giderilebileceğini söylenmiştir (5). Bartsch ve ark.’na göre hasta ile olan iletişimin, kooperasyonun derecesini yükseltecek en önemli

argüman olduğu ifade edilmektedir (59).

Ortodontist ihtiyacı olan verileri almak için konuşmada, yönlendirici konumda olmalıdır. "Evet" ya da "hayır" gibi cevapların verileceği kapalı sorular yerine, "Nasıl bir ağrı?" veya "Dişlerinle ilgili nelerden şikayetçisin?" gibi açık uçlu sorular daha iyi bilgi sağlamaktadır. Klages ve ark. güçlü hasta-hekim ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmalarında, hekimin cesaretlendirici rolde hastayı tedavi sürecine dahil ettiği durumlarda hastaların memnuniyetine ve tedaviye olan uyumuna katkı sağlandığını tespit etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada hekimlerin hastalarıyla sosyal konularda sohbet etmelerinin, hastayı rahatlatacağı bildirilmiştir (60).

Barbour ve Callender, hastaya ön bilgilendirme yapılmadan tedaviye başlanması, hekim ve hasta arasında iletişimsizlikten kaynaklı gerginlik olması ve tedavi sonucunda estetik beklentinin karşılanılmamış olması sonucunda tedavi memnuniyetinin sağlanamamış olmasının hasta-hekim ilişkisine zarar veren önemli temel noktalar olduğunu savunmuştur (61). Kişilik özelliklerine göre hasta memnuniyetinde temel önemli noktanın, ortodontistin kişilik özelliği olduğu gözlemlenmiştir (62).

Oliveira ve ark. erişkin hastaların tedavi memnuniyetini araştırdıkları çalışmalarında, bireylerin başlangıç maloklüzyonunu daha iyi algıladıklarını, tedavi limitasyonlarının anlatılmasıyla hekimine daha çok güvendiklerini ve memnuniyet ile tedavi kooperasyonu arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (63).

Hastaların hekimden beklentilerini inceleyen bir çalışmada, hastaların en çok hekimin bilgi ve yeteneğine, arkadaşça ve sabırlı yaklaşımına, tedavi gidişatı hakkında bilgilendirilme yapmasına dikkat ettiği bulunmuştur (9). Hekim hastasıyla doğru iletişimi kurmak için gerekli çabayı göstermeli, bu sayede tedavi sürecinde oluşabilecek aksaklıkların önüne geçebilecektir. Ayrıca tedavi kooperasyonu düşük olan hastalarda tedavi memnuniyetinin de düşük olması hekimin de tedaviye olan motivasyonunu azaltmaktadır. Bu durumda hekim, hastasına daha fazla vakit ayırmalı ve hasta memnuniyetini artırmaya çalışmalıdır (57). Samson ve ark., kendisini tedavi eden doktorlarını seven hastaların, tedaviye daha koopere olduğunu

bildirmiştir (64). Ricketts ise hekimin görevinin, hastasını tedaviye motive etmek ve bu motivasyonu tedavi süresince korumak olduğunu vurgulamıştır (35).

2.4.5. Hastanın Maloklüzyonunu Algılaması ve Tedavi Motivasyonu

Ortodontik tedavi gören bazı hastalar için, stabilite ve fonksiyonel düzelmeden ziyade estetik ve psikolojik fayda daha önemlidir. Bir kişi ve toplumun kabul edebileceği bir oklüzyon, başka bir kişi veya toplumun tolere edemeyeceği bir problem olabilir. Örneğin Uzakdoğu ülkelerinde konkav profil güzelliği ve sağlığı tanımlarken, batı toplumlarında tedavi edilmesi gereken bir problem olarak görülmektedir. Bununla birlikte cinsiyete bağlı olarak da maloklüzyonun algılanmasını değiştirebilmektedir. Kız hastalarda konveks profil daha tolere edilebilirken, erkek hastalar memnuniyetsizliğini belirtmektedir. Ayrıca tedaviye istek konusunda kız hastalar, erkek hastalara göre daha motivedir (64).

Bireysel değişkenler maloklüzyon algısının belirlenmesinde en önemli ayırd edici konumundadır. Kimi hastalar normalden orta derecedeki sapmaları farketmesine rağmen bunu tolere edilebilirken, bazıları da kesinlikle kabul edilemez bulmakta ve problemin giderilmesini istemektedir (65). Ergenik dönemde oluşan dişsel memnuniyetsizlik, bireyin ilerleyen yaşlarında etkisini göstermekte ve bireyin psikososyal gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bundan dolayı ortodonti hastaları ortodontik tedaviyi, yaşam kalitelerini artırmak için de görmek istemektedirler (3).

Maloklüzyonun algılanması hekimler ile hastaların bakış açıları bakımından farklı olmaktadır (66). Aileler çapraşıklığı ve maloklüzyonu profesyonellere göre daha az farketmektedirler. Bundan dolayı ortodontistler özellikle tedavi başlangıcında kayıtlarını tam almalı, olası anlaşmazlıklar konusunda hazırlıklı olmalıdır.

Bireylerin tedavi isteği ile tedaviye olan ihtiyacı aynı olmayabilir. Psikososyal durumun, tedavi ihtiyacı ve diş görünümüyle ilgili memnuniyeti etkilediği bir gerçektir (67). Albino, maloklüzyonla ilgili endişe duyan aileler ve bireylerin tedavisinin daha başarılı ilerlediğini bildirmiştir (29,30). Hastanın maloklüzyonunu algılaması ve psikososyal ihtiyaçları daha önemli olmakta ve tedavi

istemi ihtiyaçtan daha önemli hale gelmektedir. Bundan dolayı “dişlerinle ilgili senin hoşuna gitmeyen nedir?” gibi maloklüzyon algılmasına dönük sorular, bireyin psikososyal durumunu anlamak için faydalı olabilir. Ortodontistin tedavi öncesinde bireyin maloklüzyonla ilgili neler hissettiğini, problemini ne kadar algıladığını bilmesi tedavi kooperasyonunun öngörülebilmesi için gereklidir (17).

2.5. Bireyin Psikososyal Durumunu Etkileyen Faktörler

Psikoloji kelimesi, Aristo ile birlikte Antik Yunanistan’da ortaya çıkmıştır. Psikoloji , bireylerin davranışlarını ve kişilik sistemlerini inceleyen bir bilim dalıdır. Birey psikolojisinin değişimi ve gelişiminde, birbirinden bağımsız ve farklı birçok etken vardır. İnsan psikolojisinin şekillenmesinde genetik, ekonomik ve kültürel durum, yaş, din, toplum yapısı, aile, eğitim seviyesi, mizaç ve karakter yapısı, genel tıbbi durum, çevresel etkenler gibi bir çok faktör etkilidir (68).

Davranış; insan hayatındaki gözlenebilen, kaydedilebilen ve ölçülebilen bütün etkinlikler olarak tanımlanabilir (69). Davranışın ortaya çıkışı ise bireyin belirli uyarıya karşı gösterdiği tepki şeklinde olmaktadır. Ortodontik tedavi esnasında hastanın tedaviye gösterdiği kooperasyon da bir davranış biçimidir. Bu davranış biçiminin şekillenmesinde de birçok psikososyal faktör rol oynar.

Psikososyal faktörler ruh sağlığını etkilediği gibi genel tıbbi durumu da birçok yönden etkileyebilir ve bağışıklık, solunum, dolaşım, boşaltım, nöromusküler ve gastrointestinal sistemleri üzerine etkileri bulunmaktadır (70). Stres, depresyon ve kaygı düzeyinin artmasıyla crohn, ülseratif kolit, hipertansiyon ve koroner kalp hastalıklarının oluşmasında etkili olduğu yapılan bir çok çalışmada gösterilmiştir (71,72,73). Hücresele düzeyde de kaygı düzeyi artmış hastaların immün cevaplarında azalma olduğu ve hücresele aktivitenin azaldığı bildirilmiştir (71). Alkan ve ark.’nın 2013 yılında yaptığı bir çalışmada, anksiyete ve depresyon düzeylerinin DOS’ daki kortizol seviyesi ile bağlantılı olduğu, bunun da periodontal durumla ilişki olabileceğini sonucuna varmıştır (70).

2.5.1. Kaygı

Kaygı (anksiyete) kelimesi kökeni antik yunanca “Anxietas” olup korku, endişe, merak anlamına gelmektedir (74). En geniş tanımı ile kaygı; bireylerde hayat boyu var olan, yaşama uyum sağlama ve koruyucu işlevi olan normal bir duygudur (75). Neredeyse her canlıda var olan bir psikolojik durumdur. Organizmalar, canlılığını ve neslini devam ettirmesi için bu duyguya sahip olmaya mecburdurlar. Levit kaygıyı, “Öznel bir korku duygusu ve artan bir psikolojik gerilme” olarak belirtmiştir (76). Duygu ve heyecan olarak kaygıyı incelediğimizde; kaygı, korku, sevgi, hüznün, neşe, umut, hayret gibi duygu durumlarından biridir.

Kaygının bilişsel, bedensel ve davranışsal olmak üzere 3 adet bileşeni bulunmaktadır. Bunlar;

1. Bilişsel Bileşenler: Kaygının en kolay tanımlanabilinen bu bileşeninde dışsal bir sebeple oluşan panik duygusu ve hafızada endişe verici katastrofik imgeler ve dikkat eksikliği vardır.

2. Bedensel Bileşenler: Kaygının bu bileşeni, anksiyete ile oluşan bütün fiziksel belirtileri içerir. Sempatik sinir sisteminin aşırı çalışmasıyla nabız sayısında artış, yorgunluk, gerilim tipi baş ağrısı ve uykusuzluk gibi semptomlara neden olur.

3. Davranışsal Bileşenler: Kaygı, rahatsız edici durumlardan kaçmaya ve bu durumlardan kaçınmayı öğrenmeye sebep olur. Davranışsal bileşen, benzer bir durumla yüzleşmeyi daha da güçleştirir ve kooperasyonun kaybolmasına neden olur (77).

İnsan vücudu, huzursuzluk ve tehlikeden kaçınmak amacıyla doğumundan itibaren fizyolojik tepki verir. Kaygı seviyesine bağlı olarak terleme, kaslarda gerginlik, kan basıncında artma ve konsantrasyon güçlüğü gibi fizyolojik tepkiler meydana gelir (78). Kaygı derecesi arttıkça organizmada; endişe, huzursuzluk, ağız kuruluğu, baş ağrısı, mide bulantısı, iştahsızlık, terleme, hızlı nefes alıp verme ve uyku sorunları meydana gelebilir (79).

Kişinin uyarana göre tepkisi farklı olabileceği gibi, benzer uyarılara karşı farklı bireylerin verebileceği tepki de farklı olabilir. Bu durumda kaygı, kişiye özel

bir davranış biçimidir (78). Her yaştan ve çevreden bireylerde, çeşitli derecede kaygı vardır. Bireylerin davranışlarının şekillenmesinde kaygı düzeyi etkilidir. Sağlıklı bireylerde kaygı, korumacı bir görev üstlenir. Yüksek kaygı duyan bireylerde, anksiyete yaşamının merkezi olur, saldırganlık artar ve davranış bozuklukları meydana gelebilir (80).

Dental kaygı, diş hekimliği uygulamalarında hastalarda meydana gelen spesifik cevap olarak tanımlanabilir (80). Hastalarda diş hekimliği uygulamaları ve materyallerine karşı oluşan bir fobi, rutin tedavi protokollerini yerine getirmede hekimleri zorlamaktadır (81). Bu durumda tedaviye başlamadan önce bireylerin hangi tip sosyodemografik ve psikososyal özellikler taşıdığı bilinmeli, hangi hastaların dental anksiyete açısından risk taşıdığı öngörülerek tedavi yaklaşımı ve planı buna göre belirlenmelidir. Dental kaygının etyolojisinde geçmişteki travmatik işlemler (işlem esnasında ağrı, uzun süreli ve yorucu tedavi, başarısız diş hekimliği uygulamaları), diş hekimliği materyalleri (aeratör ve mikromotor sesi, ölçü alımı), akran alayı, sosyal etkileşim (aile, kardeş ve arkadaşlardan negatif geri bildirimler), dramatize edilmiş yazılı ve görsel yayınlar, tahmin edilemezlik, iğrenme, güvensizlik ve bireylerin karakter farklılıkları sayılabilir (80,82). Dental anksiyete ile her yaşta karşılaşılabilir gibi, daha çok çocukluk ve adolesan dönemde karşılanmaktadır (83). Anksiyete varlığında dental tedavi etkin yapılamaz ve hastanın ağız sağlığının idamesi olumsuz etkilenir.

Kişilik özelliklerine göre her birey, bilinçli veya bilinçsiz farklı davranışlar ortaya koyar. Dental anksiyetenin kişilik özellikleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada nevrotik (durağan) kişilerin dental anksiyete için daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (84,85). Ebeveynlerdeki kaygı düzeyinin dental anksiyete ile ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada, çocuklardaki dental anksiyetenin ebeveyndeki kaygı ve korkuyla bağlantılı olduğu, düzenli diş hekimine gitme alışkanlığı olan ailelerin diş hekimliği fobisinin giderilmesinde etkili olduğu söylenmiştir (86).

Dental korkunun giderilmesinde, hekim hastasıyla empati kurmalı, uygulamalarda acele etmemeli ve iletişim kanalları her zaman açık olmalıdır.

Alternatif olarak hekim, sedasyon ve genel anestezi yöntemlerini, yüksek kaygı düzeyine sahip hastalara önermelidir.

Tıp ve diş hekimliği çalışanları, hem iş ortamları, hem de kişisel yaşantıları esnasında gün içerisinde birçok zorlu sorunla karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanları üzerindeki iş yükü, radyasyona maruz kalma, olumsuz hasta davranışları, hekime şiddet, hasta yakınları ile ilişkiler ve hata yapma lükslerinin olmaması, personeldeki kaygı düzeyini artırmaktadır (85). Özellikle uzmanlık eğitimi alan hekimlerin hata yapma tedirginliği, bu durumu daha da şiddetlendirmektedir (91).

Hekimlerin hastayı iyileştirme sorumluluğu, sürekli yenilenen tıp ve diş hekimliğindeki gelişmeleri takip etme zorunluluğu, çalışma ortamı, kariyer endişesi ve sosyal yaşantı biçimi de kaygı düzeyiyle ilişkilidir. Huebner ve ark., evli veya partneriyle beraber yaşayan bireylerin yalnız yaşayan bireylere nazaran kaygı düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiştir (92).

Cinsiyete bağlı hekimlerdeki kaygı düzeyi farklılık gösterebilir. Erkek doktorların, bayan doktorlara göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bayan doktorların aile ve çocukla ilgili daha fazla sorumluluğunun olmasının bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir. Hanedeki çocuk sayısı arttıkça durumluk kaygı düzeyi değişmezken, sürekli kaygı düzeyinde bir artış gözlemlenmiştir (93). Aynı zamanda sağlık çalışanlarının mesleki durumlara göre kaygı düzeyi incelendiğinde hekimlerin, hemşire ve sağlık memurlarına göre daha fazla kaygılı olduğu bildirilmiştir (94).

Diş hekimliği fakültesi ilk ve son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyleri üzerine yapılan bir çalışmada, fakülteye yeni başlayan öğrencilerin anksiyete düzeyinin son sınıf öğrencilerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesinin artması ve diş hekimliği ile ilgili hem klinik hem de teorik tecrübe sahibi olunmasıyla, öğrencilerin daha çok bilinçlenip anksiyete düzeylerinin azaldığı görülmüştür (95). Hekimlerde özellikle mezuniyet sonrası ilk yıl anksiyete riskinin en yüksek olduğu dönem olarak bildirilmektedir (96). Mezuniyet sonrası eğitimde, zorunluluktan daha çok yetenek ve ilgili alanına göre uzmanlık eğitimi gören bireylerin daha mutlu çalıştığı, kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu ve bununla birlikte mesleklerini daha

iyi benimseyip daha verimli ve üretken olduğu söylenebilir (94). Akademik ve sosyal statü ile birlikte gelir seviyesindeki yükselme, durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerinde iyileşmeyi sağlayabilmektedir.

Finlandiya'da 2555 diş hekiminin katılımıyla yapılan bir çalışmada, hekimlerin tükenmişlik ve kaygı düzeyleri incelenmiş, iş yükünün artmasının kaygı ile direk olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Diş hekimlerinin uzun vadeli ve mesleki tatmini için çalışma saatleri düzenli olmalı ve tedavi edilecek hasta sayısı sınırlı tutulmalıdır. Ayrıca Finlandiya Devleti kamuda çalışan diş hekimlerinin tükenmişlik ve kaygı düzeylerini belirli aralıklarla takip etmekte ve çalışma koşullarını periyodik olarak değerlendirmektedir (97).

Ortodontistin kaygı düzeyinin yüksek olması bazı olumsuz sonuçları beraberinde getirir. Tükenmişlik sendromu, düşük iş memnuniyeti, düşük iş doyumuna gibi bazı psikopatolojik sorunlar yüksek kaygı düzeyi ile ilgilidir. Burada düşük iş memnuniyeti ve anksiyete arasındaki ilişki bir kısır döngü oluşturabilir. Bu kısır döngü neticesinde ortodontist klinik uygulamalarında istemsiz, özensiz, konsantrasyon eksikliğine bağlı yanlış tedavi protokolleri uygulayabilir (98). Kaygı düzeyi yüksek hekimlerin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimlerinde sorun yaşamaları da muhtemeldir. Ortodontistin kaygı düzeyinin düşük olması, hem hasta memnuniyetinde hem de hastanın tedaviye göstereceği kooperasyonda önem taşımaktadır (99).

2.5.2. Kaygı Çeşitleri

Freud, insan organizmasını, tehlikeli ve düşman özellik gösteren etkenlere karşı, kendini korumak ve devamlılığını sağlamak amacıyla çaba gösteren bir varlık olarak tanımlamıştır. İnsan davranışları ise bütünüyle uyum göstermeye yönelik bir amaç taşımakta olup, insan davranışlarının hiç birinin rastlantısal olmadığı, hayatta kalma amacıyla gösterilen çabanın farklı biçimleri olduğunu öne sürmüştür (87).

Freud'a göre kaygı, olumsuz duyguların tümünü içinde barındıran bir kavramdır ve gerçeklik, nevrotik ve ahlaki kaygı olmak üzere üç kavramla ilgilidir (88). Gerçeklik kaygısı, korku ile eş anlam taşır ve korkunun oluşmasında kalıtım ve

yaşantı birlikte rol oynar. Nevrotik kaygı ise iç güdülerden gelen tehlikenin algılanması ile ortaya çıkar. Benlikte suçluluk ve utanç duygusu oluşturan kaygı ise ahlaki kaygıdır. Ahlaki kaygının oluşmasında, özellikle ebeveyn otoritesi ve toplumsal çevre etkilidir. Birey, gerçeklik kaygısından kaçsa bile ahlaki kaygıdan kaçabilme imkanı yoktur (89).

Spielberger' in "İki Etmenli Kaygı" teorisine göre kaygı, sürekli kaygı ve durumluk kaygısı olmak üzere ikiye ayrılır (90). Bu iki kaygı birbirinden tamamen ayrı olmamakla beraber, birbirleriyle orta derecede bağlantılıdır. Durumluk kaygısı; tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan kaygı türüdür. Sürekli kaygı ise ortada objektif bir neden yokken de var olan ve böyle bir neden olduğunda da bu durumla orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli devam eden kaygı biçimidir.

2.5.2.1 Sürekli Kaygı

Scheier ve Cattel' in 1958 yılında yaptığı çalışmalar sonucunda farklı türlerde tanımladığı kaygıyı, Spielberger durumluk ve sürekli kaygı sınıflandırmasıyla ikiye ayırmıştır (100). Literatürde sürekli kaygı; "bireyin kaygı durumuna olan yatkınlığı" şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin nötr durumlarda, içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlaması sonucu yaşanan uzun süreli kaygı türüdür (101). Sürekli kaygı, olay ve zamana göre değişmeyen uzun süreli kişilik özelliğidir (102).

Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin kişilik özellikleri; içinde olduğu durumdan memnun olmama, genel bir memnuniyetsizlik hali, huzursuzluk, her an başına kötü bir olay gelecekmiş gibi tedirginlik hissetme, kolaylıkla incinme ve karamsarlığa kapılma olarak sayılabilir. Kişinin içerisinde bulunduğu durumla doğrudan ilgili olmayan, çevreden gelen tehlikelerden bağımsız, çevre tarafından nedeni açıkça anlaşılamayan kaygılar sürekli kaygılardır (103).

Spielberger' e göre kaygı bir enerji türüdür. Sürekli kaygı potansiyel enerji, durumluk kaygısı ise kinetik enerjidir. Bu yaklaşıma göre sürekli kaygı, uyarıcı olup olmaksızın devam eden anksiyete halidir (104). Sürekli kaygı bireyin karakteriyle bütünleşmiştir ve gözlemlenmesi zordur. Sürekli kaygı nihayetinde birey, devamlı bir

tedirginlik, hoşnutsuzluk ve gerginlik içindedir (105).

Sürekli kaygı düzeyinin oluşmasında kişilik özellikleri de etkilidir. Tehlikeyi oluşturan durumun devamlılık kazanması kaygıya yatkın bireylerde daha tehlikeli ya da tehdit edici reaksiyonlara sebebiyet verebilir (106). Nesnel ve uzun süreli bir davranış şeklinde açığa çıkan bu kaygı türü içsel bir durumdan meydana gelir. Sürekli kaygı bir kişilik özelliği olarak da tanımlanabilir (107). Kaygı durumu, yapılan tercihlerden sonra çözüm için artık geç kalındığı durumlarda artmaktadır.

Sürekli kaygı bireyin davranışları üzerinde direk gözlemlenemez. Sürekli kaygı düzeyi artmış bireylerde durumluk kaygı reaksiyonları, daha sık ve şiddetli olarak gözlemlenir. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireyler kolay incinirler ve daha kolay karamsarlığa kapılırlar (108). Bu bireylerin problem çözme yeteneği ve konsantrasyon düzeyleri düşüktür.

2.5.2.2 Durumluluk Kaygısı

Durumluluk kaygısı; kişinin içinde bulunduğu durumdan dolayı oluşan, zamana ve duruma bağlı olarak değişebilen, şiddeti uyarana göre farklılık gösteren, strese karşı oldukça duyarlı olan kaygı türüdür (102). Durumluluk kaygısı sınava girmeden önce ya da dış tedavisi yaptırırken, bireyin riskli ve tehlikeli şartlar karşısında yaşadığı geçici ve duruma bağlı olan kaygı türüdür. Stres unsurlarının çoğaldığı koşullarda durumluk kaygısı yükselir (109).

Durumluk kaygısı, subjektif ve anlık anksiyeteyi yansıtır. Spielberger' e göre gerginliğin bilinçli olarak algılandığı duygu ve otonom sinir sisteminin aktive olduğu hal ile karakterize geçici duygusal durumdur (110). Durumluluk kaygı ile otonom sinir sistemi faaliyete geçer ve insan vücudunda bazı değişikliklere sebep olur. Post-ganglionik sinir uçları ile hedef organ arasında bulunan sinapslardan nörotransmitter olarak nöraadrenalin salgılanır. Durumluluk kaygısı ile kan damarları daralır, kan basıncı artar, vücut sıcaklığı yükselir, el ve ayak soğuk terler, göz bebeği büyür ve tükürük salgısı azalır.

Durumluk kaygısı baskın durumuna karşı bireyin hissettiği subjektif bir korku biçimidir. Endişe anında oluşurken, tehlike unsuru kalkınca ortadan kalkar. Durumluk

kaygısı sürekli kaygıdan farklı olarak dışarıdan gözlemlenebilir (111). Bireyde dudak yalama, tırnak ısırma, dil itme gibi ortodontik alışkanlıklara ek olarak göz kırpması, elbiseye avuçlarını sürme, el tiki gibi bazı davranışsal belirtiler bunlara örnek verilebilir (112,113).

Sürekli kaygı, daha çok geçmişteki durumluk kaygı deneyimlerinin bir yansıması olarak tanımlanır. Durumluk kaygısı ise, bireyin iç ve dış uyaranları tehdit edici olarak algılamasına neden olur (114).

2.5.3. Kişilik, Karakter ve Mizaç

Bireylerin davranış ve emosyonel durumlarında birçok psikososyal değişken etkilidir. Kişinin diğer bireylerden ayrılmasını ve kendine özgü davranışlar göstermesini sağlayan bazı karakteristik özelliklerden kişilik, karakter ve mizaç kavramları, birbirlerine yakın anlamlarda kullanılmasına rağmen farklı kavramları ifade etmektedirler (115).

