

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**İMLANT CERRAHİSİNDE FARKLI BİLGİLENDİRME**  
**TEKNİKLERİNİN HASTALARIN ANKSİYETE SEVİYELERİ**  
**ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DT. FUNDA BAŞTÜRK**

**DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK TEZİ**  
**AĞIZ, DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr.Öğr.Üyesi DİLEK MENZİLETOĞLU**

**KONYA 2020**

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrencisi Funda BAŞTÜRK'ün "İmplant Cerrahisinde Farklı bilgilendirme Tekniklerinin Hastaların Anksiyete Seviyeleri Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Diş Hekimliğinde Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 06 Şubat 2020

Tez Danışmanı

Dr.Öğr.Üyesi Dilek MENZİLETOĞLU

N.E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Hanife ATAÖĞLU

Medipol Üni. Diş Hekimliği Fakültesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. B. Kubilay IŞIK

N.E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Jüri Üyesi

Dr.Öğr.Üyesi Dilek MENZİLETOĞLU

N.E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Yönetim Kurulunun .../.../201. tarih ve ...../..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali Rıza TUNÇDEMİR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “Comparison of Implant Stability Contribution of Different Materials to Immediate Implants with Resonance Frequency Analysis” by “Funda BAŞTÜRK” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Necmettin Erbakan.

Konya / 06 February 2020

Principal Advisor

Dr. Dilek MENZİLETOĞLU

N.E.Ü. Faculty of Dentistry

Examination Committee Member

Prof. Dr. Hanife ATAÖĞLU

Medipol Üni. Faculty of Dentistry

Examination Committee Member

Prof. Dr. B. Kubilay IŞIK

N.E.Ü. Faculty of Dentistry

Examination Committee Member

Dr. Dilek MENZİLETOĞLU

N.E.Ü. Faculty of Dentistry

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Faculty of Dentistry.

Dean

Prof. Dr. Ali Rıza TUNÇDEMİR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Dentistry



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI

UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı ve Soyadı : FUNDA BAŞTÜRK  
Anabilim / Bilim Dalı : Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi  
Tez Yöneticisi : Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meneketoğlu  
Tezin Adı : İmplant Cerrahisinde Farklı Bilgilerle  
Tekniklerinin Hastaların Anksiyete Sevi-  
yelerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi

Jürimiz 06.02.2022 tarihinde toplanarak, tez değerlendirmesini takiben yapılan sö-  
savunma sonucunda; aşağıdaki kararı oybirliği oyçokluğu ile almıştır:

Yukarıda bilgileri yazılı ihtisas öğrencisinin uzmanlık tezi jürimiz tarafından

BAŞARILI

BAŞARISIZ

bulunmuş olup, jüri üyelerine ait “Tez Değerlendirme Formları” ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederiz.

	Jüri Başkanı	Jüri Üyesi	Jüri Üyesi
Adı ve Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meneketoğlu	Prof. Dr. Hakan Ataoglu	Botçurt Kubilay Isık
Ünvanı	Dr. Öğr. Üyesi	Prof. Dr.	Prof. Dr.
Anabilim Dalı	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	Ağız, Diş ve Çene C. er.	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi
İmzası			

Eki : 3 Adet Tez Değerlendirme Formu

## BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

06 Şubat 2020

Funda BAŞTÜRK

İmza

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca sabrını, sevgisini ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim, mesleki bilgi ve becerilerimi kazanmamda büyük katkısı olan danışmanım **Dr.Öğr.Üysi Dilek MENZİLETOĞLU**'na,

Birlikte olduğumuz 4 yıl boyunca çalışmaktan büyük keyif aldığım, tecrübelerinden faydalandığım, ellerini hep omzumda hissettiğim hocalarım **Prof. Dr. Bozkurt Kubilay IŞIK**'a, ve **Doç. Dr. Alparslan ESEN**'e

Eğitim sürem boyunca, sürekli yanımda olan ve yardımlarını hiç esirgemeyen ekip arkadaşlarım **Uzm. Dt. Ali KILINÇ**'a, **Uzm. Dt. Gökhan Gürses**'e, **Uzm. Dt. Arif Yiğit GÜLER**'e, **Dt. Tolgahan ÇAYIR**'a, **Dt. Mustafa ÇİZMECİOĞLU**'na , **Dt. Halim GÜLTEKİN**'e ve **Dt. Şebnem Akkühah**'a

Lisans eğitimimde bana, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi'ni uzmanlık dalı olarak seçmemdeki en büyük etkenler olan saygıdeğer hocalarım **Prof. Dr. Hanife ATAĞLU**'na, **Prof. Dr. Doğan DOLANMAZ**'a ve **Dr. Öğr.Üyesi Abdullah Özel**'e

Üniversite yıllarımdan bugüne maddi manevi her zorlukta yanımda olan sevgili arkadaşlarım **Dt.Kübra TKahraman**'a , **Dt.Bahadır Bayır**'a, **Dt.Ferit Bircan**'a ve ailelerine,

Hayatım boyunca maddi, manevi hep yanımda olarak, bugünlere ulaşmamda en çok emeği olan annem, babam ve kız kardeşlerime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....	i
TEZ ONAY SAYFASI .....	ii
APPROVAL .....	iii
BEYANAT .....	v
ÖNSÖZ .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
TABLolar LİSTESİ .....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xv
ÖZET .....	xvi
ABSTRACT .....	xviii
1. GENEL BİLGİLER .....	1
1.1. Anksiyetenin Tanımı .....	1
1.2. Anksiyetenin Tarihçesi .....	2
1.3. Anksiyete ve Nöroanatomi .....	3
1.4. Anksiyete ve Limbik sistem .....	3
1.5. Anksiyete ve Nörotransmitterler .....	4
1.5.1. Anksiyete ve GABA .....	4
1.5.2. Anksiyete ve Serotonin .....	5
1.5.3. Anksiyete ve Norepinefrin .....	5
1.5.4. Anksiyete ve Kolesistokinin (CCK) .....	5
1.5.5. Anksiyete ve Kortikotropin Salıverici Hormon .....	6
1.6. Epidemiyoloji .....	6
1.7. Anksiyete Belirtileri .....	7
1.8. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması .....	7
1.9. Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri .....	8
1.10. Özgül Fobiler .....	9
1.11. Durumluluk Anksiyetesi .....	9

1.12.Sürekli Anksiyete.....	9
1.13.Dental Anksiyete.....	10
1.14.Anksiyete Ölçüm Skalaları.....	12
1.14.1. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI).....	12
1.14.2 Görsel Analog Skala (VAS) .....	13
1.15.Dental Anksiyete Ölçüm Skalaları.....	14
1.15.1 Corah'ın Dental Anksiyete Skalası(DAS).....	14
1.15.2 Modifiye Dental Anksiyete Skalası(MDAS).....	14
1.16. Preoperatif Anksiyete .....	15
1.17.Preoperatif Anksiyeteyi Azaltmak için Kullanılan Yöntemler.....	16
1.17.1.Müzik Terapisi .....	16