Kişilik tabiri, Latince’deki “persona” kavramına dayanır. Antik Roma Tiyatrosu’nda oyuncular, temsil ettikleri özelliklere göre maskeler yardımıyla rollerini canlandırmaktadırlar. Oyuncuların yüzlerine taktığı bu maskelere ise “persona” adı verilmektedir (116). Davranış bilimlerine göre kişilik; bireyin zihinsel, bedensel ve ruhsal farklılıklarınının tümünün, kendi davranış ve yaşam biçimine yansımasıdır (117). Kişilik özellikleri ve mizaç yapısı ile ilgili birçok çalışması olan Cloninger’ e göre kişilik; deneyimle yaşama adaptasyonu sağlayan psikobiyolojik sistemlerin organizasyonudur. Bireyi toplumdaki farklı kılan kişilik; karakter ve mizaç olmak üzere iki komponentten oluşmaktadır (118).

Karakter; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır (119). Birbirleriyle sık karıştırılan mizaç ve karakter kavramları arasında bazı farklılıklar mevcuttur. Mizaç; bireyin konjenital duygu ve davranışları iken karakter ise bireyin kendi kendine oluşturduğu bir yapıdır. Karakter, mizaçtan farklı olarak zamanla değişebilir, farklı özellikler gösterebilir (118).

Mizaç kavramının kökeni Antik Yunan zamanında Hipokrat’a kadar uzanır. Eski çağlarda insanlar, doğuştan gelen mizaç özelliklerinin bazı psikiyatrik

rahatsızlıklara yol açtığı düşünmüşlerdir (120). Hipokrat dört sıvı kuramıyla kişilik ve mizaç tiplerini açıklamaya çalışmıştır. Hipokratın dört sıvı veya şimdiki tanımıyla hümoral patoloji kuramında insan bedeninin dengesi dört sıvıya (kan, kara safra, sarı safra, balgam) bağlıdır. Kan; sıcak, tez canlı ve cana yakın kişileri temsil eder. Sarı safra; yavaş hareket eden, uyusuk, miskin özellikleri tanımlar. Kara safra; üzgün, melankolik, durgun insanları belirten sıvı türüdür. Balgam ise kolerik, yani çabuk tepki veren, çabuk kızan bireylere aittir (120,121).

Mizaç; bireyin kendine özgü davranış stilini belirleyen, kalıtımla bireye geçen, yaşam boyu çok az oranda değişen yapısal bir özelliktir (122). Mizaç, bireyin kişiliğinin, doğumdan gelen, çocukluk zamanlarında en açık şekilde ortaya çıkan ve yaşamı süresince değişmeyen özellikleri olarak düşünülebilir (123). Davranış bilimleri açısından ise, kişinin yaptığı eylemi ne şekilde yaptığı ile ilişkili bir terimdir (117). Bu açıdan bakıldığında mizaç, kişinin yaşam boyu toplumdan ve çevreden gelen uyaranlara karşı, bireyin kendine özgü oluşturduğu tepki ve davranışların biçimlenmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Mizaç, bireylerin tavır, duygu, düşünce ve davranışları arasındaki farklılıkları belirlemektedir (121,124). Kişinin benlik, fiziksel ve sosyal dünyayla ilgili gelişen bilişsel özelliklerini, değerlerini, tutumlarını ve baş etme stratejilerini içerecek bir kişilik geliştirmesini mizaç belirler. Mizaç, daha henüz anne karnında oluşmaya başlar. Yenidoğanda gülme, ağlama ve vücut hareketlerine karşı mizaç özelliklerine göre kaçınma ve davranışlara rastlanabilir ve ömür boyu değişmediği düşünülür (125). Mizacın kişilik ve anksiyete ile örtüşen yönleri vardır. Bireyin biyolojik yapısı ve kalıtım etkisiyle oluşan mizaç, sosyal davranış ve çevresel faktörlerle etkileşim halindedir (126,127).

Kagan ve ark., mizacın daha çok biyolojik yönü ile ilgili çalışmışlardır. Çalışmada, çekingen mizaca sahip çocukların kardiovasküler sistemlerindeki sempatik tonusun daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşmıştır (128). Cloninger'in mizaç envanteri; yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebatkar olmak üzere dört mizaç boyutu içermektedir. Cloninger, mizaç ve kişiliğin yedi boyutunu inceleyen Mizaç ve Karakter Envanteri' ni geliştirmiştir (129). Kraepelin,

mizaç yapısı olarak 1921’ de depresif, manik, irritable ve siklotimik olmak üzere dört mizaç tipi belirlemiştir (123).

Kraepeli’den sonra Akiskal da mizaç üzerine araştırmalar yapmıştır. Akiskal ‘affektif mizaç’ (affective temperament) tanımlamasını psikiyatriye kazandırmıştır. Akiskal affektif mizacı, duygudurum bozukluklarının temelini oluşturan davranışsal fenotipler olarak kabul etmiş ve beş temel affektif mizacı tanımlamıştır. Bu fenotipler; depresif, siklotimik, hipertimik, irritable ve anksiyöz mizaçtır (130).

2.5.3.1. Hipertimik Mizaç

Hipertimik mizaç özelliği gösteren bireyler, özgüveni yüksek, aşırı konuşan, şakacı, sıcakkanlı, uykusuzluk çekmeyen, yüksek enerji düzeyi, aklına koyduğunu yapan, insan arayan ve dışa dönük, başkaların işine karışabilen, hırs ve sosyal becerilere sahip olma gibi özellikleri taşır (131). Hipertimik mizaç sıklıkla histrionik, narsistik veya antisosyal davranış kalıplarında görülür (132).

2.5.3.2. Siklotimik Mizaç

Siklotimik mizaç taşıyan bireyler, kötümser, iyimser, benlik saygısında azalma, aşırı güven, keskin algılama ve yavaş öğrenme gibi birbirinden tamamen zıt durumları içinde taşır. Bu bireyler hızlı duygudurum değişiklikleri ile duygudurumlarında dengesizlik yaşarlar (133,134).

2.5.3.3. İrritable Mizaç

İrritable mizaç; kötümser, huysuz, çabuk parlayan, eleştirel ve alaycı tutuma sahip özellikler taşır (150).

2.5.3.4. Depresif Mizaç

Depresif mizaç; kederli, kötümser, pasif, letarjik, çok uyuma alışkanlığı olan, sitem dolu, utangaç, iddialı olmayan, eleştiriye duyarlı, kendi kendini inkâr eden, güvenilir, kendi işini kuramayan, başka biri için çalışmayı tercih eden, kendini fazla suçlayan gibi özellikleri depresif mizaca sahip bireylerde görülür (133,134,135).

2.5.3.5. Anksiyöz Mizaç

Gevşemede sıkıntı çekme, hastalık hastası, endişe ve korkuya yatkınlık, huzursuz, kaygılı, gergin olma gibi özellikler taşır. Anksiyöz mizacın bağıllık ve evliliğin sürdürülmesi gibi fedakâr davranışlarla ilişkili olduğu teorik olarak iddia edilebilir (134). Endişeli mizaç, aile bireylerine karşı çok abartılı endişe duymayla en iyi açıklanabilir (136).

2.5.4. Depresyon

Amerikan Psikiyatri Birliği' ne göre depresyon; nasıl hissettiğimizi, düşünce biçimimizi ve davranışlarımızı olumsuz yönde etkileyen, bunun yanı sıra tedavi edilebilen, yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır (137). Depresif ruh hali normal olabildiği gibi bir psikopatolojik sendrom veya genel tıbbi bir rahatsızlığın semptomu da olabilir.

Hipokrat, depresyonu dört sıvı kuramına göre, kara safra fazlalığı ile açıkladığı 'melaine chole' olarak adlandırmıştır (128). Depresyon terimi köken olarak, aşağı doğru bastırma anlamına gelen Latince "depresus" dan gelir. Sözlükte depresyon, "çökkünlük" anlamına gelmektedir (138). Depresyon, bitkinlik, değersizlik, suçluluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, durgunlaşma, motivasyon azalması, cesaret kırılması gibi duygudurumlar içeren, derin üzüntülü ruh halidir (137).

Depresif hal, insan yaşamının çeşitli dönemlerinde, zaman zaman kendini göstermektedir. Çalışma ortamındaki engellemeler, aile hayatındaki olumsuzluklar, işsizlik, mutsuz evlilik, fiziksel veya psikolojik yaşanan travma, kemoterapi, doğum sonrası gibi insan yaşantısının belirli aşamalarında depresif ruh hali daha baskın hale gelebilir (139). Depresif duygu durumu; üzüntü, kaygı, boşluk ve umutsuzluk hali ile kendini gösterir. Tedavi edilemeyen veya baş edilemeyen depresif durum, daha sonraki aşamalarda depresif sendroma, distimiye veya major depresyona neden olabilir (140). Hafif ve orta dereceli depresyonlarda psikoterapi yeterli olabilir. Süreklilik ve devamlılık kazanan depresif hal, major depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk gibi mental rahatsızlıklara

sebebiyet verebilir. Bu mental bozukluklarda psikoterapinin yanısıra farmakoterapi ile tedavinin desteklenmesi gerekmektedir. İyileşme sağlandıktan sonra ise tamamlayıcı ve alternatif tedavilerle hastalık kontrol altında tutulmalıdır (141).

Depresyon, toplumda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Dünya Sağlık Örgütü, toplumda kaygı, stres ve depresyonun görülme insidansının artacağını belirtmiştir. 2020 yılında dünyada en büyük ikinci sağlık sorununun ise depresyon ve depresyonla ilgili hastalıklar olacağını öngörmüştür (142). Depresyon artık bireysel bir problemden daha çok toplumsal bir problem haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde depresyon prevalansı, hayat beklentisi ve şehirleşmeyle birlikte %18 düzeyinde ve gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek bulunmuştur (143). Ülkemizde depresyonun toplumda görülme sıklığı ile ilgili yapılan bir çalışmada, genel popülasyonda %4, 65 yaş üstü popülasyonda %6, huzur evinde yaşayan bireylerde ise %11 olarak bulunmuştur (144). Bir diğer çalışmada, kadınların erkeklere göre depresyonla karşılaşma ihtimalinin arttığı gözlemlenmiştir (141).

Günümüz dünyasında depresyon artık bireyselden daha çok toplumsal sorunlara neden olmaktadır. Depresyonla beraber, kişide daha önceden severek yaptığı işlere karşı verimsizlik, isteksizlik, konsantrasyon eksikliği, nitelikte azalma olur. Depresyonun daha sık görüldüğü toplumlarda, iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma, depresyonun getirdiği ilave ilaç maliyetleri gibi birçok problemle karşılaşılır (144). Tüm bu durumlar devletleri depresyon ve depresyonun eşlik ettiği hastalıklara karşı toplumsal çözümler bulmaya yönlendirmelidir. ABD’ de iş gücünü azaltan hastalıklar arasında depresyon ikinci sırada bulunmuştur (145).

2.5.4.1. Depresyon Etyolojisi

Depresyonun etyolojisi üzerine birçok çalışma yapılmasına rağmen, henüz bu konu tam olarak aydınlatılamamıştır. Depresyon ortaya çıkmasında tek bir etken yeterli değildir. Genetik yapıdan kişilik özelliklerine, geçirilen tıbbi hastalıklarda psikolojik travmalara kadar birçok faktör direk veya dolaylı olarak depresyonun oluşmasında etkilidir. Olumsuz hatıralar, bedensel hastalık, genç erişkin olmak, evli olmamak, göç gibi birçok faktör depresyon için risk taşımaktadır (146).

2.5.4.1.1. Genetik

Depresif belirtilerin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Yapılan son çalışmalarda genetik faktörlerin depresyona neden olabileceğini ve depresyonun birçok kromozomal bölgeyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bipolar bozukluk, major depresyon ve şizofreni gibi depresyonun tetiklediği bazı psikiyatrik rahatsızlıklarda genetik faktörlerin etkili olduğu yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (147). Genetik faktörlerin depresyonun oluşmasında kadınlarda erkeklere nazaran daha etkili olduğu bildirilmiştir. Aile hikayesinde depresyon öyküsü olması depresyon gelişme riskini arttırmaktadır. Yakın akrabalarda depresif belirtiler gösteren bireylerin olması, depresyon gelişime olasılığını 2-3 kat arttırdığı bildirilmiştir (148).

2.5.4.1.2. Psikososyal Faktörler

Freud' un psikoanalitik kuramına göre depresyon, bir sevgi nesnesinin kaybıyla tetiklenmektedir. Söz konusu kayıp nesne, yalnızca sevilen bir kişi değil, değer verilen herhangi bir canlı veya cansız bir nesne olabilir (148).

Beck' in Bilişsel Kuramı' na göre depresyonda temel patoloji bilişsel üçlüdür. Bu üçlünün ilk parçası hastanın kendisi hakkında olumsuz düşüncesidir. Bu olumsuz düşünce yaşamakta olan deneyimleri olumsuz bir şekilde yorumlanmasıyla devam eder ve gelecekle ilgili olumsuz bakış açısına dönüşür. Gelecek hakkındaki olumsuz bakış açısı “psikomotor inhibisyona” neden olur (149).

Kadınlarda hayat boyu depresyon görülme insidansı erkeklerden daha fazladır. Ayrıca şiddetli depresif bozukluklar ve depresyonda kronikleşme kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinde özgürlüğün kısıtlanması, beklenti, kadının toplumdaki rolü gibi çevresel faktörlerin yanı sıra gebelik, doğum, emzirme, menstrüel siklus, menapoz gibi fizyolojik etkenler de vardır (150).

Çocukluk travmaları bireyin yaşamında hayat boyu iz bırakır. Erken dönemde yaşanan travmalar depresyon açısından predispozan faktör olarak kabul edilir.

Yetersiz sosyal destek, aile içinde geçimsizlik, anne-baba ayrılması, yaşımdan önce ebeveyn kaybı, depresif arkadaş, istismar gibi sosyal faktörler depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu durumlar bireyin psikolojik ve bedensel gelişiminde, davranışların ve kişiliğin şekillenmesinde önemli rol oynar (148,149).

Ekonomik kriz, göç, savaş, stresli iş ortamı, gürültülü veya karanlık ortama uzun süre maruz kalma, işsizlik, ağır iş yükü, madde bağımlılığı gibi durumlara maruz kalan bireylerde depresyon gelişimi daha kolay olur (151,152).

2.5.4.1.3. Biyolojik Faktörler

Depresyon gelişiminde birçok nörobiyolojik değişiklik etkilidir. Bunlar arasında hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen, nöral ağ değişiklikleri, biyojenik aminler (norepinefrin ve serotonin, dopamin, asetilkolin gibi nörokimyasal etkenler), frontal korteks ve subkortikal yapılardaki anatomik değişiklikler, büyüme hormonu, immün sistemin baskılanması, biyoritim, nöronların sayı ve dansite değişiklikleri, beyin aktivite değişiklikleri, uyku ve sirkadian ritim değişiklikleri sayılabilir (153).

Pankreas, meme, rahim, beyin ve paraneoplastik sendrom gibi kanser türleri, epilepsi, parkinson, alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklar, kalp yetmezliği, kardiyomyopati gibi kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, crohn gibi immün yetmezlik hastalıkları diyabet, migren, felç ve nörosfiliz gibi hastalıklar depresyon için risk faktörü içerir. Bunun yanında glukokortikoid ve interferon içeren bazı ilaçlarla kemoterapi ilaçlarındaki bazı maddeler depresyonla ilişkili bulunmuştur. Toplumda artık daha sık karşılaşılan obezite ve obeziteye bağlı hastalıklar da depresyona neden olmaktadır (148,153).

Kronik ve tekrarlayan depresyon, yaşlılarda mortalite oranını yükseltmektedir. Mevcut hastalığa depresyonun eşlik ettiği durumlarda depresyonun iyileşme süreci olumsuz yönde etkilenmekte, tedavi başarı şansını düşürmektedir (145).

2.5.4.1.4. Kişilik Özellikleri ve Mizaç

Kendine güvenmeyen, doyumunu yüksek ve sosyal ilişkilerinde bağımlı olan bireyler, ruhsal çöküntü yaşamaya daha yatkındırlar. Kişilik bozukluğu olan bireyler, olumsuz bir olayda daha çabuk baskılanır (148).

Psikolojide bozuk ve olumsuz kişilik yapısındaki bireylerin depresyon açısından elverişli olduğu bilinmektedir. Nevrotik kişilik özelliği gösteren bireyler majör depresyon için doğal bir adaydır (154). Kişilik psikolojisi açısından bakıldığında kişisel deneyimlerin depresif ruh hali ve davranışlarda etkili olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalar depresyon için predispozisyon oluşturan bir kişilik tipi olmadığını söylese de obsesif, histirik ve bağımlı kişilerde depresyona yatkınlık bilinmektedir (155).

Mizacın genetik materyalle ebeveynden bebeğe geçtiği bilindik bir gerçektir. Ebeveynde mizaç bozukluğu olan bireylerin, öz çocuklarında depresyon gelişme ihtimalinin evlatlık alınan çocuklara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca tek yumurta ikizlerinin de major depresyon ve mizaç bozukluğu riski yaklaşık %50 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %15-25 civarındadır (149).

2.5.4.2. Depresyonun Klinik Belirti ve Bulguları

Depresyonun başlıca belirtileri: isteksizlik, ruhsal ve bedensel aktivitelerde yavaşlama, kaçınma ve nörokognitif disfonksiyon olarak özetlenebilir. Depresyon etkeni ve şiddetine göre farklı klinik belirtiler gösterebilir:

- **Doyumsuzluk, İlgisizlik ve İsteksizlik:** Birey benliğindeki baskılamadan ötürü hem kendisinden hem de çevresine karşı hoşnut olamama halindedir. Bu durum bireyde yeteneksizlik, beceriksizlik, kayıtsızlık ve değersizlik yakınmaları ortaya çıkarır. Kendi kararına güvensizlik duyan birey, depresif duygu durumunda aileye daha çok bağımlı hale gelir, onlar olmadan bir karar vermek istemez. Daha önceden kolaylıkla yaptığı eylemlere karşı ilgisizlik meydana gelir. Bu durum bireyi toplumdan yavaş yavaş soyutlar (156).

- Depresif Duygulanım: Depresyonun tetiklediği hastalıklarda disfori temel semptomdur. Depresif duygu durumu, kendini, umutsuz, cesaretsiz, ağlamaklı, tedirgin, üzgün, hayal kırıklığına uğramış olarak gösterebilir (140,143).
- Kararsızlık ve Kuşku: Alışlagelmiş günlük aktivitelerin yapılması bile depresyonlu hastalarda zorlaşır. Depresif ruh halinin şiddetine göre birey karar alırken uzun uzadıya düşünür veya karar vermek dahi istemeyebilir. Bu durumda birey aile ve çevreden daha çok onay bekler, bağımlılık ortaya çıkar (155,156).
- İlüzyon ve Halüsinasyonlar: İnsan beyni nesnel ortamı öznel psikolojik durumuna göre algılar. Depresif bireyler kişi, olay, yaşadıklarını farklı veya hatalı olarak algılayabilir. Gürültü ve ani seslerden daha kolay etkilenir ve kaçınmak isterler. İkili insan ilişkilerindeki konuşma ve davranışları farklı yorumlayabilir (156).
- Uyku Bozuklukları: Psikiyatrik hastalıklarda uykusuzluk, aşırı uyuma, uykuya dalamama, irkilerek uyanma, planlanandan erken uyanma, gece uyuyamama, uyku saatlerinde düzensizlik gibi problemler olabilir (143).
- Yeme Bozuklukları: Depresyona giren bireylerde uzun süreli devam eden iştah azalması veya artması veya önemli derecede kilo alımı veya kaybı meydana gelebilir. Bu bireylerdeki yeme bozukları nedeniyle bireyin ağırlığı bir ayda %5 artar veya azalabilir (143).
- Psikomotor Fonksiyonlar: Daha önceleri kolaylıkla yapılabilen eylemleri yaparken güçlük çekebilirler. Konuşmada azalma, motor fonksiyonlarda yetersizlik gözlemlenebilir. Oturur pozisyonda el ovuşturma, göz kırpması, giysiyi çekiştirme, tırnak yeme gibi davranışları yapabilirler (143,157).
- Ölüm ve İntihar Düşüncesi: Hastalar intihar telkin eden halüsinasyonlar duyabilir. Depresif bireyler tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri taşıyabilirler. Hayat yaşamaya değmez gibi düşünceleri vardır (157).

2.6. Anketler

Veri toplama yöntemi olarak kullanılan anketlerin içeriğinde sorular açık veya kapalı uçlu olabilir. Açık uçlu sorular sınıflandırmaya imkan vermemesine rağmen, daha fazla veri sağlar. Kapalı uçlu sorular hazırlanırken doğruluğuna ve anlaşılabilirliğine dikkat edilmeli ve olası cevapların hepsi cevap formunda bulunmalıdır. Analizlerin daha sağlıklı yapılabilmesi için kapalı uçlu sorular tercih edilmeli, olabildiğince açık uçlu sorulardan kaçınılmalıdır (35).

Kapalı uçlu sorularda cevap formları; iki seçenekli, çoktan seçmeli, sıralama tipi, Thurstone tipi veya Likert tipi olmak üzere farklı şekillerde hazırlanabilir. Olası cevapları önceden hazırlanmış ve kapalı uçlu sorulardan oluşan anketler, geniş katılımlı örneklemeleri değerlendirmede nesnellik açısından daha elverişlidir.

Anket; deneklerden çeşitli konularda, planlı ve standardize edilmiş biçimde bilgi almak için geliştirilmiş olan bir veri toplama yöntemidir (158). Anket uygulanan örneklemin genişliği, katılımcılara farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerde benzer sonuçlar verebilecek genişlikte ve güvenilirlikte olmalıdır. Yapılan çalışmanın literatüre sağladığı katkı, objektiflik ve karşılaştırma imkanının sağlanabilmesi ile ilişkilidir. Bundan ötürü araştırmalarda kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği tüm çalışmada ön planda tutulmalıdır. Geçerlilik; bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru olarak ölçebilme derecesidir. Güvenirlik; bir ölçme aracı, aynı özellikle ilgili olarak arka arkaya yapılan ölçmelerde yaklaşık olarak aynı sayısal sonucu vermesidir. Araştırmacıların, kendi ölçümlerini oluşturmak yerine uluslararası geçerlilik ve güvenilirliği ispatlanmış ölçekler kullanması çalışmanın nesnelliğine ve etki gücüne katkı sunacaktır (159).

2.6.1. Ortodontik Hasta Kooperasyonunu Ölçmek İçin Kullanılan Anketler

Albino ve ark., 1981 yılında maloklüzyonla ilişkili psikososyal faktörleri incelemek amacıyla Ortodontik Davranış İncelemesi (Orthodontic Attitude Survey) geliştirmişlerdir. Ölçekte ortodontik tedaviye yönelik tutum ve davranışları irdeleyen

26 adet soru bulunmaktadır. Ortodontik Davranış İncelemesi Ölçeği özellikle tedavi isteği ve oklüzyonla ilgili farkındalığın tedavi kooperasyonunu yansıtıldığı bildirilmiştir. Ölçekte yer alan sorular genel olarak braketlere karşı tutumu, oklüzyon ile ilgili endişe ve önemi, tedavi isteğini ve beklentisini irdelemektedir (56).

Ortodontik Kontrol Odağı Ölçeği (Orthodontic Locus of Control Scale), ortodonti hastalarının ve ebeveynlerinin tedavi ile ilgili sorumluluklarını incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Ortodontik Kontrol Odağı Ölçeği, bireylerin psikososyal durumlarını içsel, dışsal, aile bağımlı dışsal ve profesyonel bağımlı dışsal olmak üzere dört kontrol odağı açısından incelemek kaydıyla 34 maddeden oluşan anket formundan oluşmaktadır (30). İçsel kontrol odağına sahip bireyler, çevreleriyle daha uyumlu ve kontrollü, davranışlar ve oluşan sonuçlar arasındaki ilişkiyi daha iyi öngörebilen, tedaviye uyumları dışsal kontrol odağına sahip bireylere göre daha yüksek olan bireyler olarak tanımlanmışlardır (28,35).

Hasta kooperasyonunun ölçülmesinde daha objektif parametrelerle değerlendirme ihtiyacı Klinik Kooperasyon İncelemesi formunun geliştirilmesine neden olmuştur. Klinik Kooperasyon İncelemesi; klinik gözleme dayanan randevu takibi, ağız hijyeni, aparey bakımı ve kullanımını inceleyen dört ana başlık altında kooperasyonu nicel olarak değerlendirmektedir (5,51).

Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği (Orthodontic Patient Cooperation Scale OPCS), randevu takibi, aile iletişimi ve tutumu, apareylerin kullanımı ve devamlılığı, ağız hijyeninin sağlanması, hastanın tedavi ile ilgili tutum ve davranışları gibi konuları irdeleyen 10 adet soru ve beşli Likert tipi cevaptan oluşan kooperasyon formudur. Slakter ve ark., 45 genç erişkin ortodonti hastasına, tedavinin ikinci ve altıncı aylarında Ortodontik Hasta Kooperasyonu Ölçeği' ni uygulamış ve yeterli tutarlılığa sahip olduğunu bulmuştur (27). Slakter, bunun üzerine OPCS' yi kooperasyonu öngörmede kullanılacak bir parametre olarak önermiş ve daha sonraları birçok araştırmacı bu ölçek formunu kullanmıştır (5,29,30,32,35,51). OPCS' nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Albino, Nanda ve Tezbaşaran tarafından yapılmıştır (5,30,47).

2.6.2. Hasta- Hekim İlişkisi Anketi

Özellikle sosyal bilimler ve endüstriyel alanlarda memnuniyet ilişkisi sorgulayan birçok çalışma mevcut olduğu gibi diş hekimliğinde de hasta- hekim ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (35,58). Nanda ve ark. 1992 yılında yayınladıkları bir çalışmada, ortodonti hastasına ortodontistiyle ilgili bazı sorular sorarak tedavi kooperasyonu ile ilişkisini incelemiştir (5).

Hasta- hekim ilişkisini konu alan anketler tedaviye olan yaklaşımı, hekimin tavır ve davranışlarını, klinik işleyişi, klinik temizliğini ve hasta ile hekim arasındaki iletişimi esas almaktadır. Ayrıca hasta- hekim ilişkisini sorgulayan anketlerde hastaya bu verilerin saklı kalacağı, kimseyle paylaşılmayacağı teminatı verilmeli, objektif bir şekilde formu doldurması gerektiği söylenmelidir (13).

2.6.3. Bireylerin Psikososyal Durumunu İnceleyen Anketler

Çalışmaya katılan bireylere, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri, TEMPS-A Mizaç Ölçeği ve Beck-D Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

2.6.3.1. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri

Cattell ve Scheier' in faktör analizi çalışmalarıyla kaygının farklı türleri olabileceği düşünülmüştür (100). Spielberger ve ark., bu çalışmaların üzerine süreklilik ve durumluk olmak üzere iki farklı kaygı türünün olduğu çıkarımına varmışlardır. Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilen Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State- Trait Anxiety Inventory (STAI) ile normal olan ve normal olmayan bireylerdeki kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır (104).

Türkçe' ye çevirilen Öner ve Le Compte değişen zaman süreleri ve değişen koşullarda yaptıkları test-tekrar-test güvenilirlik çalışması ve Kuder-Ricardson güvenilirlik çalışması sonuçlarında ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlandığı ortaya konulmuştur (101).

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, bireyin kendini kısa ifadelerden oluşan sorularla değerlendirmesine dayalı bir ölçektir. Ölçek bireysel olarak uygulanabildiği

gibi gruplar halinde de uygulanabilir. Başlangıçta yetişkinlere uygulanan bu ölçek, daha sonra lise öğrencilerinden ileri yaş bireylere kadar geniş bir uygulama alanına sahip olmuştur. Ölçeğin, fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere uygulanmasında herhangi bir engel yoktur. Ölçek, kısa ve öz sorulardan oluştuğundan ötürü, yaklaşık 20 dakikada cevaplandırılmakta ve herhangi bir süre kısıtlaması bulunmamaktadır.

Durumluk- Süreklilik Kaygı Envanteri, toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği (STAI-1 ve STAI-2) içermektedir. Herbir ölçekte 20 adet soru bulunmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, sadece o anda hissedilenlerle ilgili bilgi verirken, süreklilik kaygı ölçeği ise bireyin genel olarak kendini nasıl hissettiğini değerlendirmektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeği' nin cevaplandırılmasında soruların ifade ettiği duyuş ya da düşüncelerin derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamiyle” cevaplarından birinin seçilmesi istenmiştir. Sürekli Kaygı Ölçeği' nin cevaplanmasında ise “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman” ve “hemen her zaman” seçeneklerinden birinin yanıtlanması istenmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği' nde 10 adet (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. sorular), Sürekli Kaygı Ölçeği' nde ise 7 adet (21,26,27,30,33,36 ve 39. sorular) ters cevap vardır. Ölçeğin puanlaması bu durum dikkate alınarak yapılmıştır (101,104).

Durumluk ve süreklilik ölçeğinde birey en az 20 en fazla 80 puan alabilir. Anket sonucu 26 ile 42 arası alınan puan ortalama puanı ifade eder. Puan seviyesi arttıkça bireydeki kaygı düzeyi de artmaktadır (101).

2.6.3.2. Temps-A Mizaç Envanteri

Temps-A Mizaç Envanteri, Hagop S. Akiskal tarafından 1997 yılında, baskın duygulanım mizacı ve mizaç alt tiplerini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir (126). TEMPS-A mizaç envanteri, psikiyatride duygudurum bozuklarının teşhisinde ve toplum sağlığının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Hazırlanan ilk ölçek, erkekler için 109, kadınlar için ise 110 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 100 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin doldurulması için 25-45 dakika yeterlidir. Ölçeğin Türkçe yeterlilik ve güvenilirlik testi 2005 yılında Vahip ve ark.

tarafından yapılmıştır (124). Ölçek doldurulurken kişinin, tüm yaşamını göz önünde bulundurarak 'evet' veya 'hayır' şeklinde cevaplandırması istenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde evet yanıtları 1 puan, hayır yanıtları 0 puan olarak skorlandırılır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda bireyin mizacı; depresif, hipertimik, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaç olarak belirlenir.

Ölçeğin 1. ile 18. maddeler arasındaki soruları depresif mizaç tanımlamaktadır. İlk 18 madde: içe dönüklük, pesimistik kognisyon, kırılabilirlik, düşük özgüven ve özgecilik şeklinde 5 faktörden oluşur. Siklotimik mizaç 20. ile 38. maddeler arasındaki sorular tanımlamaktadır. Ondokuz soruluk bu kısım, psikomotor aktivitedeki değişikliği, kendi algısını bir noktaya odaklanma problemini ve duygudurum değişikliğini içeren 4 faktörden oluşmaktadır. Hipertimik mizaç 39. ile 58. maddeler arasındaki sorular tanımlamaktadır. Bu sorular: dışa dönüklük, yüksek özgüven, narsistik özellikler, yenilik arayışı ve risk alma şeklinde 5 faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin 59. ile 76. maddeler arasındaki soruları irritable mizaç (sinirli) tanımlamaktadır. Onsekiz soruluk bu kısımda agresyon-hostalite, alaycılık, impulsivite, eleştirel kognisyon, gerginlik-huzursuzluk olarak 5 faktör vardır. Anksiyöz (endişeli) mizaç 77. ile 100. maddeler arasındaki sorularla belirlenebilmektedir. Yirmidört sorudan oluşan bu kısımda gevşeyememe, anksiyete, korku, pesimistik kognisyon ve ruminasyon ile heyecanlandığında somatik yanıtlar olmak üzere 5 faktör vardır. Mizaç alt tipleri değerlendirilirken depresif mizaç ilgilendiren 18 sorudan 13 veya daha fazla maddenin doğru olarak cevaplanması depresif mizaca karşılık gelmektedir. Siklotimik mizaç için 18 ve daha fazla maddenin işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Bireyin baskın mizacının hipertimik olarak adlandırılması için 20 maddenin doğru olarak işaretlenmesi gerekmektedir. İritable mizaç, 13 ve daha fazla maddenin doğru olarak işaretlenmesine karşılık gelmektedir. Anksiyöz mizaç için anksiyete ile ilgili 18 veya daha fazla maddenin doğru olarak işaretlenmesi gerekmektedir. Bireyde bir veya birden fazla sayıda baskın mizaç olabileceği gibi herhangi bir baskın mizaç saptanmayabilir (122).

2.6.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği 1961 yılında, Dr. Aaron T. Beck tarafından düzenlenmiş, çoktan seçmeli 21 soruluk depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan bir araçtır. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi sonrasında değişimlerini izleyebilmek, depresyon tanısı koyabilmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. tarafından, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır (146). Yirmibir maddeden oluşan ölçek; depresyonun duygusal, bilişsel, davranışsal, motivasyonel ve bedensel semptomlarını ölçer. Ölçeğin kolayca doldurulabilmesi, kolay anlaşılır ve pratiğinin olması, puanlamasının kolay yapılması oldukça sık kullanılmasını sağlamıştır.

Hastalardan anket formundaki tüm seçenekleri okuması ve son iki haftadaki duygu durumuna göre kendine en yakın bulduğu seçeneği işaretlemesi istenir. Yirmibir sorudan oluşan ölçek azdan çoğa doğru giden dört derecede bireyin kendini değerlendirmesiyle puanlanır. Sıfırdan üçe kadar depresyon belirtisinin ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler depresyonun nedenlerine değil, görünümüne ilişkindir. Bu belirtiler: depresif duygu durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır. Beck Depresyon ölçeğinin değerlendirilmesinde tüm skorlar toplanır ve depresyon skoru elde edilir. Ölçek puanlaması 0 ile 63 arasında olur. Toplam puan arttıkça depresif belirtiler de artmaktadır. Bu puan 0-9 arasında ise “depresyon yok”, 10-16 arasında ise “hafif düzeyde depresyon”, 17-29 arasında ise “orta düzeyde depresyon”, 30-63 arasında ise “şiddetli depresyon” anlamına gelmektedir.

3. BİREYLER ve YÖNTEM

Çalışmamız Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenip, 16.01.2019 tarihli 21 sayılı yazı ile onaylanmıştır. Çalışmaya katılan tüm birey, ebeveyn ve doktorlara araştırma öncesinde araştırmanın amacı ve yöntemine ilişkin ayrıntılı bilgi verildikten sonra katılımları için anketleri cevaplandırmaları istenmiştir. (Ek 1,2,3)

3.1. Bireyler

Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda tedavi görmekte olan 8 ile 18 yaşları arasındaki ortodonti hastaları ve bu hastaların ebeveynleri ile ortodonti hastalarını tedavi eden hekimler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmamızda kriterlerimize uygun bireyler, gönüllü olarak yer almıştır.

3.1.1. Bireylerin Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışma grubuna dâhil edilen bireylerin seçiminde şu kriterler esas alınmıştır:

- Hastanın ortodontik tedavisinin en az 2 aydır aktif olarak devam ediyor olması,
- Refakatçinin hastanın öz anne veya babasının olması,
- Hastanın randevusuna ebeveyn gözetiminde gelmiş olması,
- Zihinsel ve davranışsal bozuklukların olmaması,
- Ebeveynin anket formlarını gönüllü olarak doldurması.

3.1.2. Bireylerin Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Psikiyatrik tedavi görmüş veya görmekte olan bireyler,
- Genel sağlık problemleri olan bireyler,
- Okur-yazar olmayan bireyler,
- Anket formlarını eksik dolduran bireyler.

3.2. Çalışma Tasarımı

Çalışmamız, Şubat- Haziran 2019 tarihleri arasında kesitsel (cross-sectional) incelemelerin yapıldığı prospektif bir çalışmadır. Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Kliniği' nde, sabit veya hareketli ortodontik tedavisi devam eden bireylerle araştırmanın örneklemini oluşturulmuştur ve bu bireylere ortodontik hasta kooperasyon ölçeği uygulanarak klinik kooperasyonları incelenmiştir.

Çalışmamıza 164' ü kadın ve 173' ü erkek olmak üzere toplam 337 ebeveyn gönüllülük esasına göre dâhil edilmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1. Çalışmaya dâhil edilen bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	n	Ort±SS (yıl)	Min	Maks
Kadın	164	41.01	31	58
Erkek	173	44.18	32	63
Toplam	337	42.64	31	63

n, birey sayısı; ort, ortalama değer; SS, standart sapma;

Bu kesitsel (cross-sectional) çalışmanın tedavi kooperasyonu ölçülen bireyleri, Şubat- Haziran 2019 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Kliniği' ne ebeveynleri ile birlikte gelen hastalar arasından 390 hasta olacak şekilde randomize olarak seçilmiştir. Ortodontistin psikolojik durumunun hasta uyumuna etkisini incelemek adına Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı'nda uzmanlık veya doktora eğitimini sürdüren farklı sosyodemografik ve klinik tecrübeye sahip 15 hekimin psikolojik durumları çeşitli psikiyatrik testlerle ölçülmüştür. Hasta kooperasyonu ile ortodontistin psikolojik durumu arasındaki ilişkinin doğru tespiti için her bir ortodontisten en az 20 hastasının tedavi kooperasyonunu değerlendirmesi istenmiştir. Ebeveynin kişilik özellikleri ve psikolojik durumlarını incelemek adına da, rutin ortodonti kontrolüne gelen ortodonti hastalarına refakat eden anne veya babalarından anket için istekli olanına, öncelikle kişilik ve mizaç ölçekleri hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Onay alındıktan sonra

çalışmaya katılan ebeveyne anketler uygulanmıştır. Toplamda 390 anket formu toplanmış ancak içlerinden dökümantasyon eksikliği olan 53 form çalışmadan çıkarılmıştır. Yaşları 31 ile 63 arasında değişen ebeveynlerin 164' ü (% 48,7) anne ve 173' ü baba (%51,3) olmak üzere toplamda 337 ebeveyn çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen bireyler, ortodontik tedavi randevusuna, bu çalışmaya dâhil edileceklerinden habersiz olarak gelmişlerdir. Ebeveynlerden anket formlarını sessiz, sakin, aydınlık bir ortamda anlık doldurmaları istenmiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin ve ortodontistlerin psikolojik durumları anlık olarak değerlendirilmiş ve yine ortodontistlerden hastalarının kooperasyonunu da anlık olarak değerlendirmesi istenmiştir.

3.3. Yöntem

Bu çalışmada, “TEMPS-A Mizaç Ölçeği” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” ölçekleriyle hasta ebeveyninin psikolojik durumu ve “TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ve BECK-D Depresyon Ölçeği” ile ortodontistin psikolojik durumunun hasta kooperasyonu ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmamız ortodontistin ve ebeveynin anketler aracılığıyla sosyodemografik ve psikolojik verilerinin toplanması ve ortodontistin hastalarının tedavi kooperasyonunu değerlendirmesi süreçlerinden oluşmaktadır. Klinik sürecin yürütülmesi sırasında bireylere uygulanacak işlemlerin sırası ve çalışma basamakları belirlenmiştir.

Çalışma basamakları:

1. Basamak: Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda çalışan, farklı sosyodemografik ve klinik tecrübeye sahip 7'si doktora, 8'i uzmanlık öğrencisi olmak üzere toplamda 15 hekim belirlenmiştir. Hekimlerin ve ebeveynlerin anket formlarını cevaplandırırken herhangi bir etkiye maruz kalmamaları için her bir ortodontist 1' den 15' e kadar rastgele numaralandırılmıştır. Hekimlerin sosyodemografik özelliklerini tanımlamak için sosyodemografik anket formu, kişilik ve psikolojik yapısını incelemek amacıyla Türkçe yeterlilik ve güvenilirliğe sahip olan “TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Durumluk-

Sürekli Kaygı Envanteri ve BECK-D Depresyon Ölçeği” hekimlere uygulanmıştır (Ek 1).

2. Basamak: Çalışmanın bu basamağına, çalışmaya dahil olan hekimlerin tedavisini yürüttüğü, ortodonti hastasının rutin tedavi kontrolüne refaket eden 164’ü anne, 173’ü baba olmak üzere toplamda 337 ebeveyn gönüllülük esasına göre katılmıştır. Bu bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla sosyodemografik anket formu, psikolojik durumlarının tespiti için “TEMPS-A Mizaç Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” uygulanmıştır (Ek 2).

3. Basamak: Ortodontistin ve ebeveynin sosyodemografik ve psikolojik durumunun hastanın klinik kooperasyonuna etkisini inceleme amacıyla herbir ortodontistin, rutin klinik randevusuna ebeveyni refaketiyle gelen ortodonti hastalarına, Türkçe yeterlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış “Ortodontik Hasta Kooperasyonu Ölçeği” ile tedavi kooperasyonunu değerlendirmesi istenmiştir. Çalışmamızda Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi’nde ortodontik tedavi gören 337 hastanın tedavi kooperasyonu değerlendirilmiştir (Ek 3).

3.3.1. Çalışmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

Sosyodemografik özelliklerin tespiti için sosyodemografik anket formları, ortodontistler ve ebeveynler için 2 ayrı form olarak hazırlanmıştır. Cinsiyet, yaş, ekonomik seviye, medeni hal gibi sosyodemografik özelliklerin tespiti için hazırlanan anket formları, çalışmamıza katılan 15 ortodontist ve 337 ebeveyn gönüllülük esasına göre uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılan ortodontist ve ebeveynlerin duygudurumu ve belli psikolojik parametrelerin tespiti için bazı ölçekler katılımcılara uygulanmıştır. Ortodontistlerin kaygı düzeyinin tespiti için “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri”, mizaç ve karakter alt tipinin belirlenmesi için “TEMPS-A Mizaç Ölçeği” ve depresyon seviyesini ölçmek için “BECK Depresyon Anketi”, katılımcılara uygulanmıştır. Ebeveynin psikiyatrik durumu tespiti için ise “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” ve “TEMPS-A Mizaç Ölçeği” gönüllülere uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil olan her bir hekimden, anketler ile ebeveynlerinden birinin psikolojik durumu belirlenmiş ortodonti hastalarına, tedaviye olan işbirliği derecesinin tespit edilmesi amacıyla “Ortodontik Hasta Kooperasyonu Ölçeği” ile değerlendirmesi istenmiştir. Kooperasyon ölçeği, araştırmacı tarafından, hasta ve hekime özel olarak düzenlenmiştir. Anket formları doldurulmadan önce, araştırmacı tarafından, tüm hekimlere ayrı ayrı tüm soruları dikkatle okuyup, nesnel olarak cevaplamaları, kimseden yardım almamaları, soruları cevaplarken hastanın genel tedavi sürecini değerlendirmeleri gerektiği konusunda, sözlü olarak bilgi verilmiştir. Ölçeklerin cevaplanması esnasında hekimler araştırmacı gözetiminde, sakin bir ortama alınarak, soruların okunup anlaşılması sırasında konsantrasyonlarının bozulmaması sağlanmıştır.

3.3.1.1. Sosyodemografik Anket Formu

Çalışmamıza katılan ortodontist ve ebeveynlerin sosyodemografik verilerinin tespiti amacıyla iki ayrı anket formu düzenlenmiştir. Ebeveyn için düzenlenen anket formu, ad, soyad, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, aylık gelir miktarı, meslek, yaşanılan yer ile beraber kooperasyonda etkili olabilecek hanedeki çocuk sayısı ve hastanın ailesiyle beraber yaşayıp yaşamadığına dair sorular içermektedir. Ayrıca bu formda hastayı tedaviye yönlendiren etkeni öğrenmeye yönelik bir soru daha vardır.

Ortodontist için hazırlanan sosyodemografik anket formunda ad, soyad, cinsiyet, aylık gelir miktarı ve medeni durumu öğrenmeye yönelik sorular vardır. Kliniğimizde ortodonti eğitimi, uzmanlık ve doktora olmak üzere iki farklı eğitim programı uygulanmakta olduğu için bir soru eğitim programının tespiti ile ilgilidir. Fakültemizde farklı ülke vatandaşı hekimler ortodonti eğitimini aldığı için bir adet uyruk sorusu da sosyodemografik anket formuna eklenmiştir.

3.3.1.2. Ebeveyn Tedavi Mennuniyeti Anketi

Çalışmamızda ortodontik tedavinin bir parçası olan anne- babaya, tedavi sürecinde, hekimleri ve çocuklarının tedavi gidişatı hakkındaki düşüncelerini öğrenmek amacıyla anket yapılmıştır. Katılımcılara bu verilerin saklı kalacağı, herhangi bir şekilde paylaşılmayacağı teminatı verilmiştir. Bireylerin anketi objektif

bir şekilde doldurmaları için anket formlarına hekimlerin ismi yazılmamış, onun yerine formda hazırlanan kutucuklara hekimler numaralandırmak suretiyle anket formları tasnif edilmiştir. Anket, hekimin tedaviye olan yaklaşımı ve tedavinin gidişatını irdelleyen beş, ortodonti kliniğindeki hijyen ve genel klinik durumla ilgili iki, hasta alımı ile ilgili memnuniyeti sorgulayan bir soru olmak üzere toplam sekiz sorudan oluşmaktadır. Bireylerden anket formunu beşli Likert tipi skorlamaya uygun olarak, subjektif bir biçimde puanlandırmaları istenmiştir. Bu sorulardan toplam bir puan elde edilmeyip, bireylerden bir de tüm ortodontik tedavi sürecini bütünüyle değerlendirmesi istenmiştir. Bu sorudan 1 ile 10 puan arasında değişen, genel “Ebeveyn Tedavi Memnuniyeti Skoru” elde edilmiştir.

3.3.1.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin kendini (Self-Assesment) kısa ifadelerden oluşan sorularla değerlendirmesine dayalı bir ölçektir. Ölçek, durumluk kaygıyı ölçen 20 adet, sürekli kaygıyı ölçen 20 adet olmak üzere toplam 40 adet sorudan oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, sadece o andaki duygudurumu ile ilgili bilgi verirken, sürekli kaygı ölçeği bireyin genel kaygı düzeyini hakkında bilgi verir.

Durumluk Kaygı Ölçeği’ nin cevaplandırılmasında soruların ifade ettiği duyuyu ya da düşüncelerin derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, ve “tamamiyle” cevaplarından birinin seçilmesi istenmiştir. Katılımcıların Sürekli Kaygı Ölçeği’ nde “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, ve “hemen her zaman” seçeneklerinden birinin yanıtlanması istenmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği’ nde 10 adet (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. sorular), Sürekli Kaygı Ölçeği’ nde ise 7 adet (21,26,27,30,33,36 ve 39. sorular) ters cevap vardır. Ölçeğin puanlaması bu durum dikkate alınarak yapılmıştır (117,120).

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde birey en az 20, en fazla 80 puan alabilir. Puan seviyesi arttıkça bireydeki kaygı düzeyi de artmaktadır.

3.3.1.4. TEMPS-A Mizaç Envanteri

Akiskal ve ark. tarafından hazırlanan “Temps-A Mizaç Envanteri” baskın afektif mizaçı değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek doldurulurken kişinin, tüm yaşamını göz önünde bulundurarak doğru veya yanlış şeklinde cevaplandırması istenmektedir. Bireyin kendini değerlendirmesini amaçlayan ölçek, toplam 100 sorudan ve “doğru-yanlış” cevaplarından oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında doğru yanıtları 1 puan, yanlış yanıtlar ise 0 puan olarak değerlendirilir.

Ölçek bireyin mizaç alt tipinin belirlenmesi amacıyla, depresif mizaç (18 madde), hipertimik mizaç (20 madde), siklotimik mizaç (19 madde), iritabl mizaç (18 madde) ve anksiyöz mizaç (24 madde) alt tiplerinden oluşur. Ölçeğin alt tiplerinin toplam puanı madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin alt boyutlarının kesme puanları depresif mizaç için 13, siklotimik mizaç için 18, hipertimik mizaç için 20, iritabl mizaç için 13 ve anksiyöz mizaç için 18 olarak belirlenmiştir. Bireyde bir veya birden fazla sayıda baskın mizaç olabileceği gibi herhangi bir baskın mizaç da saptanmayabilir (138).

3.3.1.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, yetişkinlerde depresyon riskinin ve belirtilerin şiddetini ölçmek üzere kullanılmaktadır. Anket, depresyonda görülen vejetatif, depresyonun duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, özdeğerlendirme türü ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir.

Klinik gözlemler 21 semptom altında birleştirilmiş ve her bir belirti 0 ve 3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir. Anketteki her bir madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört ayrı cümle ile dört derecede bireyi değerlendirmeyi içermektedir. Sıfırdan üçe kadar depresyon belirtisinin ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler depresyonun nedenlerine değil, görünümüne ilişkindir. En düşük puan 0, en yüksek puan 63’ tür. Puanın yüksekliği depresyon düzey ve şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puan arttıkça depresif belirtiler de artmaktadır.

3.3.1.6. Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği (Orthodontic Patient Cooperation Scale-OPCS)

Bu çalışmamızda kullandığımız “Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği”, randevu takibi, aile iletişimi ve tutumu, apareylerin kullanımı ve devamlılığı, ağız hijyeninin sağlanması, hastanın tedavi ile ilgili tutum ve davranışları gibi konuları irdeleyerek, bireyin kooperasyonunu değerlendirmektedir. Ölçek 10 adet soru ve beşli Likert tipi cevaptan oluşmaktadır. Ölçek sonucu değerlendirilirken, Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği’ nin olumsuz ifadeler içeren 2,4,6,8,10 nolu beş sorunun ters skorlanmasına dikkat edilmiştir. Bireyin 10 sorudan alacağı toplam puan 10 ile 50 puan arasında olacağından, çalışmamızda tüm bireylerden elde edilen skorlar Likert tipi yüzölçüm metrik sisteme göre uyarlanıp, karşılaştırma kolaylığı sağlanmıştır. Bu ölçekten elde edilen skora göre bireyin kooperasyonunun ne derecede olduğunu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda hasta kooperasyonunun maloklüzyon biçimine göre ilişkisini incelemek amacıyla anket formuna anomali tiplerini belirten “Angle Sınıf I, Angle Sınıf II/Div I, Angle Sınıf II/Div II, Angle Sınıf III, DDY ve Ortognatik Cerrahi” seçenekleri eklenmiş ve hekimden hastanın tedavi başlangıcındaki problemini işaretlemesi istenmiştir.

Ortodontik tedavi, farklı apareylerle tatbik edilen bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi sürecinde kullanılan apareyin cinsi, yapısı, tedavi yöntemine göre hasta kooperasyonunun farklılık göstermesi muhtemeldir. Çalışmamızda maloklüzyonun tedavi yöntemi için kullanılan tedavi mekaniğinin hasta uyumuna etkisini belirlemek amacıyla anket formuna facemask, chincap, headgear, SME, cross apareyi, aktivatör, sabit tedavi, RME gibi seçenekler eklenmiştir. Hekimlerden tedavi yöntemi doldurulurken öncelikle, maloklüzyonun çözümü esnasında kullanılan ilk aygıtı doldurmaları istenmiştir. Minivida, miniplak, ağız içi distalizasyon/mezializasyon yöntemleri için iskeletsel ankraj seçeneği eklenmiştir. Daha sonra elde edilen bu veriler hareketli apareyler ve sabit ortodontik ataçmanlar olmak üzere iki ayrı grup olarak sınıflandırılmıştır. Aktivatör, SME, chincap, headgear ve facemask hareketli aparey sınıflamasına dahil edilmiştir. RME, iskeletsel ankraj ve sabit ortodontik tedavi seçenekleri ise sabit ortodontik ataçmanlar sınıflamasına dahil edilmiştir.

Çalışmamızda tedavi kooperasyonu değerlendirilen ortodonti hastalarının, tedavilerinin en az ikinci ayında olmasına dikkat edilmiştir. Hekimlerden tedavi süresi sorusu için, sabit veya hareketli mekaniklerin ağız içine uygulandığı ilk tarihten anket formunun uygulandığı tarihe kadar “ay” olarak doldurmaları istenmiştir.

3.4. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Hastalar klinikte rutin ortodonti kontrolünderken, refakat eden ebeveynlerine daha önceden hazırlanmış anket formları verilmiştir (Ek 1,2). Doldurulan veri toplama formları tedaviyi takip eden doktora göre numaralandırılarak ebeveynlerin takip formuna iliştilirilmiş ve belli bir düzen içinde toplanmıştır. Hastaların kooperasyon tespiti için gün sonunda ortodontistin hastasının genel klinik kooperasyonu değerlendirmesi istenmiştir (Ek 3). Toplanan tüm veriler araştırmacı tarafından SPSS istatistik paket programına (SPSS Statistics 22.0, Chicago, ABD) girilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışma süresince yapılan ölçümler sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde macOS işletim sistemiyle çalışan SPSS istatistik paket programı (SPSS Statistics 22.0, Chicago, ABD) kullanılmıştır.

İstatistiksel analizler R Studio programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada yer alan ebeveynlere ilişkin sosyodemografik özellikler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak tablolarda sunulmuştur. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre yaşları arasındaki farklılık student t testi ile incelenmiştir. Ebeveyn ve doktorlara ilişkin bulguların kooperasyon üzerine etkileri çoklu doğrusal regresyon analizleri yardımıyla araştırılmıştır.

Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

4. BULGULAR

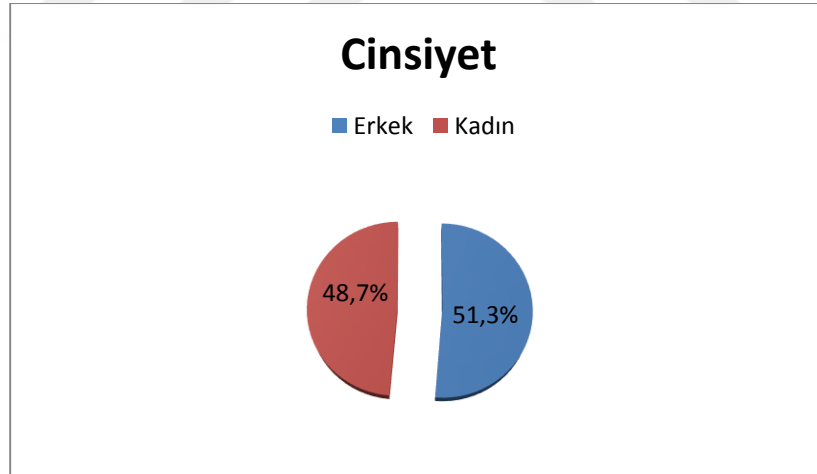
Ortodontik tedavi kooperasyonunu etkilediği düşünölen klinik ve psikolojik parametrelerin incelendiği çalışmamızda, yapılan istatistiki değerlendirmeler sonucu elde edilen bulgulara, dört ana başlık altında yer verilmiştir.

4.1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan 337 hastanın ebeveynlerinden %51,3' ü erkek, %48,7' si kadındır (Tablo 2) (Şekil 1).

Tablo 2. Ebeveynlerin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Erkek	173	51,3
Kadın	164	48,7
Toplam	337	100

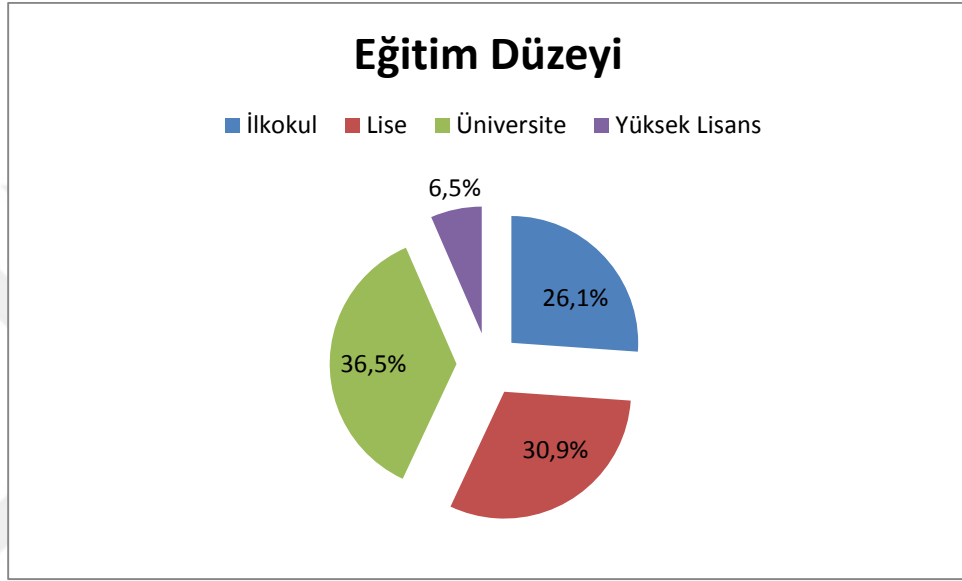


Şekil 1. Ankete Katılanların Cinsiyet Dağılımları

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde Şekil 2'de de görüldüğü gibi %26,1' i ilkokul, %30,9' u lise, %36,5' i üniversite ve %6,5' i yüksek lisans mezunudur (Tablo 3).

Tablo 3. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İlkokul	88	26,1
Lise	104	30,9
Üniversite	123	36,5
Yüksek Lisans	22	6,5
Toplam	337	100

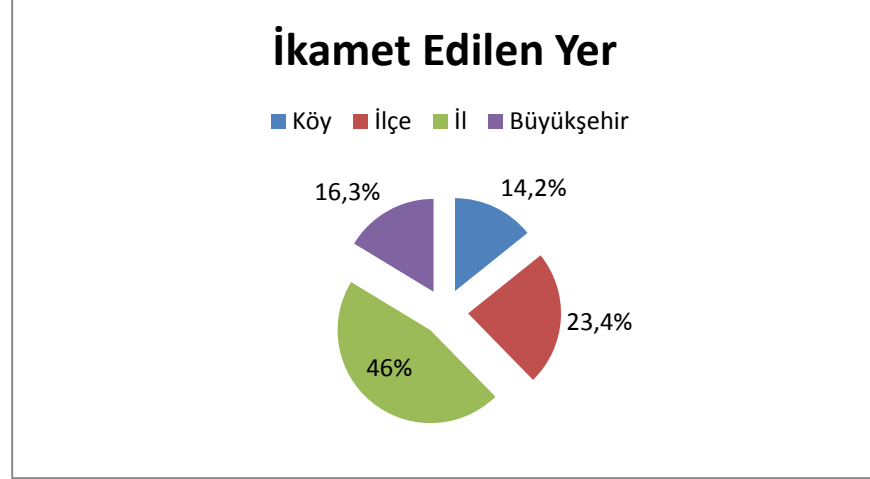


Şekil 2. Eğitim Düzeyi Dağılımları

Anket uygulanan beveynlerin %14,2' si köyde, %23,4' ü ilçede, %46' sı ilde ve %16,3' ü büyükşehirde ikamet etmektedir (Tablo 4). Çalışmaya katılan ebeveynlerin yarısından fazlası il merkezinde yaşamaktadır (Şekil 3).

Tablo 4. Ebeveynlerin Yaşadıkları Yerlerin Dağılımı

Yaşanılan Yer	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Köy	48	14,2
İlçe	79	23,4
İl	155	46
Büyükşehir	55	16,3
Toplam	337	100

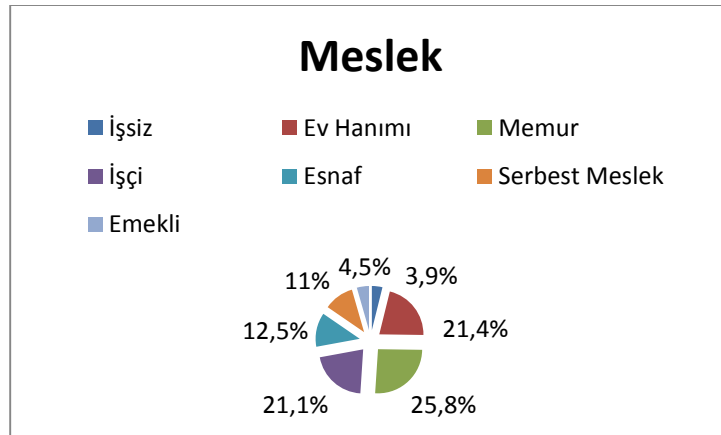


Şekil 3. İkamet Edilen Yer Dağılımları

Anket çalışmamıza katılan 337 ebeveynden %3,9' u işsiz, %21,4' ü ev hanımı, %25,8' i memur, %21,1' i işçi, %12,5' i esnaf, %11' i serbest meslek ve %4,5' i emeklidir (Tablo 5).

Tablo 5. Ebeveynlerin Meslek Dağılımı

Meslek	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İşsiz	13	3,9
Ev Hanımı	72	21,4
Memur	87	25,8
İşçi	71	21,1
Esnaf	42	12,5
Serbest Meslek	37	11
Emekli	15	4,5
Toplam	337	100

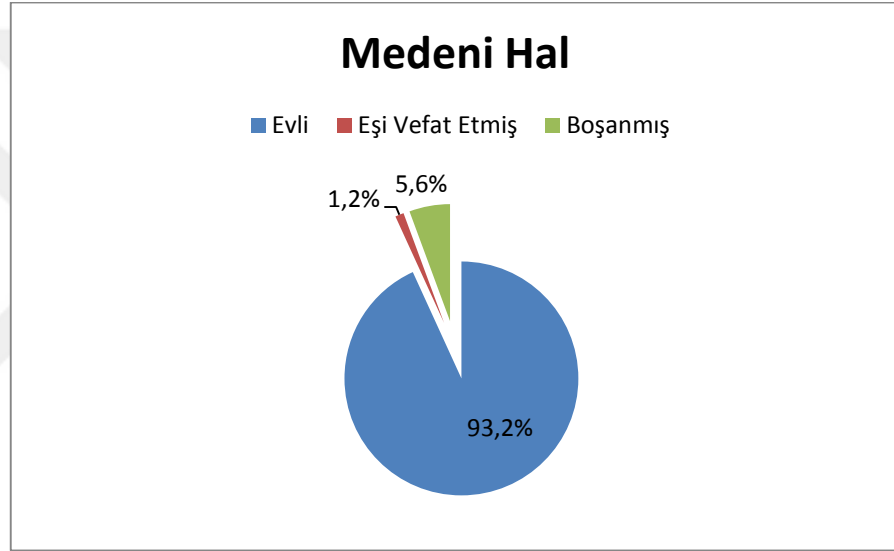


Şekil 4. Ebeveynlerin Meslek Dağılımları

Ebeveynlerin %93,2' si evli, %1,2' sinin eşi vefat etmiş ve %5,6' sı ise boşanmıştır (Tablo 6). Tablo 6 ve Şekil 5' te de görüldüğü gibi çalışmamıza katılan ebeveynlerin yarısından fazlası evlidir.

Tablo 6. Ebeveynlerin Medeni Hal Dağılımı

Medeni Hal	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evli	314	93,2
Eşi Vefat Etmiş	4	1,2
Boşanmış	19	5,6
Toplam	337	100

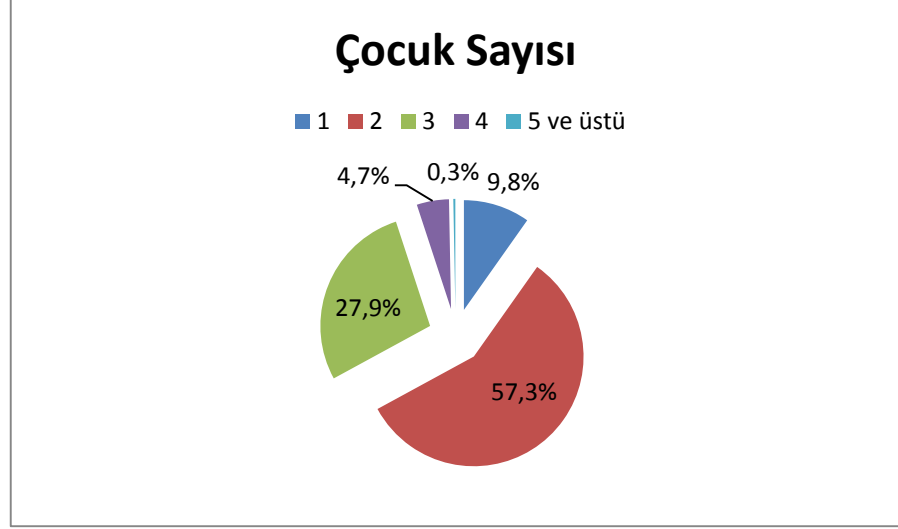


Şekil 5. Ebeveynlerin Medeni Hal Dağılımları

Ankete katılan ailelerin %9,8' i tek çocuklu, %57,3' ü 2 çocuklu, %27,9' u 3 çocuklu, %4,7' si 4 çocuklu ve %0,3' ü 5 ve daha fazla çocuklu ailelerdir (Tablo 7).

Tablo 7. Ebeveynlerin Çocuk Sayısı Dağılımı

Çocuk Sayısı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
1	33	9,8
2	193	57,3
3	94	27,9
4	16	4,7
5 ve üstü	1	0,3
Toplam	337	100

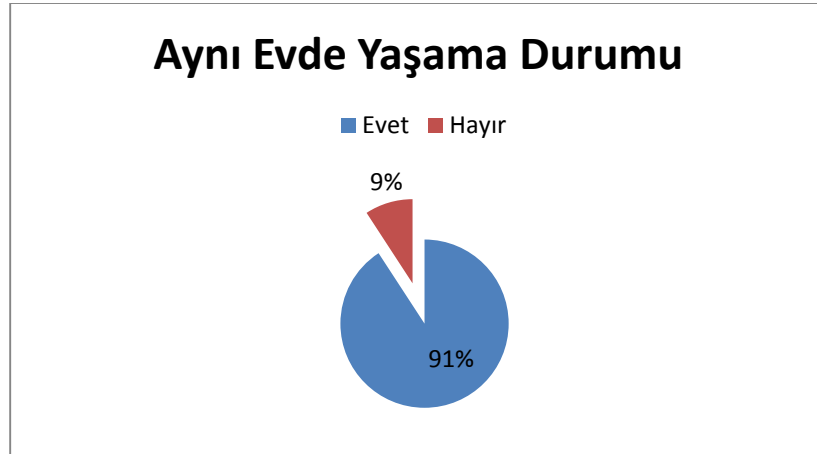


Şekil 6. Ailelerin Çocuk Sayısı Dağılımları

Çalışmaya katılan hastaların %90,8' i ebeveynleri ile birlikte yaşarken, %9,2' sinde ortodontik tedavi gören hasta ailesiyle beraber yaşamamaktadırlar (Tablo 8).

Tablo 8. Ebeveynlerin Aynı Evde Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Dağılım

Aynı Evde Yaşama Durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	306	90,8
Hayır	31	9,2
Toplam	337	100

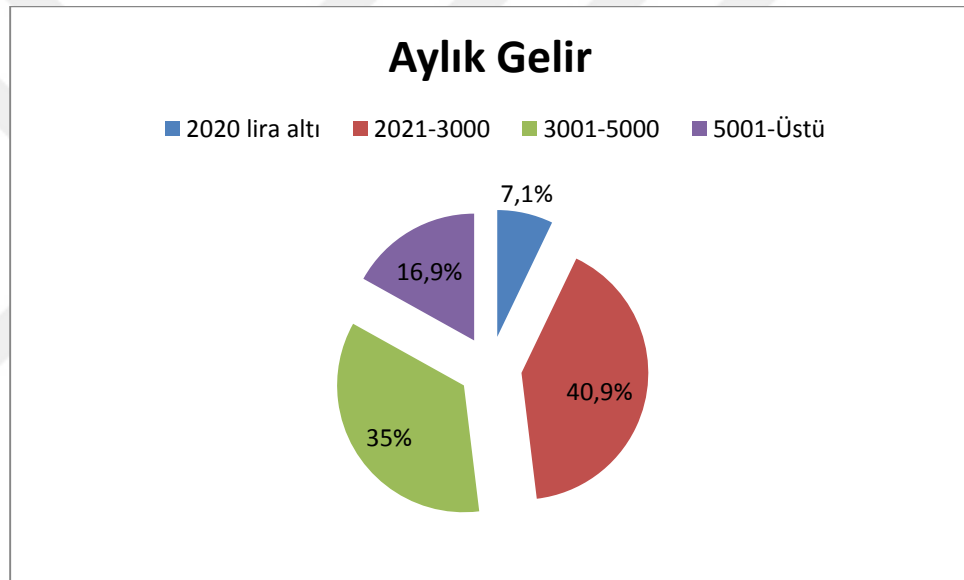


Şekil 7. Hastaların Aileleriyle Aynı Evde Yaşama Durumu Dağılımları

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin aylık gelirleri incelendiğinde, %7,1' inin aylık geliri asgari ücretin altında iken, %40,9' unun 2021-3000 TL aralığında, %35' inin 3001-5000 TL aralığında, %16,9' unun ise 5000 TL üzerindedir (Tablo 9).

Tablo 9. Ebeveynlerin Aylık Gelir Dağılımı

Aylık Gelir	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
2020 lira altı	24	7,1
2021-3000	138	40,9
3001-5000	118	35
5001-Üstü	57	16,9
Toplam	337	100

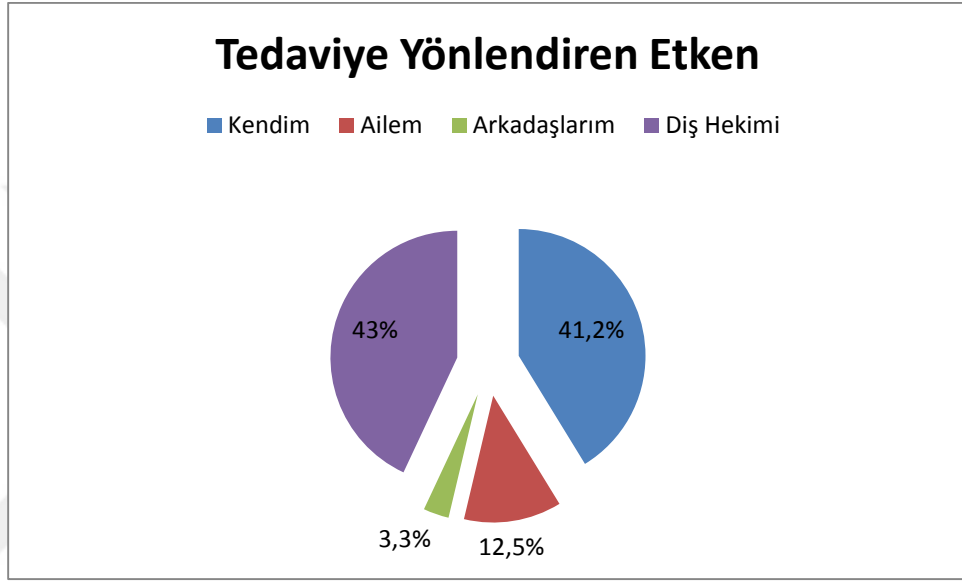


Şekil 8. Ailelerin Aylık Hane Geliri Dağılımı

Ebeveynleri tedaviye yönlendiren etkenler incelendiğinde en büyük iki etken %43 ile dış hekimleri ve %41,2 ile hastanın kendi tedavi talebidir. Tedaviye yönlendiren diğer etkenlerin %12,5 ile aile talebi ve %3,3 ile arkadaşlar yönlendirmesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Ebeveynleri Tedaviye Yönlendiren Etkenlerin Dağılımı

Tedaviye Yönlendiren Etken	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kendim	139	41,2
Ailem	42	12,5
Arkadaşlarım	11	3,3
Diş Hekimi	145	43
Toplam	337	100



Şekil 9. Tedaviye Yönlendiren Etken Dağılımları

4.2 Ebeveyn Özelliklerinin Tedavi Kooperasyon Etkisine İlişkin Bulgular

Ebeveynin sosyodemografik özellikleri ile ortodontik tedavi kooperasyonu arasındaki ilişkinin tespiti için çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin hiçbirinin, tedavi kooperasyonu üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=0.655$, $p=0.766>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Kooperasyon Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kooperasyon	Sabit Terim	41,403	3,787		10,932	<0,001
	Yaş	-0,004	0,058	0,004	-0,069	0,945
	Cinsiyet	-0,605	0,703	-0,053	-0,860	0,390
	Eğitim Düzeyi	0,355	0,392	0,057	0,906	0,366
	Yaşanılan Yer	-0,038	0,377	-0,006	-0,102	0,919
	Meslek	0,129	0,226	0,035	0,572	0,568
	Medeni Hal	-0,515	0,693	-0,043	-0,742	0,459
	Çocuk Sayısı	0,039	0,446	0,005	0,088	0,930
	Beraber Yaşama	-1,333	1,127	-0,068	-1,182	0,238
	Aylık Gelir	0,125	0,416	0,019	0,300	0,765
	Tedaviye Yönlendiren Etken	0,070	0,232	0,017	0,300	0,764

$p=0,766>0,05$

B: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı

SH: Standart hata

Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

t: Modelde yer alan bağımsız değişkenler için istatistiksel anlamlılık testi

İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ değeri kullanıldı.

Ebeveynlerin psikolojik durumları ve kooperasyon ilişkisinin tespiti için, istatistiksel analiz olarak doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Ebeveynlerin psikolojik durumlarının ortodontik tedavi kooperasyonu üzerine etkileri incelendiğinde, durumluluk kaygı özelliğinin kooperasyonu istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü etkilediği görülmüştür ($p=0,028<0,05$).

Ebeveynlerin süreklilik kaygı özelliğinin ortodontik tedavi kooperasyonunu, istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü etkilediği görülmüştür ($p=0,005<0,05$).

Ebeveynlerin depresif mizaç, siklotimik mizaç, hipertimik mizaç, irretabl mizaç ve anksiyöz mizaç durumlarının ortodontik tedavi kooperasyonu üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Ebeveynlerin Psikolojik Durumlarının Kooperasyon Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kooperasyon	Sabit Terim	39,494	2,038		19,375	<0,001
	Durumluluk Kaygı	-0,101	0,046	-0,146	-2,212	0,028
	Süreklilik Kaygı	0,137	0,048	0,211	2,855	0,005
	Depresif Mizaç	-0,174	0,135	-0,090	-1,287	0,199
	Siklotimik Mizaç	-0,014	0,100	-0,011	-0,139	0,890
	Hipertimik Mizaç	-0,014	0,076	-0,010	-0,178	0,859
	İrretabl Mizaç	-0,159	0,106	-0,104	-1,504	0,133
	Anksiyöz Mizaç	-0,045	0,090	-0,037	-0,497	0,620

$p=0,033<0,05$

B: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı

SH: Standart hata

Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

t: Modelde yer alan bağımsız değişkenler için istatistiksel anlamlılık testi

İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ değeri kullanıldı.

4.3.Ortodontik Tedavi ile İlgili Parametrelerin Kooperasyona Etkileri Üzerine İlişkin Bulgular

Ortodontik tedavi ile ilgili parametrelerden; hastanın problemi, tedavi planlaması, tedavi süresi ve memnuniyet skorunun kooperasyon üzerine etkileri çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Hastanın tedavi süresinin kooperasyon üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlüdür ($p<0,001$) (Tablo 13).

Hasta problemi, tedavi planlaması ve memnuniyet skoru kooperasyon üzerine anlamlı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastanın Problemi, Tedavi Planlaması, Tedavi Süresi ve Memnuniyet Skorunun Kooperasyon Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kooperasyon	Sabit Terim	41,672	1,830		22,768	<0,001
	Hastanın Problemi	-0,377	0,217	-0,091	-1,737	0,083
	Tedavi Planlaması	0,563	0,650	0,047	0,865	0,388
	Tedavi Süresi	-1,753	0,279	-0,329	-6,286	<0,001
	Memnuniyet Skoru	0,247	0,170	0,075	1,456	0,146

p<0,001

B: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı

SH: Standart hata

Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

t: Modelde yer alan bağımsız değişkenler için istatistiksel anlamlılık testi

İstatistiksel anlamlılık için *p*<0,05 değeri kullanıldı.

4.4. Ortodontist Özelliklerinin Kooperasyona Etkileri Üzerine İlişkin

Bulgular

Bu bölümde ortodontistlerin sosyodemografik ve psikolojik özelliklerinin hasta kooperasyonuna olan etkisini inceleyen bulgulara yer verilmiştir.

Ortodontistlerin sosyodemografik özelliklerini ile psikolojik özelliklerinin kooperasyon üzerine etkileri çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Ortodontistlerin sosyodemografik özelliklerinin kooperasyon üzerine etkileri incelendiğinde, doktorların cinsiyetlerinin, uyruklarının, mezuniyet yıllarının ve eğitim yıllarının kooperasyon üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı iken (*p*<0.05), doktorların yaş, eğitim programı, medeni hal, aileyle beraber yaşama ve aylık gelirleri kooperasyon üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülmüştür (*p*>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Ortodontistlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Kooperasyon Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kooperasyon	Sabit Terim	44,366	8,725		5,085	<0,001
	Yaş	0,072	0,351	0,038	0,204	0,838
	Cinsiyet	-2,083	0,813	-0,182	-2,563	0,011
	Uyruk	-7,708	1,499	-0,555	-5,141	<0,001
	Mezuniyet Yılı	1,104	0,495	0,440	2,231	0,026
	Eğitim Programı	1,267	1,180	0,107	1,074	0,284
	Eğitim Yılı	-1,774	0,358	-0,415	-4,952	<0,001
	Medeni Hal	0,226	2,369	0,020	0,095	0,924
	Aile Beraber mi?	0,918	2,185	0,080	0,420	0,675
	Aylık Gelir	0,520	0,555	0,102	0,938	0,349

p<0,001

B: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı

SH: Standart hata

Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

t: Modelde yer alan bağımsız değişkenler için istatistiksel anlamlılık testi

İstatistiksel anlamlılık için *p*<0,05 değeri kullanıldı.

Doktorların psikolojik durumlarının kooperasyon üzerine etkileri incelendiğinde, siklotimik ve hipertimik mizaç özelliğinin kooperasyonu arttırdığı görülmüştür. (*p*=0,012<0,05, *p*=0,008<0,05).

Durumluluk ve sürekli kaygı seviyesinin, depresif, irretabl ve anksiyöz mizaçta olmanın ve beck depresyon seviyesinin kooperasyon üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. (*p*>0,05) (Tablo 15).

Tablo 15. Doktorların Psikolojik Durumlarının Kooperasyon Üzerine Etkileri

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kooperasyon	Sabit Terim	29,332	4,226		6,940	<0,001
	Durumluluk Kaygı	0,078	0,210	0,068	0,371	0,711
	Sürekli Kaygı	0,171	0,264	0,166	0,648	0,518
	Depresif Mizaç	-0,349	0,228	-0,168	-1,528	0,128
	Siklotimik Mizaç	0,479	0,189	0,186	2,530	0,012
	Hipertimik Mizaç	0,334	0,125	0,256	2,674	0,008
	İrretabl Mizaç	-0,465	0,667	-0,139	-0,696	0,487
	Anksiyöz Mizaç	-0,576	0,297	-0,261	-1,938	0,053
	Beck Depresyon	0,082	0,148	0,061	0,554	0,580

p<0,001

B: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı

SH: Standart hata

Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

t: Modelde yer alan bağımsız değişkenler için istatistiksel anlamlılık testi

İstatistiksel anlamlılık için *p*<0,05 değeri kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Ortodontik tedavide, ailenin ve hastanın temel beklentisi; ortodontik anomalinin tedavi edilmesi ve elde edilen sonucun ömür boyu kalıcı olmasını sağlamaktır (16). Başarılı ve stabil bir ortodontik tedavi sonucuna ulaşılabilmesi için ortodontistin, yeterli klinik bilgi ve beceriye sahip olması kadar, hastanın da tedaviye olan işbirliğinin yüksek olması, braket ve apareylerinin devamlılığını sağlaması, ağız hijyenine azami dikkat etmesi de bir o kadar önemlidir. Hasta kooperasyonu göz ardı edilerek yürütülen ortodontik tedavinin, tedaviyi yüreten hekim ne kadar tecrübeli ve yetkin olsa dahi tam anlamıyla başarılı olması mümkün değildir. Hasta kooperasyonunda oluşabilecek bir eksiklik, tedavi sürecini ve tedavi mekaniklerini olumsuz etkileyip, tedavi süresini uzatabilmekte ve ortodontik tedavinin erken veya eksik sonlandırılmasına neden olabilmektedir.

Ortodontik tedavi süresinin uzaması dişin sert dokularında ve periodontal dokularında ikincil hasarlara neden olabilmektedir. Uzayan tedavi süresiyle beraber bakteri plağı ve ağız içindeki mikroorganizma sayısının da artışıyla halitozis, periodontal enflamasyon, hiperplazi, hiperemi, diş eti kanaması gibi periodontal problemlerin yanı sıra diş yüzeyinde gözlemlenen mine demineralizasyonu, beyaz nokta lezyonları (WSL) ve diş çürükleri daha sık görülmektedir (20). Tüm bu olasılıklar düşünüldüğünde, tedavi kooperasyonunun; sadece dişlerdeki rotasyonu çözmek olmadığı, tedavi sonrasında da bireyin ağız ve diş sağlığının bütününe etkileyen bir süreç olduğu görülmektedir. Hedeflenen ideal fonksiyonel ve estetik dentofasiyal yapıya ulaşmak ancak diyetine dikkat eden, yüksek oral hijyen motivasyonuna sahip, elastiklerini gerektiği şekil ve sürede kullanan, apareylerinin ve braketlerinin tedavi süresi boyunca ağız içinde stabil bir şekilde durmasını sağlayan hastalarla mümkündür.

Bireylerin davranışlarının ortaya çıkışı, belirli uyarıya karşı gösterilen tepki şeklinde olmaktadır (70). Ortodontik tedavi esnasında hastanın tedaviye gösterdiği kooperasyon gözlemlenebilen, kaydedilebilen ve ölçülebilen bir davranış biçimidir. Bu davranış biçiminin şekillenmesinde de birçok psikososyal faktör rol oynamaktadır (69). Hasta kooperasyonunu etkileyen faktörler, demografik faktörler ve

psikososyal faktörler olmak üzere iki ana başlıkta toplamak mümkündür. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, medeni hal ve yaşanılan yer gibi faktörler demografik faktörler, ebeveyn-hasta ilişkisi, hastanın, ebeveynlerin ve ortodontistin kişilik ve psikolojik özellikleri, ailenin ve hastanın ortodontik tedavi ile ilişkili tutumu, maloklüzyonun algılanması, tedavi memnuniyeti gibi faktörler de psikososyal faktörler olarak birçok çalışmada gösterilmiştir (28,29,44,45). Bu faktörlerin kooperasyon derecesi ve kooperasyonun öngörülmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir (46). Kooperasyonu değerlendirebilmek için çok sayıda psikososyal ve sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi gerekmektedir (62).

Şimdiye kadar birçok çalışma hasta-kooperasyon ilişkisini incelese de, ortodontistin ve ebeveynin kooperasyonla olan ilişkisini inceleyen çalışma sayısı azdır. Hasta kooperasyonunu etkileyebilecek birçok faktör çeşitli çalışmalarda incelenmesine rağmen, ebeveynin ve ortodontistin sosyodemografik ve psikososyal özelliklerinin hasta kooperasyonuna olan etkisini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanılmaması bu çalışmayı öne çıkarmaktadır.

Tedavi kooperasyonu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, katılımcıların sosyodemografik ve psikolojik durumlarının tespiti için genellikle anketlerden yararlanıldığı gözlemlenmiştir (3,6,22,26,44,45,54,55). Sosyodemografik veriler açısından en fazla incelenen faktörler yaş, cinsiyet, meslek, eğitim seviyesi ve ekonomik durumdur. Çalışmada örneklem grubu ortodontik tedavi gören hastaların ebeveynleri olduğundan, anket formuna bu sorulara ek olarak kooperasyonda etkili olabileceği düşünülen; yaşanılan yer, aileyle beraber yaşayıp- yaşamama, medeni hal ve tedaviye yönlendiren etken maddeleri anket formuna eklenmiştir. Ortodontistler için hazırlanan sosyodemografik anket formuna ise genellikle tüm sosyodemografik anketlerde bulunan yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni hal ve ekonomik gelir sorularına ek olarak, fakültemizde çalışan ortodontistlere yöneltilmek üzere uyruk, eğitim programı, hekimlik ve ortodonti klinik tecrübesi soruları eklenmiştir.

Psikolojik ölçekler; bireyin ruhsal ve davranışsal durumunu tespit etmek için en sık kullanılan yöntemdir. Bireyin davranışlarının biçimlenmesinde içinde bulunduğu psikolojik durum oldukça etkilidir. Gerek psikologlar gerekse psikiyatri

uzmanları farklı psikolojik parametreleri incelemek için farklı zamanlarda birçok envanter, ölçek, anket, test, form geliştirmiştir (101,133). Çalışmamızda bir davranış biçimi olan hasta kooperasyonunu etkilemesi muhtemel bireyin mizacı, kaygı durumu ve depresyon seviyesi olmak üzere 3 temel psikolojik parametre incelenmiştir. Uygulanacak anketlerin içerikleri belirlenirken literatürde yaygın olarak kullanılmasına, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testinin olmasına özen gösterilmiştir. Bu psikolojik parametrelerin incelenmesi için literatürde birçok çalışmada kullanılmış; TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis Autoquestionnaire), Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (State– Trait Anxiety Inventory) hem ebeveynlere hem de ortodontistlere uygulanırken, BECK-D Depresyon Ölçeği sadece ortodontist grubuna uygulanmıştır. Ebeveynlere yöneltilen psikolojik anket formunda BECK-D Depresyon Ölçeği formunun da dahil edilmesi durumunda ebeveynlerin anket formlarının tamamını tam ve eksiksiz doldurması zorlaşabileceği düşünüldüğünden, bu ölçek ebeveyn örneklemeine uygulanmamıştır.

Hasta kooperasyonunu ölçmek insan davranışlarının doğası gereği karmaşık ve zor bir işlemdir. Buna rağmen araştırmacılar ortodontik hasta kooperasyonunu ölçmek için klinik gözleme dayalı ağız hijyeni, randevu takibi, aparey kullanımı ve aparey bakımı puanlanarak, toplam bir kooperasyon değeri elde edilen Klinik Kooperasyon İncelemesi (Clinical Compliance Evaluation- CCE) ve randevu takibi, apareylerin kullanımı ve idamesi, ağız hijyeni, hastanın tedaviye olan yaklaşımı ve ailesi ile olan iletişimi irdelleyen Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği' ni (Orthodontic Patient Cooperation Scale) geliştirmiştir (27). Çalışmamızda uluslararası ve Türkçe yeterlilik ve güvenilirliğe sahip, uygulanabilirliği ve ölçümlenmesi daha kullanışlı, geniş katılımlı örneklemlerde kullanılabilen ve hasta kooperasyonunu konu alan birçok çalışmada kullanılan Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği, ortodontistlerin hasta kooperasyonunu değerlendirmesinde kullanılmıştır (35). Klinik Kooperasyon İncelemesi' nde randevu takibi ve aparey kullanımı bölümlerinde hasta beyanına dayalı sorular olduğundan, çalışmanın objektifliğine zarar verebileceği düşüncesiyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

Slakter ve ark. 1980 yılında, Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği' nin yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu, kooperasyonun öngörülmesini konu alan

çalışmalarda güvenilir bir şekilde kullanabileceğini ispatlamıştır. Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği' ni hastalara tedavinin farklı zamanlarında kısa ve uzun dönem ölçümlerinde kullanılan çalışmalar literatürde mevcuttur. Slakter ve ark., bu ölçeğin tedavinin ikinci ayında bile güvenilir sonuçlar verdiğini çalışmasında belirtmiştir (27). Kooperasyonu ölçümlenecek örneklem belirlenirken, hastanın sabit veya hareketli tedavisinin en az ikinci ayında olmasına dikkat edilmiştir. Bu sayede yeterli hasta-hekim ilişkisinin oluşmasına ve hastanın ortodontik apareyine alışması için yeterli süre tanınmasına imkan verilmiştir.

Çalışmamızda Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği literatürde de olduğu gibi hastaların tedavisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olan, tedavi aşamalarında bizzat bulunan, hastayla daha fazla ilişkisi olan hekimi tarafından doldurulmuştur. Kooperasyon ölçeğinin sadece hekim tarafından doldurtulması çalışmaya katılan ortodontist sayısının sınırlı olmasına neden olmuştur.

Ebeveynin ve ortodontistin sosyodemografik ve psikososyal etkenlerin kooperasyona etkisini incelemeyi amaçlayan çalışmamızda, ebeveynler ve ortodontistler olmak üzere iki ayrı örneklem oluşturulmuştur. Hasta veya ebeveyne ait parametrelerin tedavi kooperasyonu ile ilişkisini inceleyen çalışmalardan; Starnbach ve Kaplan 362 ortodonti hastası ve ebeveynlerinde, Nanda ve ark. 100 adolesan hastada, Hou ve ark. 150 adolesan hastada, Daniels ve Seacat ise 227 ortodonti hastası ve ebeveynlerinde çeşitli parametrelerin hasta işbirliği ile ilişkisini incelemiştir (5,23,38). Çalışmada örneklem sayısı olabildiğince yüksek tutulmaya çalışılmış ve 4 ay boyunca Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ABD Kliniği' nde tedavi görmekte olan 380 ortodonti hastasının ebeveynine araştırmacı tarafından anket uygulanmıştır. Toplanan anketlerin tasnifi esnasında yapılan incelemede 43 anket formu eksik dokümantasyon nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Toplamda 337 anket formu üzerinden ebeveynlere ait örneklem oluşturulmuştur. Fakülte anabilim dalında uzmanlık veya doktora eğitimini sürdüren 15 ortodonti asistanına sosyodemografik ve psikososyal anket formu doldurtularak gerekli veriler toplanmıştır. Ortodontistlerin kooperasyona etkisini inceleyen çalışmalar irdelendiğinde Mehra ve ark.'nın yaptıkları çalışmaya 429 ortodontist, Bos ve ark.'nın ortodonti eğitimi gören uzmanlık öğrencileriyle beraber

yaptıkları çalışmaya ise 75' i kadın, 31' i erkek toplamda 106 hekim katılmıştır (6,16). Çalışma hem ebeveynin hem de ortodontistin özelliklerinin kooperasyonla ilişkisini inceleyen iki ayaklı bir araştırma olacağından çalışmanın daha uygulanabilir ve sağlıklı yürütülmesi için çalışmaya sadece fakülte anabilim dalında görevli ortodontistler dahil edilmiştir.

Anket çalışmalarının yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayalı olması ve stabil duygu- durumdan belirli bir oranda sapma ihtimali çalışmanın kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Kişisel beyanların doğruluğunu güvene almak için çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı oluşturulmuştur. Katılımcılara, kişisel verilerinin saklı kalacağı ve herhangi bir şekilde paylaşılmayacağı ifade edilmiştir.

Ebeveyn örnekleminin belirlenmesinde, kliniğe gelen hastanın tedavisinin aktif devam ediyor olmasına, hastaya refakat eden bireyin öz anne veya babasının olmasına ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olmasına, çalışmada daha sağlıklı sonuçlara ulaşmak için özellikle dikkat edilmiştir.

Nanda ve ark.'nın ebeveynin tedavi kooperasyonuna etkisini inceleyen çalışmasına, 32 baba, 97 anne ve 2 de büyük anne- baba katılmıştır. Nanda' nın çalışmasına göre anne veya baba olmanın tedavi kooperasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur (5). Starnbach ve Kaplan' ın kooperasyon üzerine yaptığı çalışmaya 132 aile katılmış ve babanın ortodontik tedaviye katılımının motivasyonu artırmada etkili olduğu sonucuna varmıştır (23). Çalışmamıza, 164' ü anne 173' ü baba olmak üzere toplamda 337 ebeveyn katılmıştır. Çalışmamızın, ailenin tedavi kooperasyonuna etkisini inceleyen diğer çalışmalardan daha geniş bir örneklem grubu mevcuttur.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden erkek katılımcıların yaş ortalaması 44,18, kadın katılımcıların yaş ortalaması 41,01'dir. Tüm örneklemin yaş ortalaması ise 42,64'tür. Çalışmaya katılımın daha geniş kapsamlı olması için herhangi bir yaş sınırı konulmamış, ebeveynlerin öz anne-baba olmasına ve anket sorularını doğru cevaplayabilecek görsel ve fiziksel sağlıkta olmasına dikkat edilmiştir.

Ebeveyn örnekleminin eğitim düzeyi incelendiğinde ilkokul mezunları %26,1, lise mezunları %30,9, üniversite mezunları %36,5, yüksek lisans mezunları ise %6,5' tir. Bu çalışmaya göre çocuğu ortodontik tedavi gören ebeveynlerin %43' ü

yükseköğrenim görmüş kişiler, %57' si ise yükseköğrenim almamış bireylerdir. Toplumsal bilincin artırılması, yazılı-görsel ve özellikle sosyal medyada ortodonti hakkında bilgilendirici yayınların artması, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşımın geliştirilmesi, çocuklarda akran onayının artması, ortodontik apaceylerin hasta tarafından daha kabul edilebilir ve eskisine göre daha çeşitli olması gibi nedenlerle daha önceden genellikle yüksek eğitilmiş, bilinçli bireylerin gördüğü ortodontik tedavi artık daha genele yayılmıştır.

Ortodontik tedavi için fakültemize başvuran hastaların tedaviye geldikleri yerleşim birimine göre incelendiğinde; köy- kasabada yaşayanların oranı %14,2, ilçede yaşayanların oranı %23,4, il merkezinde ikamet edenlerin oranı %46, başka şehirde yaşayıp tedavi olmak için Isparta iline gelenlerin oranı ise %16,3' tür. Bu verilere göre Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Kliniği daha çok Isparta ilinden gelen hastalara hizmet vermektedir.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %93,2' si evli, %5,6' sı boşanmış, %1,2' si ise eşi vefat eden bireylerdir. Kardeş sayısına göre hastalar; %9,8' i tek çocuk, %57,8' i ise tek kardeş, %32,4' ü birden fazla kardeşe sahiptir. Ortodonti hastalarının %90,8 ailesiyle beraber yaşamaktadır. Çalışmamızda ortodonti hastalarının daha çok aileleriyle birlikte yaşaması hastanın tedavi kooperasyonunda, hasta-aile ilişkisinden, anne-babanın tedaviye katılımı ve tutumundan, ebeveynlerin kaygı, mizaç, kişilik özellikleri ve depresyon gibi psikolojik parametrelerinden daha çok etkinlenmesine neden olmaktadır. Çalışmaya katılan ortodonti hastalarının yüksek bir oranda aileyle beraber yaşaması, ebeveynin psikolojik parametrelerinin hasta uyumu ve işbirliğine olan etkisini inceleyen çalışmamız için doğru bir örnekleme sahip olduğunu gösterir niteliktedir. Trakyalı ve ark., ebeveynlerin kaygı düzeyinin ortodontik tedaviyle olan ilişkisini inceleyen çalışmasına katılan ortodonti hastalarının çoğunluğunun hane halkı ile aynı evde bulunuyor olması çalışmamızı desteklemektedir (40).

Ebeveynler, ekonomik gelir dağılımına göre; asgari ücretten daha az geliri olduğunu beyan edenler %7,1, 2021-3000 TL geliri olanlar %40,9, 3001-5000 TL aylık geliri olanlar %35, 5001 TL ve üstü gelire sahip olanlar ise %16,9' dur. Bu veriler ışığında ortodonti hastalarının genellikle Türkiye standartlarına göre orta-alt seviyede ekonomik geliri olan aileler olduğu görülmüştür. Bu durum da ortodontik

tedavi görmesi gereken hastaların tedavi gereksinimi açısından farkındalık sahibi olduğu ama maddi gelir kısıtlılığından ötürü ortodontik tedavinin finansmanının devlet tarafından karşılandığı üniversite hastanesini daha çok tercih edildiği yorumu yapılabilir.

Meslek dağılımı incelendiğinde örneklemin, ağırlıklı olarak memur, işçi, ev hanımından oluştuğu, daha az oranda da emekli ve işsizlerden oluştuğu Tablo 5' te görülmektedir. Meslek dağılımında memur, işçi oranının en fazla olan iki meslek grubu olması ortodontik tedavinin artık daha çok genele yayıldığı, bilinçlenmenin daha çok olduğu, diğer tıbbi hastalıklar gibi tedavi edilmesi gereken, sadece estetik olmayıp, çocuğunun gerek fonksiyonel gerekse psikolojik sağlığı için gerekli bir tedavi olduğunu göstermektedir.

Ebeveynleri tedaviye yönlendiren etkenlere göre dağılımında diş hekimi yönlendirmesiyle tedavi olanlar ve aileden bağımsız istek ve talep üzerine tedavi olanlar ağırlıktadır (Tablo 10). Wedrychowska-Szulc ve Syrynska yaptıkları bir araştırmada, hastaların tedaviye yönlendiren asıl etkenin estetik sebepler olduğunu bulmuştur (16). Büyüme gelişimle beraber çenelerde ön – arka yöndeki farkedilen anomalilerle beraber özellikle ön bölgede oluşan çapraşıklıklar ebeveynleri ortodonti kliniğine yönlendirmektedir. Tung ve Kıyak 9–12 yaşlarındaki çocukların %56' sının çapraşıklık şikayetiyle ailelerini yönlendirdiğini söylemiştir (160). Cura ve ark. ise tedavi motivasyonunun daha çok eksternal kaynaklı olduğunu ve diş hekimi yönlendirmesinin aile yönlendirmesinden fazla olduğunu ifade etmiştir (35). Kılıçoğlu ve ark. ortodonti hastalarındaki tedavi motivasyon temelini araştıran çalışmasında, adolesanlarda ortodontik tedaviye çocuktan daha çok ailenin yönlendirdiğini, en çok yönlendirmenin diş hekimi ve aile tarafından yapıldığı sonucuna varmış ve bu sonuç bulgularımızla örtüşmektedir (161).

Sosyodemografik açıdan incelenen parametrelerin, kooperasyonla ilişkisi olan parametrelerin sayıca az ve yapılan çalışmalarda da incelenen parametrelerin çoğu öngörü amaçlı kullanılması nedeniyle, kooperasyonu ölçmek için oluşturulan modeller hazırlanırken, klinik olarak bu modele girebileceği düşünülen tüm sosyodemografik faktörlere linear regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmamızda yapılan istatistiksel analizler sonucu ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin

(yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, meslek, medeni hal, çocuk sayısı, aynı evde yaşama durumu, aylık ekonomik gelir, tedaviye yönlendiren etken) ortodontik tedavi kooperasyonu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Literatür tarandığında, cinsiyetin kooperasyonla ilişkili bir parametre olabileceği düşünüldüğünden, çalışmamızda ebeveynlerin cinsiyetinin tedavi kooperasyonu ile olan ilişkisi incelenmiştir. Tablo 2’ de de görüldüğü üzere çalışmaya katılan anne ve baba sayılarında anlamlı bir farkın oluşmadığından, sosyodemografik ve psikolojik parametreler incelenirken ayrı bir cinsiyet ayırımına gidilmemiştir.

Çalışmamızda anne veya baba olmanın kooperasyon değeri üzerine etkisi incelenmiş ve cinsiyet ayırımının çocuğun tedavi kooperasyonu üzerinde bir fark oluşturmadığı sonucuna varılmıştır. Nanda ve ark. yaptıkları çalışmada ebeveynin cinsiyet ayırımının tedavi kooperasyonu üzerinde bir etkisinin olmadığını saptamış ve bizim sonuçlarımızla örtüşmektedir (5). Albino ve ark. ortodonti hastalarının kişilik ve psikolojik özelliklerini inceledikleri bir çalışmada, ailenin kooperasyonda etkisinin daha çok tedavinin erken aşamalarında olduğunu, ilerleyen zamanlarda çocuğun kendi bilincinin aile motivasyonunun yerini aldığını söylemiştir (30). Güray ve ark. ülkemizde yaptıkları kooperasyon araştırmasında ailenin tedaviye etkisi konusunda Albino ve ark. ile benzer bulgular saptamıştır (32). Bizim çalışmamızda ise ailenin psikolojik parametrelerinden kaygı düzeyinin hastanın tedavi kooperasyonunu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Starnbach ve Kaplan, sosyoekonomik olarak düşük ve orta seviyeli geliri olan hastaların sorumluluk bilincinin daha fazla olduğunu, bunun da tedavi kooperasyonuna katkısının olduğunu saptamıştır (23). Buna karşın Nanda ve ark. ise hane halkı gelirinin kooperasyonla ilişkisinin anlamlı olmadığını bulmuştur (5). Mehra ve ark. da yine sosyoekonomik standartların tedavi kooperasyonu ile direkt olarak ilişkilendirilemeyeceği sonucuna varmıştır (6). Çalışmamızda yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda ailenin ekonomik gelirinin ve tedavi kooperasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durumun sebebi fakültemizde tedavi olan hastaların birçoğunun sevkli hasta olmasından

dolayı, kliniğimizde ortodontik tedavi görme maliyetinin genellikle tüm hastalarda yakın olmasıyla ilişkili olabilir.

Yüksek sosyoekonomik ve eğitim düzeyindeki hasta grubunun, fasiyal estetik kaygısının daha fazla olması, ortodontik tedavi hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olması ve maloklüzyonların sosyal ilişkilerini etkileyebileceğinin farkında olmasından dolayı kooperasyonlarının yüksek olabileceği ileri sürülmüştür (23). Bu sonucun aksine daha düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyindeki hastalarda da tedavi kooperasyonunun yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Dorsey ve Karabik, orta ve alt seviyede geliri olan ailelerin çocuklarına bağlı olduklarını, bu nedenle daha iyi bir aile ilişkisinin kooperasyona katkı sunacağını belirtmiştir (162). Kreit ve ark. da araştırmasında bu sonucu destekleyen bulgulara ulaşmıştır (24). Çalışmamıza katılan ailerin çoğu hem sosyoekonomik seviye açısından hem de eğitim seviyesi bakımından orta ve alt düzey grubunda bulunsa da, sosyoekonomik seviye ve eğitim düzeyinin kooperasyonla anlamlı ilişkisi bulunamamıştır. Bu sonucun ebeveyn örnekleminin homojen olarak dağılım göstermemesinden kaynaklanmış olabilir. Örnekleme daha dengeli olan çalışmalarla yapılan istatistiksel analizlerle daha farklı sonuçlar çıkabilir.

Ebeveynin mesleği ile hastanın tedavi kooperasyonu arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi bir anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bizim çalışmamızın aksine Starnbach ve Kaplan, babaları herhangi bir işte çalışmayan çocukların, tedaviye olan iş birliğinin diğer çocuklara göre daha düşük olduğu sonucunu bulmuştur (23).

Ortodontik tedavi kooperasyonunu etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik faktörlerden biri de hastanın veya ailenin eğitim seviyesidir. Güray ve ark., ailenin ve hastanın eğitim düzeyinin tedavi kooperasyon değerleri üzerinde bir etkisinin olmadığını ileri sürmüştür. Amado ve ark. ise 70 adolesan ortodonti hastasının üzerinde yaptığı çalışmada Güray ve ark.'nın çalışmasıyla örtüşen veriler saptamıştır (32). Bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin tedavi kooperasyonuna bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, sonuç itibarıyla Güray ve Amado'nun yaptıkları çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.

Çalışmamızda yaşanan yer ile tedavi kooperasyonu arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar, Starnbach ve Kaplan' ın büyükşehirde yaşayan hastaların kooperasyon değerini küçük beldelere göre daha yüksek bulmaları sonucuyla örtüşmemektedir. Bu durumun sebebi, çalışmaların yapıldığı ülkeler arasındaki yaşam biçimi ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Literatürde ortodontik tedavide ailenin hasta ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Trakyalı ve ark., aile ile ilişkisi zayıf olan bireylerde ortodontik tedavi kooperasyonunun düşük olduğunu ileri sürmüştür (40). Mehra ve ark. da ailenin tedavi farkındalığının tedaviye katkısı olabileceğini söylemiştir (6). Bunun aksine Nanda tedavide etkili olan yegane faktörün hasta-ortodontist ilişkisi olduğunu belirtmiştir (5). Bu veriler ışığında çalışmamızda hanedeki çocuk sayısı, ailenin çocukla beraber yaşayıp yaşamama durumu ve anne-babanın medeni halinin kooperasyonla ilişkisi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya rastlanılmamıştır. Bu bulgu Nanda ve ark.'nın yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla uyum içindedir.

Aileler genellikle büyüme– gelişimle beraber çocuğundaki istekeletsel ve dişsel değişimler hakkında daha fazla farkındalığa sahiptir. Çocuğunun ortodontik probleminin ilerleyen yaşlarda psikolojik, fonksiyonel ve estetik problem oluşturabileceğini düşünen aileler ortodontik tedavi hakkında daha isteklidirler. Bunun yanında kimi aileler, rutin diş hekimi kontrolü esnasında çocuğunda bir ortodontik anomalinin olduğunu öğrenir. Genellikle eğitim düzeyi düşük, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olan bölgelerde yapılan ağız diş sağlığı taramaları özellikle büyüme gelişim döneminde tedavi olması gereken iskeletsel problemi olan çocuklar için çok faydalıdır. Aksoy, gelir düzeyi yüksek olan ailelerde ortodontik tedavi görme talebinin aileden geldiği, gelir düzeyi düşük ailelerde hastayı tedaviye bir diş hekiminin yönlendirmiş olduğunu bulmuştur. Lewit ve Virolainen, akran onayı almış, arkadaşları tarafından tedaviye yönlendirilen hastaların tedaviye olan iş birliğinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (25).

Birkeland ve ark., ebeveynlerin ortodontik tedaviye ilgisinin daha fazla olduğunu, tedavi görme konusunda çocuktan daha istekli olduğu sonucunu bulmuştur (164). Aksoy ve ark. ise hastaları ortodontik tedaviye yönlendiren asıl etkenin estetik

kaygılar olduğu, fonksiyonel kaygıların daha az etkili olduğu sonucuna varmıştır. Çalışmamızda ortodontik tedaviye yönlendiren temel etkenin diş hekimi ve aile talebi olduğu saptanmıştır. Bu bulgumuz literatürdeki birçok çalışmayla uyum içindedir (161,163,164).

Albino ve ark., ailenin ortodontik tedaviye isteğinin kooperasyonu olumsuz etkilediğini ileri sürmüştür (28). Daniels ve Seacat, tedavi kooperasyonunda hastanın içsel motivasyonunun ailenenin motivasyonundan daha etkili olduğu sonucuna varmıştır (38). Bizim çalışmamızda ise hastanın kendisi, aile, arkadaş ve diş hekimleri arasında tedaviye yönlendiren etkenlerin tedavi kooperasyonuna bir etkisi bulunamamıştır.

Hastaların psikolojik durumlarındaki değişikliğin ortodontik tedaviye olan etkilesini inceleyen çalışmalar mevcuttur (28,44,45,51). Bu çalışmalar, tedavi esnasında hastanın psikososyal durumuna dikkat edilmesinin tedavi sürecine katkı sunacağı konusunda hem fikirdir. Spielberger' e göre kaygı bulaşı bir kavramdır ve ebeveyn kaygısı, çocuğun davranışları üzerinde etkili olabilir (90). Ortodontik tedavinin önemli bir ayağı olan ebeveynlerin de psikolojik durumlarının incelenmesi kooperasyonun daha iyi anlaşılabilmesi için bize yeni pencereler açabilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin psikolojik durumlarını tespiti için kaygı seviyesi ve mizaç özellikleri incelenmiştir. Durumluk kaygı bireyin içinde bulunduğu durumdan dolayı oluşan, zamana ve duruma bağlı olarak değişebilen bir kaygı türüdür. Bu kaygı Spielberger' in tanımına göre kinetik enerjidir. Durumluk kaygısı artmış bireyler fiziksel ve davranışsal açıdan bunu etrafına yansıtmakta, bu da çevresindeki bireyleri etkileyebilmektedir (111). Ortodontik tedavi sürecinde anlık ve subjektif olarak oluşan ebeveynin kaygı türü çocuğu da etkileyebilmekte, bu da tedavi kooperasyonunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin durumluk kaygısının kooperasyon üzerine etkileri incelendiğinde, durumluk kaygının kooperasyonu istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızda ebeveynin durumluk kaygı seviyesi arttıkça hastanın kooperasyonunun azalacağı sonucuna varılmıştır.

Kaygı ve ortodontik tedavi arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalarda Laskin, kaygının hasta iletişimini bozarak tedavi kooperasyonunu bozabileceğini, Hou ve ark. ise çekimli ortodontik tedavinin kaygıyı daha fazla arttırdığını bildirmiştir (36,165). Bu çalışmalara karşın Amado ve ark., kaygı düzeyindeki artışın hasta kooperasyonu üzerinde bir etkisinin olmadığını rapor etmiştir (39).

Spielberger' in "iki etmenli kaygı kuramının" bir diğer türü sürekli kaygıdır. Durum ve zamana göre değişmeyen sürekli kaygı, ebeveynde ortodontik tedavi sürecinden bağımsız olarak var olan uzun süreli bir kişilik özelliğidir (104). Spielberger' e göre sürekli kaygı potansiyel enerjidir (110). Bireyin karakteriyle bütünleşmiş ve dışarıdan gözlemlenmesi zordur (101). Literatürde sürekli kaygı ve ortodontiyi konu alan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmalarda ortodontik tedavinin kaygı seviyesi üzerine etkili olduğu görülmüştür (40). Bunun üzerine çalışmamızda ebeveyndeki sürekli kaygı ve hasta kooperasyonu arasındaki ilişki incelenmiş ve ebeveyndeki sürekli kaygı seviyesinin arttıkça hasta kooperasyonun da arttığı bulgusuna varılmıştır. Sürekli kaygı düzeyi artan ebeveynler, çocuklarına karşı koruyucu-istekçi bir tutum gösterir. Bu ebeveynler çocukları üzerinde daha çok karışan, kontrolcü ve denetleyen rol oynar. Sürekli kaygı düzeyi artan ailelerin ortodontik tedavi esnasında çocuğunun randevularını aksatmaması, lastik kullanımının takibi, doktorun tavsiye ve uyarılarını daha çok dikkate alması tedavi kooperasyonu açısından olumlu olabilir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken bir konu da kaygı düzeyi patolojik olarak artan ebeveynlerin, çocuğun bireysel ve sosyal gelişimini baskılayıp olumsuz yönde etkileme ihtimalidir. Sarı ve ark., ebeveynlerdeki sürekli kaygı seviyesini tedavi süresi boyunca ölçümlemiş ve tedavi boyunca sürekli kaygı seviyesinde bir değişimin olmadığını, ortodontik tedavinin daha çok durumluk kaygısıyla ilişki olabileceğini bildirmiştir (166). Yıldırım ve Karaçay ise ortodontik tedavinin ebeveyndeki sürekli kaygı düzeyini değiştirmedeğini ancak bu sonucun ölçümlerin kısa zaman aralığında yapılmış olduğundan kaynaklanabileceğini ifade etmiştir (167).

Çalışmamızda ebeveynlerin mizaç özelliklerinin kooperasyona etkisi incelenmiş ve ebeveynin hipertimik, siklotimik, irratabl, depresif veya anksiyöz mizaçta olmasının tedavi kooperasyonuna bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda her ne kadar ebeveynlerin mizaç özelliklerini incelense de Bos, Egolf, Güray, Allan, Hodgson ve Nanda gibi araştırmacıların kişilik testleri üzerine yaptığı çalışmalarla benzer çizgidedir (17,22,33). Bu araştırmacılar kişilik testlerinin kooperasyonun derecesini belirlemede güvenilebilecek bir parametre olduğunu söylemişlerdir. Amado ve ark. da 70 erişkin ortodonti hastası üzerinde çalışma yapmış ve karakter özelliklerin kooperasyonu etkileyebileceğini ispatlayan yeterli kanıt olmadığını bildirmişlerdir (39). Bizim bulgumuzun aksine kişilik özelliklerinin kooperasyonda etkili olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur. Albino ise ebeveynler için “Social Desirability Scale”, çocuklar için ise “Personality Research Form” gibi spesifik kişilik testlerinin kooperasyonu değerlendirmede kullanılabileceğini söylemiştir (29). Çalışmalar arasındaki bu tutarsızlık, kullanılan kişilik ölçeklerinin farklı olmasından kaynaklı olabilir. Bununla beraber henüz kişilik ve mizaç özelliklerinin kooperasyonla ilişkisi belirleyen objektif bir ölçek geliştirilememiştir.

Sosyal iletişim esnasında en çok yüze, gözlere ve dişlere dikkat edilmektedir. Dişlerin şeklinde veya hizalanmasında mevcut olan bir anomali, bireyin sosyal hayatını etkileyebilmekte ve özsaygısının azalmasına neden olabilmektedir. Ortodontik maloklüzyonun sınıflaması ve hasta tarafından algılanma seviyesi, tedavi motivasyonunu etkileyebilecek bir parametre olarak göze çarpmaktadır. Farklı ortodontik anomalilerin, hasta psikolojisine etkisi üzerine birçok çalışma mevcuttur. Dahong ve ark., hasta psikolojisini en çok etkileyenden daha az etkileyene doğru maloklüzyonları; Sınıf III, Sınıf II Bölüm 1, Sınıf II Bölüm 2, Sınıf I anomali olarak sıralamıştır (31). Tedavi motivasyonunun maloklüzyonla ilişkisini inceleyen bir çalışmada Sınıf II bireylerin Sınıf III bireylerden daha motive olduğu sonucu rapor edilmiştir (54). Ülkemizde Cura ve ark., maloklüzyon tipini ve hastanın maloklüzyon algısını, ortodontik tedavi kooperasyonunu öngörmede parametre olarak kullanmışlardır ancak bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanamamıştır (35). Çalışmamızda da ortodontik anomalinin sınıflamasının tedavi kooperasyonuna etkisi incelenmiş ve Cura ve ark.’nın çalışmasında olduğu gibi herhangi bir anlamlı bulgu saptanamamıştır. Bu durumda tek başına maloklüzyon tipinin, kooperasyonu öngörmede kullanılabilecek bir parametre olmadığı görülmektedir. Bu duruma hastalar, aynı maloklüzyon grubunda olsalar dahi,

problemlerinin minör rotasyonlardan şiddetli vertikal, sagittal ve transversal yönde çene bozukluklarına kadar geniş bir yelpazede çeşitlilik göstermesi, mevcut sınıflamanın yetersiz kalması neden olmuş olabilir.

Ortodontik tedavinin başarısı kullanılan tedavi mekaniği ve hastanın kabullenmesiyle doğrudan bağlantılıdır. Sabit ve hareketli ortodontik apareylerin hasta tarafından kabulü ve kullanımı farklılık göstermektedir. Hareketli apareylerin kullanımı çoğunlukla hastaya bağımlı iken, sabit ortodontik ataçmanlar ise göreceli olarak hareketli apareylere göre hastadan daha bağımsızdır. Bununla birlikte sabit mekaniklerin bukkal veya lingual ataçmanlı olması, fonksiyonel aygıtların ise hareketli veya sabit olması hastanın tedavi mekaniğini kabulü açısından farklılık oluşturmaktadır (168).

Aksoy ve ark., Sınıf II anomalinin tedavisi için monoblok, headgear ve Sınıf II elastiki kendi içinde karşılaştırmış ve tercih edilen bu tedavi biçimlerinin tedavi kooperasyonu üzerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (163). Çalışmamızda da, sabit ortodontik ataçmalar ile hareketli ortodontik apareylerin tedavi kooperasyonu açısından hangisinin daha avantajlı olduğu sorgulaması yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bu çalışmalara ek olarak, benzer ortodontik anomalilerde kullanılan, farklı tedavi mekaniklerinin kooperasyonla ilişkisini konu alan ilave araştırmalar literatüre katkı sunabilir.

Hasta ile hekim arasındaki iletişim, uyum ve samimiyetin kooperasyon üzerine etkileri mevcuttur. Hasta hekim ilişkisinin geliştirilmesi için birçok araştırmacı davranış modelleri geliştirmiştir. Sinha ve ark., tedavi kooperasyonunu iyileştirme yolunun, hasta ve hekimin memnuniyetini arttırmaktan geçtiğini vurgulamıştır (9). Nanda da kooperasyonu öngören yegane faktör olarak hasta-ortodontist ilişkisinden bahsetmektedir (5). Bos ve ark., hasta memnuniyeti ile tedavi kooperasyonu arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmiştir (34). Çalışmamızda tedaviye refakat eden ebeveynlere memnuniyet anketi uygulanmış ve elde edilen bulgulara göre ebeveyn memnuniyeti ve kooperasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Daniels ve Seacat' de bizim çalışmamızla uyumlu olarak hasta motivasyonunun kooperasyonla ilişkili olduğunu ama ailenin motivasyonunun hasta kooperasyonu üzerine

istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (38). Hasta ve ebeveyninin kendini güvende hissettiği, doktorunun uyarı ve tavsiyelerini dikkate aldığı, tedavi beklentisinin karşılandığı bir hasta– hekim ilişkisi, şüphesiz ortodontik tedaviye katkı sunacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken bir diğer konu da tedavi memnuniyetinin artırılması için hasta, ebeveyn ve ortodontiste büyük görev düşmekte ve uzun süren tedavi sürecini empati ve anlayışla yürütülmesi gerekliliğidir. Günümüzde önemi daha da artan hasta–hekim ilişkisi hem tedavi kooperasyonu açısından hem de ideal davranışsal modelin belirlenebilmesi açısından araştırmaya açık bir alandır.

Ortodontik tedavi anomalinin tipi ve şiddetine göre farklı zaman aralıklarında sürdürülen bir tedavi biçimidir. Maloklüzyona göre ortodontik tedavi 6 ay ile 2,5 -3 yıl civarında sürmektedir. Çalışmamızda ortodontik tedavi süresinin hasta kooperasyonu ile ilişkisi incelenmiş ve tedavi süresi uzadıkça hasta kooperasyonun olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Tedavinin uzaması, hastanın tedavinin sağlayacağı katkıya olan inancının azalmasına, tedavinin başarısına olan umudun yitirilmesine, ortodontistin hasta ile uzun süreli iletişimin getirdiği sıkılma, gerginlik yaşama ihtimali ve bıkkınlık hali gibi problemlere neden olmaktadır. Ortodontik tedavinin gereksiz uzaması, hasta– hekim ilişkisini etkileyecek ve hasta memnuniyetini azaltacaktır. Güray ve ark. özellikle 36 ayı aşan tedavilerde kooperasyonun önemli ölçüde azaldığını saptamış olduğu bu bulgu bizim çalışmamızla örtüşmektedir (32). Oliveira ve ark. da tedavi süresi artıkça memnuniyetin azaldığını, bunun da kooperasyona olumsuz etkisinin olabileceğini bildirmiştir (42). Ortodontik tedavinin süresinin uzaması çürük ve periodontal hastalık riskini artırmasının yanında hedeflenen estetik ve oklüzyondan uzaklaşmaya sebebiyet verecektir. Bu durum tedavinin başarısız olmasına, ortodontistin emeğinin heba olmasına, tedavinin erken sonlandırılmasına neden olabilir. Bundan dolayı, tedaviye başlamadan kooperasyonu öngörmek, hastanın ve ortodontistin psikolojik özelliklerini ve beklentilerini saptamak ve tedaviyi en ideal sürede bitirecek planlama ve çabayı göstermek faydalı olacaktır.

Çalışmamızda ikinci örneklem grubu, klinikte görevli doktorlardır. Çalışmaya katılan doktorların 7' si kadın, 8'i erkektir. Fakültemizde hem uzmanlık hem de doktora eğitimi uygulandığından dolayı hekimlerin eğitim programlarında da

farklılık bulunmaktadır. Hekimlerin %66,6' sı uzmanlık eğitimi, %33,3' ü ise doktora eğitimi almaktadır. Kliniğimizde görev yapan doktorların %20' si yabancı uyruklu, %80' i ise T.C vatandaşıdır. Örneklem grubu seçilirken hekimlerin olabildiğince ortodonti eğitimlerinin farklı dönemlerinde olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadın doktorlar, tedavi kooperasyonu açısından daha başarılı bulunmuşlardır. Ortodontistler için olmasa da, tıp doktorları arasında cinsiyete göre tedavi başarısı incelenmiş ve kadın doktorların tedavilerinin daha başarılı olduğu sonucuna varan çalışmalar vardır (169). Bu çalışmaya ek olarak 2019 yılında A.B.D' nde kadın ve erkek doktorlara bazı cerrahi uygulamalar yaptırılmış ve cinsiyetlerden herhangi birinin diğerinden daha başarılı olmadığını saptanmıştır. Artık günümüz dünyasında bilgiye ulaşmanın ve pratik tecrübenin diğer tüm parametrelerden daha önemli olduğu vurgulanmıştır (170).

Nanda' ya göre kooperasyondaki en önemli faktör hasta-ortodontist ilişkisidir. Doktor ve hasta arasında yeterli iletişimin olmaması kooperasyonu olumsuz etkiler. Kliniğimizde görev yapan doktorların bir kısmının yabancı uyruklu olması, çalışmamızda bu parametrenin de araştırılmasının faydalı olacağını düşündürmüştür. Yapılan istatistiki değerlendirmeler sonucunda, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan doktorların yabancı uyruklu doktorlara göre tedavi kooperasyonunda daha başarılı olduğu görülmüştür. Bu durum tedavi kooperasyonunda hasta iletişimin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Hastalarla yeterli iletişime geçilememesi, kendini ifade etmede yaşanan eksiklik kooperasyon düzeyini azalmaktadır.

Stewart' ın hasta- doktor ilişkisini inceleyen derlemesinde, doktorun deneyimi ile bilgi, beceri ve iletişim yeteneklerinin arasında pozitif bir korelasyon olduğu vurgulanmıştır (171). Çalışmamızdaki istatistiki bulgu da ortodontistin hekimlik tecrübesi, hastalarının tedavi kooperasyonu ile pozitif ilişkili olduğu yönündedir. Hastasıyla daha doğru bir iletişim modeli kuran, özgüveni yüksek, klinik bilgi ve tecrübesini hastasına daha iyi yansıtan hekim, hastaya güven vermekte bu da hasta- hekim ilişkisini güçlendirmektedir. Fakültede görev yapan doktorların ortodonti eğitimine başladığı yıla göre kooperasyon düzeyi incelendiğinde, ortodonti eğitimine yeni başlayan doktorların hastalarının daha kooperatif olduğu görülmektedir.

Bu bulgu yukarıda bahsedilen hekimlik tecrübesi ve kooperasyon ilişkisiyle tutarsız gibi görünse de bu durum tedavi süresiyle ilgilidir. Ortodonti eğitimine yeni başlayan hekimin hastası da tedaviye yeni başlayacak, böylelikle tedavi sürecinin getirdiği olumsuz faktörlerden daha az etkilenecektir. Ortodonti eğitiminin daha ileri dönemlerinde olan uzmanlık öğrencilerinin mevcut hastalarının da tedavi süresi uzamış veya kooperasyon sorunundan ötürü tedavisi zamanında bitirilememiş olması bu sonucu doğurmuş olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan ortodontistlerin diş hekimliği fakültesinden mezun olduğu yıl ile ortodonti eğitimine başladığı yılın farklılık göstermesi bu ayrımı açıklamaktadır.

Çalışmamızda ortodontistlerin yaş, medeni hal ve aylık gelir düzeylerinin de tedavi kooperasyonu ile ilişkisi incelenmiş ve kooperasyonla anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç fakültemizde görev yapan hekimlerin yaş ve aylık gelir düzeylerinin benzer seviyede olmasından dolayı olmuş olabilir. Bununla birlikte ortodonti eğitim programındaki farklılığın kooperasyona etkisi de incelenmiş, uzmanlık eğitimi veya doktora eğitimi alan hekimlerin arasında kooperasyon konusunda bir farklılık bulunamamıştır. Bu sonuç hekimlerin aynı çatı altında benzer teorik ve klinik eğitim müfredatı gördüklerinden kaynaklı olabilir.

Literatürde tedavi kooperasyonu ile ilişkisi irdelenen psikolojik parametrelerin büyük çoğunluğunun hastayla ilişkili olması, ortodontistlerin psikolojik özelliklerini inceleyen çalışmaların olmaması bu çalışmayı değerli kılmaktadır. Çalışmamızda ortodontistin kaygı düzeyinin hasta kooperasyonu üzerine etkisi olabileceği düşünülmüş ve bu konu incelenmiştir. Kaygı, durumluk ve süreklilik kaygı olarak ayrı ayrı incelenmiştir. Yapılan istatistikî analiz sonucunda ortodontistin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyinin tedavi kooperasyonunda anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Ayrıca ortodontistlerin kaygı düzeyleriyle birlikte depresyon skoru da incelenmiş ve durumluk- süreklilik kaygı düzeyi gibi depresyon seviyesinin de kooperasyonla anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır.

Doktorların kaygı düzeyini ve tükenmişlik seviyesini araştıran çalışmalar literatürde mevcuttur. Mesleki tatminsizlik, işyeri mobingi, fiziksel ve sözlü saldırı, yoğun iş temposu, gerçekçi olmayan hasta beklentisi ve tükenmişlik sendromu gibi

nedenlerle diş hekimlerinin kaygı düzeyi artabilmektedir (172). Bununla birlikte Kanada’ da yapılan bir araştırmada diş hekimliği uzmanlık dallarında en fazla stres ve kaygı yaşayan uzmanlık dalının ağız-diş-çene cerrahisi ve radyolojisi olduğu, en az stres yaşayan uzmanlık dalının ise ortodontistler ve periodontologlar olduğu belirtilmiştir (173). Bu çalışmada belirtildiği üzere göreceli olarak ortodonti alanında kaygı ve stres düzeyinin düşük olması, kooperasyonla ilişkili olmamasına sebep olmuş olabilir. Bununla birlikte bundan sonra yapılacak çalışmalarda ortodontist örnekleminin yaş, hekimlik tecrübesi, tükenmişlik düzeyi gibi paratetrelerde daha heterojen olması daha farklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızın öne çıkan bulgularından biri de, ortodontistin mizaç özelliklerinin hasta kooperasyonunda etkili olmasıdır. Yapılan inceleme sonucunda ortodontistin hipertimik veya siklotimik mizaçta olması kooperasyonu olumlu etkilediği görülmektedir. Doktorun irritable, anksiyöz ve depresif mizaca sahip olması kooperasyon üzerinde anlamlı etkiye sahip değildir. Hipertimik mizaç özelliği gösteren bireyler; özgüveni yüksek, şakacı, sıcakkanlı, dışa dönük ve sosyal becerilere sahip ve konuşkan olma gibi özellikler gösterir. Siklotimik bireyler; keskin algılama, detaycı, işinde titiz olma, zıt duygularını birlikte yaşama gibi özellikler taşır. Bu özellikler hastayla olan iletişimi geliştirmekte ve hastanın tedaviye daha katılımcı olmasını sağlamaktadır. Hipertimik ve/ veya siklotimik mizaç özelliği gösteren ortodontistlerin, detaycı olmaları ve klinik işlemlerini dikkatli yapmaları tedavinin aksamadan ilerlemesini sağlayabilir. Ayrıca bu mizaçta olan ortodontistler, sosyal becerilerinin yüksek olması sayesinde hastayı tedavi sürecine daha rahat dahil edebilmekte ve özgüven yüksekliği ile hasta ve ailede güven uyandırmaktadır.

Kişilik özelliğini inceleyen çalışmalara bakıldığında, literatürün hemen hepsi ortodontik tedavi gören hastanın kişilik özelliğini araştırmaktadır. Literatürde ortodontistin kişilik özelliği ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır (22,24,46).

Getz, ortodontistlerin hastaları ile iletişim stillerinin hasta davranışında etkili olduğunu araştırmıştır. Bu iletişim biçimlerinin ise ortodontistin kişilik özelliklerine bağlı olduğu sonucuna varmıştır. Ancak bu durumun tek başına bir gösterge olmadığını, hasta davranışlarının tedavi süresi, cinsiyet ve yaştan etkilenebileceğini

de belirtilmiştir (62). Oliveira' da hasta kooperasyonu için ortodontist- hasta ilişkisinin yüksek olması gerektiğini ve bunun da kişilik özelliklerinden etkilenebileceğini vurgulamıştır (63).

Kişilik özellikleriyle ilişkisi incelenen bir diğer parametre de memnuniyet ve ağrı düzeyidir. Hastanın veya ailesinin nevrozizmlik skorunun yüksek olması memnuniyeti azaltmakta dolayısıyla tedavi başarısını olumsuz etkilemektedir (174). Ayrıca bu hastalarda hissedilen ağrı da tedavi başarısıyla doğru orantılıdır. Rodriguez'in yaptığı çalışma ise çalışmamızla tutarlı olarak ortodontist-hasta ilişkisinin kişilik özellikleriyle ilgili olduğunu ve ortodontistin tedavide motive edici rolde olması gerektiğini bildirmiştir. Özellikle hipertimik mizaç özelliği gösteren ortodontistlerin yüksek sosyal becerileri sayesinde hasta- hekim ilişkisinde daha başarılı olmakta ve bu bulgumuz Rodriguez'in yaptığı çalışmayla örtüşmektedir (175).

Ortodontide hasta kooperasyonu, birkaç faktöre indirgenip öngörülebilecek bir konudan daha fazlasıdır. Ancak bulgularımıza dayanarak özellikle ortodontistin kişilik ve mizaç özelliklerinin tedavi kooperasyonunda etkili bir parametre olduğu söylenebilir. Psikolojik parametrelerin tespiti için kullanılacak ölçeklerin, çalışmamızda olduğu gibi uluslararası geçerlilik güvenilirliği olan yaygın kullanılan ölçekler olması, bundan sonra yapılacak olan tedavi kooperasyonunu irdeleyen çalışmalarda literatürün daha rahat tartışılabilmesine imkan sağlayacaktır. Hasta kooperasyonunu formülize etmek zor olsa da, yapılacak çalışmalar neticesinde kooperasyonun daha iyi değerlendirilmesi tedavi kalitesine katkı sunacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ebeveynler ile ortodontistlerin, sosyodemografik ve psikolojik özelliklerinin kooperasyonla ilişkisinin değerlendirildiği çalışmamızda şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Ebeveynlerin yaş, cinsiyet, ekonomik gelir, yaşanılan yer, medeni hal, kardeş sayısı ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri tedavi kooperasyonu üzerinde etkili değildir.
2. Ortodontik tedaviye yönlendiren etkenin ne olduğunun, tedavi kooperasyonu üzerinde bir etkisi yoktur.
3. Ortodontik tedavinin süresi uzadıkça tedavi kooperasyonu düşmektedir.
4. Ebeveynin kaygı seviyesi ve türü tedavi kooperasyonunda önemlidir. Ebeveynin durumluk kaygısının artması tedavi kooperasyonunu olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte ebeveynin süreklilik kaygısı arttıkça tedavi kooperasyonu da artmaktadır.
5. Ebeveynin mizaç ve kişilik özelliklerinin, tedavi kooperasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi mevcut değildir.
6. Tedaviyi yürüten ortodontistlerin cinsiyeti, uyruğu, hekimlik deneyimi kooperasyon üzerinde etkilidir. Kadın ortodontistlerin sorumluluğundaki hastalar, erkek ortodontistlerin sorumluluğundaki hastalardan daha kooperedir.
7. Hasta-ortodontist ilişkisi tedavi başarısı için çok önemlidir. Yabancı uyruklu ortodontistler iletişim ve kooperasyon konusunda daha dezavantajlıdır.
8. Ortodontistin hekimlik tecrübesi artıkça hastasının kooperasyonu da artmaktadır.
9. Ortodontistin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyinin, hasta kooperasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.
10. Ortodontistin kişilik ve mizaç özellikleri tedavi başarısı açısından önemlidir. Hipertimik ve siklotimik mizaçta olan hekimler, hasta iletişimi ve tedavi kooperasyonu konusunda daha başarılıdırlar.

Ortodontik tedavinin başarılı olması için en temel gerekliliklerden biri de hasta kooperasyonudur. Hasta kooperasyonu, basit bir faktöre indirgenemeyecek kadar çok parametreden etkilenen kompleks bir yapıdır. Hasta kooperasyonunda yaşanan aksaklık, en iyi şekilde hazırlanan tedavi planını bile eksik bırakabilir. Özellikle hasta ve hekimin duygudurumunu inceleyen çalışmaların artması, tedavi kooperasyonunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.



ÖZET

Ortodontik Tedavi Kooperasyonunu Etkileyen Psikolojik ve Klinik Parametrelerin İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı; ortodontistin ve hasta ebeveyninin sosyodemografik ve psikolojik özelliklerinin, ortodontik tedavi kooperasyonuna etkisini ölçmekle amaçlanmıştır.

Çalışmamıza Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi'nde aktif tedavi gören 337 ortodonti hastasının ebeveynleri (164 kadın ve 173 erkek) ve bu hastaların tedavisini yürüten 15 ortodontist (7 kadın ve 8 erkek) katılmıştır. Hasta ebeveynlerinin sosyodemografik parametrelerinin tespiti için sosyodemografik anket formu, psikoloji parametrelerinin tespiti için ise geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış TEMPS-A Mizaç Ölçeği ve Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Ortodontistlere bu ölçeklere ek olarak BECK Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların tedavi kooperasyonunu belirlemek için çalışmaya katılan hekimlerden, sorumlu oldukları hastaların kooperasyon seviyesini Ortodontik Hasta Kooperasyon Ölçeği ile değerlendirmesi istenmiştir. Elde edilen bulgular SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve ebeveynin afektif mizacının tedavi kooperasyonu üzerinde herhangi bir etkisi yoktur ($P > 0,5$). Buna rağmen ebeveyndeki sürekli kaygı seviyesi artması kooperasyonu olumlu etkilemekte iken, durumluk kaygının artması ise kooperasyonu olumsuz etkilemektedir ($P < 0,5$). Hastanın tedavi süresinin artması da tedavi kooperasyonunu olumsuz etkilemektedir ($P < 0,5$). Ortodontistin durumluk ve sürekli kaygı seviyesinin ise tedavi kooperasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur ($P > 0,5$). Hipertimik veya siklotimik mizaca sahip olan hekimler, ortodontik tedavi kooperasyonu açısından daha başarılıdır.

Ortodontik tedavinin en temel gerekliliklerinden biri olan hasta kooperasyonu, basit birkaç faktöre indirgenemeyecek kadar birçok parametreden etkilenmektedir. Ortodontistin ve ebeveynin duygudurumuna yönelik yapılacak daha fazla çalışma ile hasta kooperasyonu daha iyi anlaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta kooperasyonu, Afektif mizaç, Kaygı, Depresyon

ABSTRACT

Analysis of Psychologic and Clinical Parameters That Affect Orthodontic Treatment Cooperation

Aim of this study was to determinate the effects of sociodemographic and psychological characteristics of the orthodontist and the patient's parents on orthodontic treatment cooperation.

Sample of this cross- sectional study consisted of 15 (7 females and 8 males) orthodontist and 337 (164 females and 173 males) orthodontic patient's parents. Sociodemographic questionnaire form was used to determine the sociodemographic parameters of the patient's parents, and TEMPS-A Temperament Scale and State-Trait Anxiety Inventory with validity and reliability were used to determine the psychology parameters. In addition to these scales, orthodontist also marked Beck Depression Inventory. In order to determine the treatment cooperation of the patients, orthodontist applied Orthodontic Patient Cooperation Scale to determine the level of treatment cooperation of their patients. Findings were evaluated using SPSS 22.0 software.

According to the results, there were no significant differences between sociodemographic characteristics and affective temperaments of parents ($P >.05$). Nevertheless, continuous anxiety level in the parents had a positive effect on cooperation, whereas increased state anxiety had a negative effect on cooperation. Despite the fact that, continuous anxiety level in the parents had a positive effect on cooperation ($P <.05$), whereas increased state anxiety had a negative effect on cooperation ($P <.05$). Also, longer duration of the treatment negatively affects treatment cooperation ($P <.05$). Orthodontist's state-trait anxiety level between treatment cooperation, there were no significant differences ($P >.05$). Orthodontists that possess hyperthymic and cyclothymic temperance are more successful with orthodontic treatment cooperation.

Patient cooperation, which is one of the basic requirements of orthodontic treatment, is affected by too many parameters that cannot be reduced to a few simple factors. Futher researches are required to help for better understanding patient cooperation.

Keywords: Patient cooperation, Affective temperament, Anxiety, Depression

KAYNAKLAR

1. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Contemporary orthodontics. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby 2013; 5-20.
2. Ristic M, Svabic MV, Sasic M, Zelic O. Effects of fixed orthodontic appliances on subgingival microflora. International Journal of Dental Hygiene 2008; 6(2): 129-36.
3. Keim RG. Behavioral considerations in orthodontic treatment. Samir E. Bishara, Textbook of Orthodontics, 2001; 454-462.
4. Beckwith FR, Ackerman RJ, Cobb CM, Tira DE. An evaluation of factors affecting duration of orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofac 1999; 115: 439-447.
5. Nanda RS, Kierl MJ. Prediction of cooperation in orthodontic treatment. Am. J. Orthod. and Dentofac. Orthop. 1992; 102: 15-21.
6. Mehra T, Nanda RS, Sinha PK. Orthodontists' assessment and management of patient compliance. Angle Orthod 1996; 68(2):115-122.
7. Cruyton WR. Child behavior and dental experience. J Dent Children 1967; 34: 212-217.
8. Graber TM. Patient motivation. J Clinic Orthod 1971; 670-688.
9. Sinha PK, Nanda RS, Mc Neil DW. Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship and patient adherence in orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofac 1996; 110: 370-7.
10. Pietila T, Pietila I. Parents' views on their own child's dentition compared with an orthodontists assesment. Eur J Orthodont 1994; 16: 309-16.
11. Taşçeviren F. Kolay Kısa Keyifli Psikoloji. İstanbul: Carpe Diem Yayınları 2010; 3-9.
12. Shelly L, Jonathan H. Review of General Psychology. 2005; 9(5): 103–110.
13. Işık F, Sayınsu K, Trakyalı G, Arun T. Hastanın psikolojik durumunun ya da kişilik özelliklerinin ortodontik tedavi başarısı üzerine etkileri. Türk Ortodonti Derg. 2004; 17(3): 347-353.
14. Graber TM, Vanarsdall RL. Orthodontics, Current Principles and Techniques. Second edition. Missouri: Mosby Co 1994; 24-27.
15. Shaw WC, Gbe MJ, Jones BM. The expectations of orthodontic patients in South Wales and St Louis. Br J Orthod. 1979; 6(4): 203-205.
16. Wedrychowska A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. Expectations of treatment and satisfaction with dentofacial appereance in orthodontic patients. Am J Orthod Dentofac 2003; 123: 127-32.
17. Egolf RJ, BeGole EA, Upshaw HS. Factors associated with orthodontic patient compliance with intraoral elastics and headgear wear. Am J Orthod Dentofac 1990; 97(4): 339-348.

18. Karkhanechi M, Chow D, Sipkin J, Sherman D, Boylan RJ, Norman RG, Craig RG, Cisneros GJ. Periodontal status of adult patients treated with fixed buccal appliances and removable aligners over one year of active orthodontic therapy. *Angle Orthod* 2012; 83:146-51.
19. Saud AA, Nigel WT. Quantifying plaque during orthodontic treatment. *The Angle Orthodontist*. 2012; 82(4): 748-753.
20. Amy ER, Airton OA, Mathilde CP, Woosung S. Incidence of caries lesions among patients treated with comprehensive orthodontics. *Am J Orthod Dentofac* 2011; 139: 657-664.
21. Crowley RE, Klebanoff SG, Singer JL, Napoli PJ. Relationship between personality factors and cooperation in dental treatment. *J Dent Res* 1956; 35(1): 157-165.
22. Allan TK, Hodgson EW. The use of personality measurements as a determination of patient cooperation in an orthodontic practice. *Amj Orthod* 1968; 54: 433-40.
23. Starnbach HK, Kaplan A. Profile of an excellent orthodontic patient. *Angle Orthod* 1975; 45: 141-5.
24. Kreit LH, Burstone C, Delman L. Patient cooperation in orthodontics. *J Am Coll Dent* 1968; 35: 327-322.
25. Lewit DW, Virolainen K. Confirmity and independence in adolescent's motivation or orthodontic treatment. *Child Dev* 1968; 38: 1189-1200.
26. Weiss J, Diserens D. Health behavior of dental professionals. *Clin Prevent Dent* 1980; 2: 5-8.
27. Slakter MJ, Albino JE, Fox RN, Lewis EA. Reliability and stability of the orthodontic patient cooperation scale. *Am J Orthod Dentofac* 1980; 78(5): 559-63.
28. El-Mangoury NH. Orthodontic Cooperation. *Am J Orthod Dentofac* 1981; 80: 604- 622.
29. Albino JE, Lopes CE, Tedesco LA, Cornell JE, Cunat JJ. Predicting cooperation in orthodontic treatment. *Journal of Dental Research* 1987; 66: 222-242.
30. Albino JE, Lawrence SD, Lopes CE, Nash LB, Tedesco LA. Cooperation of adolescents in orthodontic treatment. *Journal of Behavioral Medicine* 1993; 165-34.
31. Dahong X, Xiangrong C, Ying L. Effect of incisor position on the self-perceived psychosocial impacts of malocclusion among Chinese young adults. *Angle Orthod* 2013; 83:617-22.
32. Güray E, Orhan M, Ertaş E. Ülkemizdeki hasta kooperasyonunun değerlendirilmesi. *Türk Ortodonti Dergisi* 1994; 7(2): 177-86.
33. Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. On use of personality characteristics in predicting compliance in orthodontic practice. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2003; 123: 568-570.
34. Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. Towards a comprehensive model for the study of compliance in orthodontics. *Eur J Orthodont* 2005; 27: 296-301.

35. Cura N, Kastaryova VK. Ortodontik Tedavide Hasta Kooperasyonunun Öngörülmesi: Maloklüzyonun Algılanması ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Doktora tezi. İstanbul 2006.
36. Hou JQ, Yan ZB, Zhang Y, Peng H, Lai WL. Psychological impact on the adolescent patients at the beginning of the fixed orthodontic treatment. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2008; 26: 644-7.
37. Lee SJ, Sug-Joon A, Tae-Woo K. Patient compliance and locus of control in orthodontic treatment: a prospective study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2008; 354-358.
38. Daniels AS, Jason DS, Marita RI. Orthodontic treatment motivation and cooperation: a cross-sectional analysis of adolescent patients and parents responses. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2009; 780-787.
39. Amado J, Sierra AM, Gallón A, Álvarez C, Baccetti T. Relationship between personality traits and cooperation of adolescent orthodontic patients. *The Angle Orthodontist*, 2008; 78(4): 688-691.
40. Trakyalı, G, Isik-Ozdemir F, Tunaboylu-Ikiz T, Pirim B, Yavuz AE. Anxiety among adolescents and its affect on orthodontic compliance. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2003; 27(4): 205.
41. Kovalenko A, Slabkovskaya A, Drobysheva N. The association between the psychological status and the severity of facial deformity in orthognathic patients. *Angle Orthod* 2012; 82: 396-402.
42. Oliveira CM, Sheiham A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 426-36.
43. Tervonen MM, Pirttiniemi P, Lahti S. Development of a measure for orthodontists to evaluate patient compliance . *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 139(6): 791-6.
44. Allan TK, Hodgson EW. The use of personality measurements as a determinant of patient cooperation in an orthodontic practice. *Am J Orthod Dentofac* 1968; 54: 433-40.
45. Crawford TP. A multiple regression analysis of patient cooperation during orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac* 1974; 65: 436.
46. Rinchuse DJ, Rinchuse DJ, Zullo TG. Oral hygiene compliance: A clinical investigation. *J Clin Orthod* 1992; 26(1): 33-42.
47. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek geliştirme klavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği 1997.
48. Cucalon A, Smith RJ. Relationship between compliance by adolescent orthodontic patients and performance on psychological tests. *Angle Orthod* 1989; 60: 107-113.
49. Lyons EK, Ramsay DS. A self-regulation model of patient compliance in orthodontics: Implications for the design of a head gear monitor. *Seminars in Orthod* 2000; 6(4): 224-230.
50. Serogl HG, Klages U, Pempera J. On the prediction of dentist evaluated patient compliance in orthodontics. *Eur J Orthodont.* 1992; 14: 463-8.

51. Richter DD, Nanda RS, Sinha PK, Smith DW. Effect of behavior modification on patient compliance in orthodontics. *Angle Orthod* 1998; 68(2): 123-32.
52. Sergl HG, Zentner A. Predicting patient compliance in orthodontic treatment. *Seminars in Orthod* 2000; 6(4): 231-6.
53. Howells DJ, Shaw WC. The validity and reliability of ratings of dental and facial attractiveness for epidemiologic use. *Am J Orthod Dentofac* 1985; 88(5): 402.
54. Clemmer JE, Hayes EW. Patient cooperation in wearing orthodontic headgear. *Am J Orthod Dentofac* 1979; 75(5): 517-524.
55. Colenay C, Gabriel HF. Predicting patient cooperation. *J Clin Orthod*. 1977; 814-819.
56. Albino JE. Development of methodologies for behavioral measurements related to malocclusion. Bethesda, MD, National Institute of Dental Research, 1981.
57. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 91-96.
58. Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ* 2001; 35(3): 206.
59. Bartsch A, Witt E, Sahm G, Schneider S. Correlates of objective patient compliance with removable appliance wear. *Am J Orthod Dentofac* 1993; 104(3) 78-86.
60. Klages U, Sergl HG, Burucker I. Relations between verbal behavior of the orthodontist and communicative cooperation of the patient in regular orthodontic visits. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992; 102(9): 265.
61. Callender RS, Barbour A. Effective communication with clients: financial arrangements. *J Clin Orthod* 1981; 15: 497-500.
62. Getz T, Weinstein P, Domoto P. Intra-dentist behavioral variability across children and appointments. *J Pedod* 1984; 8:165-71.
63. Oliveira PG, Tavares RR, Freitas JC. Assessment of motivation, expectations and satisfaction of adult patients submitted to orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod* 2013; 18(7): 81.
64. Samson GS. Orthodontic compliance /Non-compliance and treatment success. *Seminars in Orthodontics*, Vol 6, No 4, 2000:231-236.
65. Espeland LV, Stenvik A. Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. *Am J Orthod Dentofac* 1991; 100: 234-41.
66. Kerosuo H, Abdulkarim E, Kerosuo E. Subjective need and orthodontic treatment experience in a middle east country providing free orthodontic services: A questionnaire survey. *Angle Orthod* 2002; 72(6): 565-70.
67. Kerosuo H, Al Enezi S, Kerosuo E, Abdulkarim E. Association between normative and self-perceived orthodontic treatment need among Arab high school students. *Am J Orthod Dentofac* 2004; 125(3): 373-8.

68. De Castella, K, Goldin P, Jazaieri H, Ziv M, Dweck CS. Gross JJ. Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology* 2013; 35(6): 497–505.
69. Crider A, Solomon PR, McMahon MA. Disruption of selective attention in the rat following chronic d-amphetamine administration: relationship to schizophrenic attention disorder. *Journal of Biological Psychiatry* 1982; 23(2): 34-39.
70. Alkan BA, Çakmak Ö. Ankiyete ve depresyon düzeyinin klinik periodontal durum, dişeti oluşu sıvısı, tükürük ve sertum kortizol, dehidroplandroesteron seviyeleri üzerine etkilerinin incelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Kayseri 2013.
71. Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher C. Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*. 1984; 46(1):7-14.
72. Le Resche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: review of concepts and current findings. *Periodontology* 2000. 2002; 30: 91-103.
73. Olff M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry research*. 1999; 85 (1): 7-15.
74. Köknel Ö. Zorlanan İnsan. Altın Yayınları: İstanbul 1988; 138.
75. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Miki Matbaacılık: Ankara 2016; 338.
76. Le Vitt EE. *The Psychology of Anxiety*. Hillsade Co.: New Jersey 1980.
77. Şahin D. Periodontoloji kliniğine başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin ve ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Uzmanlık Tezi. Ankara 2014.
78. Purves DG, Erwin, PG. Post-traumatic stress and self-disclosure. *The Journal of Psychology* 1984; 138(1): 23-34.
79. Kılınç E, Murat M. Genel lise 9. sınıf öğrencilerinin bazı değişkenlere ve sürekli kaygı düzeylerine göre saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2012; 11(3): 835 -853.
80. Economou GC. Dental anxiety and personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *J Dent Educ*. 2003; 67(9): 970-980.
81. Jason M. Armfield. How do we measure dental pain and what are we measuring anyway? *Oral Health & Preventive Dentistry* 2010; 8(2): 107-115.
82. Ter Horst G, de Wit CA. Review of behavioral research in dentistry 1987- 1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *Int Dent J*. 1993; 43: 265-278.
83. Smyth JS. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: Some correlates and sex differences. *Aus Dent J*. 1993; 38(5): 354-359.

84. Benjamin C, Schuurs A, Kooreman T, Hoogstraten J. Self-reported and psychologically measured dental anxiety, coping styles and personality traits. *Anxiety, Stress and Coping*. 1996; 9: 151-162.
85. Ost LG, Hugdahl K. Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav Res Ther*. 1985; 23(1): 27-34.
86. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2010; 20(2): 83-101.
87. Freud S. *Psikopatoloji*. Payel Yayınları: İstanbul 1999.
88. Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. *Early Psycho-Analytic Publications*. 1962; 85-115.
89. Freud S, Strachey JE. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. The Hogart Press: London 1964.
90. Şeyhoğlu M. Öğretmenlerin ve Yöneticilerin Bilgisayar Kaygı Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2005.
91. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergis*. 2006; 20(3): 157-164.
92. Sprecher A, Penny L. Effects of increased physician-patient communication on patient anxiety. *Professional Psychology, Research and Practice* 1983; 251.
93. Pond EF, Kemp VH. A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *J Matern Child Nurse*., 1992; 20: 11-20.
94. Ocaktan ME, Keklik A, Meltem Ç. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi incelemesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2002; 18(1) 55.
95. Menziletoğlu D, Akbulut MB, Büyükerkmen EB, Işık BK. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin dental anksiyete-korku düzeylerinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal* (2008); 5(1): 22-30.
95. Ergüven SS, Işık B, Kılınç Y. Diş hekimliği fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile son sınıf öğrencilerinin dental kaygı-korku düzeylerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*. 2013; 30(2): 70-6.
96. Boya FÖ, Demiral Y, Ergör, A, Akvardar Y, De Witte H. Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses. *Industrial Health* 2008; 46(6): 613-619.
97. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of affective disorders*. 2007; 104(3): 103-110.
98. Bodur S, Güler S. Sağlık yöneticilerinde iş doyumunu. *Genel Tıp Dergisi*. 1997; 1: 12-14.
99. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med* 2006; 99: 161-169.

100. Cattell RB, Scheier IH. The Nature of Anxiety: A Review of Thirteen Multivariate Analyses Comprising. Southern University Psychological Lectures 1958; 4(3): 351-388.
101. Le compte A, Öner N. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları İstanbul 1985 28-48.
102. Tobias S, Hedl JJ. Test Anxiety: Situationally specific or general tallahassee: Florida State University 1972; 22-26.
103. Oktay MC, Yıldız M. İlk defa deneme dalışı yapan bireylerin sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Kafkas Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü 2018; 21: 161-168.
104. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Creative Education Journal 1970; 1-3.
105. Kılıçbay M. Uygarlığın Ödülü Olarak Kaygı. Doğu Batı Dergisi. 1999; 2(6): 45.
106. İkizler C. Sporda Başarıyı Etkileyen Psikolojik Faktörler ve Psikolojik Antrenman. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul 1993.
107. Dursun, Ş, Bindak, R. İlköğretim II. kademe öğrencilerinin matematik kaygılarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 35(1): 18-21.
108. Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. Remzi Kitabevi: İstanbul 1981.
109. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Yayınları: Ankara 2008; 67-91.
110. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. New York ve London: Academic Press 1966; 38-44.
111. Ön RN. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türk toplumunda geçerliliği. Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 1977.
112. Ehtiyar R, Üngüren EM. Turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı seviyeleri ile eğitime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2008; 1(4): 159-181.
113. Köknel Ö. Zorlanan İnsan. Altın Kitaplar Yayınevi: İstanbul 1998; 43-46.
114. Grös DF, Antony MM, Simms LJ, McCabe RE. Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Psychological assessment 2007; 19(4): 369-38.
115. Ting J, Weiland AJ. Role of ancillary procedures in surgical management of carpal tunnel syndrome: epineurotomy, internal neurolysis, tensynovectomy, and tendon transfers. Hand Clin 2002; 18(23) 315.
116. Eroğlu F. Davranış bilimleri. Beta basım (5.baskı): İstanbul 2000.
117. Bellibaş E, Büküşoğlu N, Eremiş S. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanımlı bir grup çocukta mizaç özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2005; 44(1): 39-44.

118. Kesebir S. Ailede Bipolar Bozukluk Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerde ve Birinci Dereceden Yakınlarında Mizaç Özellikleri: Kontrollü bir Çalışma. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. İzmir 2002.
119. Akiskal HS. Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches. *Psichiatri Dev.* 1983; 1: 123-160.
120. Clark L, Watson D. Temperament: An organizing paradigm for trait psychology, *Handbook of personality: Theory and Research.* Guilford Press 2008; 265–86.
121. Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(4): 276 – 83.
122. Kristal J. The temperament perspective: Working with children’s behavioral styles. Paul H Brookes Publ Company: New Brighton 2005; 44-76.
123. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S. What is temperament? Four approaches. *Child Development.* 1987; 58: 505-527.
124. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 2005; 85(25): 113.
125. Rothbart MK. Temperament, development and personality. *Current Directions in Psychological Science.* 2007; 16 (4): 207-12.
126. Akiskal HS, Mundt C. The temperamental foundations of affective disorders. interpersonal factors in the origin and course of affective disorders. Gaskell, Royal College of Psychiatrists: London 1996; 22-36.
127. Akiskal HS. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1998; 98: 66-73.
128. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 8:167–71.
129. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 12(90): 975.
130. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the ‘soft’ bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 1987; 23: 68-73.
131. Rihmer Z, Gonda X, Torzsa P, Kalabay L, Akiskal HS, Eory A. Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients. *J. Aff. Disord.* 2013; 149: 350-54.
132. Maremmani I, Dell’Osso L, Rovai L, Arduino G, Montagnari A, Abbenante D. Discriminant and convergent validity of TEMPS-A correlation with MMPI and the emotional-affective state following a stressful situation. *J. Affect. Disord.* 2011; 129: 27–33.
133. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.* 2005; 85: 3-16.

134. Mutlu MŞ, Katırcı Y. Acil tıp ve aile hekimlerinin baskın mizaçlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Ankara 2018.
135. Evrensel A, Tayfur SN. Üniversite öğrencilerinin beden algısının depresyon ile mizacın rolü. Üsküdar Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2016.
136. Eory A, Gonda X, Lang Z, Torsza P, Kalman J, Kalabay L. Personality and cardiovascular risk: Association between hypertension and affective temperaments – a cross-sectional observational study in primary care settings. *Eur. J. Gen. Pract.* 2014; 20(4): 247.
137. Özkan İ. Hafif Şişman/Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2017; 5.
138. Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. The Language of Mental health: A Glossary of Psychiatric Terms. American Psychiatric Publishing: Washington DC 2001; 53-56.
139. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26(2): 55-9.
140. Perlis RH, Fava M, Trivedi MH, Alpert J, Luther JF, Wisniewski SR. Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119(4): 282-9.
141. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux L, Van Noord M. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2011; 155(11): 772-85.
142. Lim GY, Tam WW, Lu Y. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* 2018; 8: 2861.
143. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association: Arlington 2013; 1-2.
144. Uludağ B. Asetik Asidin Zayıflama Programında Olan Hastalarda Kilo Kaybına ve Depresyon Durumuna Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2016; 20-22.
145. Pahalı C. Beden Kitle İndeksinin Anksiyete ve Depresyon Belirtileri İle İlişkisi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2015; 15-16.
146. Önal S. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Dilimi Şiddet Gören ve Görmeyen Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresif Öge Yüğü, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2010.
147. Herken H. Depresyonun etiyojisinde genetik kanıtlar. *Klinik Psikiyatri* 2002; 4: 5-10.
148. Erkul C. Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 201; 4-12.
149. Yemez B, Koksall A. Depresyon Etiyojisi. *Psikiyatri Dünyası Dergisi.* İzmir 1998; 21-25.

150. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; 2: 70-74.
151. Kaya B. Depresyon: Sosyoekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10: 11-20.
152. Wojcik W, Lee W, Colman I, Hardy R, Hotopf M. Foetal origins of depression? A systematic review and meta-analysis of low birth weight and later depression. *Psychol Med.* 2013; 43(1): 1-12.
153. Phillips JL, Batten LA, Aldosary F. Brain volume increase with sustained remission in patients with treatment-resistant unipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:625-8.
154. Biuckians A, Miklowitz DJ, Kim EY. Behavioral activation, inhibition and mood symptoms in early-onset bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2007; 97:71-4.
155. Aydın S. Ani işitme kaybı yaşayan hastalarda beck depresyon ölçeğine göre depresyonun araştırılması. Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları ABD. Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2016.
156. Köknel Ö. Depresyon Ruhsal Çöküntü; Altın Kitapları Yayınevi: İstanbul 1989; 7-9.
157. Karakurt Y. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği yenidoğan bakım ünitesinde yatan mekanik vantilatöre bağlı bebeklerin annelerinin beck depresyon ölçeği ile değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2018.
158. Tezcan S. Epidemiyoloji: Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını: Ankara 1992; 92-1.
159. Fillingim RB, Sinha PK. An introduction to psychologic factors in orthodontic treatment: Theoretical and methodological issues. *Seminars in Orthod.* 2000; 6(4): 209- 213.
160. Tung AW, Kıyak HA. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 1998; 113(1): 29-39.
161. Kılıçoğlu H, Gür HZ. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'na başvuran 10-13 yaş grubu hastaların ortodontik maloklüzyon tipine göre motivasyonlarının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2018.
162. Dorsey J, Korabik K. Social and psychological motivations for orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics* 1977; 72(4): 460.
163. Aksoy A, Olewei M. Ortodontide Sınıf II vakalarda farklı tedavi aparey uygulamalarında hasta kooperasyonunun değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstüsü. Doktora Tezi. Isparta 2019.
164. Birkeland K, Boe OE, Wisth PJ. Orthodontic concern among 11 year old children and their parents compared with orthodontic treatment need assessed by index of orthodontic treatment need. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1996; 110(2): 197-204.
165. Laskin DM. The doctor-patient relationship: a potential communication gap. *J Oral Surg* 1979; 35:736.

166. Sari Z, Tancan U, Karaman AI, Sargin N, Üre Ö. Does orthodontic treatment affect patients and parents anxiety levels. *European Journal of Orthodontics* 2005; 27: 159-155.
167. Yıldırım E, Karacay S. Evaluation of anxiety level changes during the first three months of orthodontic treatment. *The Korean Journal of Orthodontics* 2012; 42(4): 201-206.
168. Cooper-Kazaz R, Ivgi I, Canetti L. The impact of personality on adult patients' adjustability to orthodontic appliances. *Angle Orthod* 2013; 83: 76- 82.
169. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA internal medicine* 2017; 177(2): 206-213.
170. Jung W, Kim J. Does physician gender have a significant impact on first- pass success rate of emergency endotracheal intubation? *The American Journal of Emergency Medicine* 2019; 2-7.
171. Stewart M. Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(519): 793-801.
172. Ivancevich JM, Napier HA, Wetherbe JC. Occupational stress, attitudes, and health problems in the information systems professional. *Communications of the ACM*, 2013; 26(10): 800-806.
173. Roth SF, Heo G, Varnhagen C, Glover KE, Major PW. Occupational stress among Canadian orthodontists. *The Angle Orthodontist.* 2003; 73(1): 43-50.
174. Abu Alhaija, ES, Al Daikki A, Al-Omairi MK, Al-Khateeb SN. The relationship between personality traits, pain perception and attitude toward orthodontic treatment. *The Angle Orthodontist* 2010; 80(6): 1141-1149.
175. Rodríguez MC. Insatisfacción en Ortodoncia. *Revista Médicolegal* 2006; 4: 17-22.

EKLER

Ek 1. Ortodontist Anket Formu

Ortodontist Sosyodemografik AnketFormu



1. Adınız Soyadınız ? :
2. Doğum Tarihiniz ? :
3. Cinsiyetiniz ? : 1. E 2. K
4. Uyruğunuz ? : 1.T.C vatandaşı 2.Yabancı Uyruk
5. Dişhekimliği Fakültesini hangi yıl bitirdiniz? :.....
6. Ortodonti Eğitimi Programınız Nedir ? : 1.Uzmanlık 2.Doktora
7. Uzmanlık/Doktora Eğitiminizin Kaçınıcı Yılındasınız ? :.....
8. Medeni haliniz nedir ? : 1.) Bekar 2.) Evli 3.) Boşanmış
9. Eşiniz ve/veya Çocuklarınıza beraber mi yaşıyorsunuz ? : 1.)Evet 2.)Hayır
10. Yaklaşık olarak hanenizin aylık geliri (TL): 1.) 2.000 ve altı 2.) 2.001-5.000
3.) 5.001-8.000 4.) 8.001-10.000
5.) 10.001 ve üstü
11. Bir daha dünyaya gelseniz hangi mesleği yapmak isterdiniz ? :

Adınız Soyadınız:

Hasta Adı Soyadı:

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın ***büyük bir bölümü için*** size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), ***tam olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için*** uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğumu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde dokuz saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.

34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algıları.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürtü tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırm.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.

72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir durumum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Adınız Soyadınız :
Hasta Adı Soyadı:
Tarih:



YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.....	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.....	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.....	(1)	(2)	(3)	(4)

	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Beck Depresyon Ölçeği

Adınız Soyadınız:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarıım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 2. Ebeveynler İçin Anket Formu

Ortodontik Tedavi Hasta Ebeveyni Sosyodemografik Anket Formu



1. Adınız Soyadınız ? :
2. Doğum Tarihi ? :
3. Cinsiyetiniz ? : 1. Erkek 2. Kadın
4. Eğitim düzeyiniz ? : 1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite 4. Yüksek lisans
5. Nerede Yaşıyorsunuz? : 1.Köy 2.İlçe 3.İl 4.Büyükşehir
6. Mesleğiniz Nedir ? : 1. Öğrenci 2. İşsiz 3. Ev hanımı 4. Memur
5. İşçi 6. Esnaf 7. Serbest meslek 8.Emekli
7. Medeni haliniz nedir ? : 1.) Bekar 2.) Evli 3.) Eşi vefat etmiş
4.) Boşanmış- ayrı yaşıyor
8. Kaç çocuğunuz var ? : 1 2 3 4 5 ve üstü
9. Çocuğunuzla aynı evde mi yaşıyorsunuz ? : 1.Evet 2.Hayır
10. Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise çocuğunuz nerede yaşıyor ? :
11. Yaklaşık olarak aylık geliriniz (TL) nedir ? : 1.) 2020 ve altı 2.) 2021-3000
3.) 3001-5000 4.)5001 ve üstü
12. Sizi Ortodontik Tedaviye yönlendiren etken nedir ? : 1.Kendim 2.Ailem
3.Arkadaşlarım 4.Dişhekimi

Adı Soyadı :

Anket Tarihi:



Doğum Tarihi:

Cinsiyet :

Eğitim Durumunuz:

1.İlköğretim 2.Lise 3.Üniversite 4.Yüksek Lisans/Doktora

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Ortodontik tedaviye kabul işlemleri için çok beklemedim					
Çocuğumu tedavi eden doktor şikâyetlerimin nedeni konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.					
Çocuğumu muayene eden doktor kibar ve saygılıydı.					
Doktorumuz tedavi seansları esnasında hastalarına gereken ilgiyi gösterir					
Çocuğumun Ortodontik tedavisinin düzenli bir şekilde ilerlediğini düşünüyorum					
Çocuğumun Ortodontik tedavisinin gidişatı hakkında gerekli bilgilendirme yapılıyor					
Ortodonti Kliniğinde temizlik ve hijyen kurallarına dikkat ediliyor					
Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Ortodonti Kliniğini başkalarına öneririm.					

Lütfen Kliniğimizdeki Ortodonti Tedavisi Hizmetini 1'den 10' a kadar değerlendiriniz.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Adınız Soyadınız:

Hasta Adı Soyadı:

Aşağıdaki soruları, yaşamınızın **büyük bir bölümü için** size kesinlikle uyuyorsa doğru (D), **tam**

olarak uymuyor ya da yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa yanlış (Y) olarak cevaplayınız.

Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

1. (D) (Y) Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. (D) (Y) İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. (D) (Y) Hayatım boyunca çok çektim.
4. (D) (Y) İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. (D) (Y) Kolay pes ederim.
6. (D) (Y) Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. (D) (Y) Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. (D) (Y) Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. (D) (Y) Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. (D) (Y) Grup içinde konuşmaktansa başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. (D) (Y) Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. (D) (Y) Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. (D) (Y) Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. (D) (Y) Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. (D) (Y) Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. (D) (Y) İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. (D) (Y) Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. (D) (Y) Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. (D) (Y) Normal olarak günde dokuz saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. (D) (Y) Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. (D) (Y) Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. (D) (Y) Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. (D) (Y) Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. (D) (Y) Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. (D) (Y) Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. (D) (Y) Sıklıkla bir şeye başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. (D) (Y) Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. (D) (Y) Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gidip gelirim.
29. (D) (Y) Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. (D) (Y) Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
31. (D) (Y) Bana olaylar karşısında karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
32. (D) (Y) Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
33. (D) (Y) Dışa dönüklükle içe kapanıklık arasında gider gelirim.

34. (D) (Y) Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
35. (D) (Y) Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
36. (D) (Y) Aynı anda hem mutsuz, hem mutlu olabilen bir kişiyim.
37. (D) (Y) Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
38. (D) (Y) Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
39. (D) (Y) Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
40. (D) (Y) Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
41. (D) (Y) Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
42. (D) (Y) Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
43. (D) (Y) Kendime müthiş güvenirim.
44. (D) (Y) Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
45. (D) (Y) Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
46. (D) (Y) Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
47. (D) (Y) Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici ve ilham vericidir.
48. (D) (Y) Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
49. (D) (Y) Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
50. (D) (Y) Doğru dürtüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
51. (D) (Y) İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
52. (D) (Y) İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
53. (D) (Y) Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
54. (D) (Y) Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
55. (D) (Y) Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğumu hissederim.
56. (D) (Y) İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
57. (D) (Y) Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
58. (D) (Y) Cinsel isteklerim daima fazladır.
59. (D) (Y) Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
60. (D) (Y) Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
61. (D) (Y) Çok yakınırm.
62. (D) (Y) Başkalarını çok eleştiririm.
63. (D) (Y) Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
64. (D) (Y) Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
65. (D) (Y) Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönetiyor.
66. (D) (Y) Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
67. (D) (Y) Terslendiğimde kavga edebilirim.
68. (D) (Y) İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
69. (D) (Y) Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
70. (D) (Y) İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
71. (D) (Y) O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.

72. (D) (Y) Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
73. (D) (Y) Küfürbaz olarak bilinirim.
74. (D) (Y) Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
75. (D) (Y) Çok kuşkucu bir kişiyim.
76. (D) (Y) Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
77. (D) (Y) Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
78. (D) (Y) Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
79. (D) (Y) Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir durumum.
80. (D) (Y) Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
81. (D) (Y) Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
82. (D) (Y) Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
83. (D) (Y) Gevşemeyi beceremiyorum.
84. (D) (Y) Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
85. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
86. (D) (Y) Sık sık midem bozulur.
87. (D) (Y) Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
88. (D) (Y) Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
89. (D) (Y) Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
90. (D) (Y) Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
91. (D) (Y) Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
92. (D) (Y) Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
93. (D) (Y) Uykum dinlendirici değil.
94. (D) (Y) Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
95. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
96. (D) (Y) Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
97. (D) (Y) Kendimi güvende hissetmiyorum.
98. (D) (Y) Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
99. (D) (Y) Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
100. (D) (Y) Ani sesler beni kolayca irkildir.

Adınız Soyadınız :
Hasta Adı Soyadı:
Tarih:



YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.....	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.....	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.....	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.....	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.....	(1)	(2)	(3)	(4)

	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3. Kooperasyon Değerlendirme Formu

Doktor Adı Soyadı:.....

Hasta Adı Soyadı :.....

Hastanın Problemi: Angle Sınıf I Angle Sınıf II/DivI AngleSınıfIIDiv/II
Angle Sınıf III DDY Ortognatik Cerrahi

Hastanın Tedavi Planlaması

Hareketli Aparey Kullanıyorsa: Aktivatör SME/Cross Apareyi

Ağız Dışı Aparey Kullanıyorsa: Facemask/Chincap Headgear

Sabit Ortodontik Tedavi Aşamasındaysa: Sabit Tedavi RME İskeletsel Ankraj

Ortodontik Tedavi Başlayalı Ne Kadar Bir Süre Oldu:.....

1) Hasta randevularına sadık ve dakiktir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

2) Hasta bant/braketlerini kırar, koparır/apareylerini kaybeder.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

3) Hastanın ailesi tedaviyle ilgilidir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

4) Hasta ailevi sorunlarından bahseder/ailesi ile ilişkilerinin yetersizliğinden yakınır/aile içi iletişim sorunları vardır (Hekimin gözlemine dayalı).

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

5) Hasta kendi tedavisine karşı hevesli ve ilgilidir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

6) Hastanın davranışları küskün, kavgacı, düşmanca ve kabadır.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

7) Hastanın Headgear/Lastik kullanım kooperasyonu iyidir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

8) Hasta tedavi yöntemlerinden şikayet eder.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

9) Hastanın ağız hijyeni çok iyidir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

10) Hasta ortodontik apareyleri kullanmak zorunda olmaktan şikayetçidir.

- Her zaman Genellikle Bazen
 Nadiren Asla

ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572.050.01.04- 12777
Konu : Etik Kurul Kararı

22 -01- 2019

Sayın Doç. Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM
Diş Hekimliği Fakültesi
Ortodonti Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Ortodontik tedavi kooperasyonunu etkileyen psikolojik ve klinik parametrelerin incelenmesi" isimli çalışmanızın kurulunuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 16/01/2019 tarih ve 21 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Mekin SEZİK
Başkan

Eki : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165
e-posta : tipetik@sdu.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : İ.Etem YETİŞEN
Bilgisayar İşletmeni
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Ortodontik tedavi kooperasyonunu etkileyen psikolojik ve klinik parametrelerin incelenmesi. (16.01.2019 tarih ve 21 sayılı karar)
---	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Aynur Medine ŞAHİN SAĞLAM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ortodonti			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.01.2019	01.001	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/> -Anket Örneği				


Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Ortodontik tedavi kooperasyonunu etkileyen psikolojik ve klinik parametrelerin incelenmesi						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21		Tarih: 16.01.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mekin SEZİK						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişkisi		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KIŞIOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Dr. Öğretim Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Ümmü Gül YILDIZ	Kadın Hast. Ve Doğum	Özel Isparta Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Öğr.Gör.Dr. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	ISUBÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ahmet	Soyadı	Balaban
Doğum Yeri	Gediz	Doğum Tarihi	25/03/1991

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Konuralp Anadolu Lisesi Kütahya	2009
Lisans	Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2014
Yabancı Dil	Tıpdil	85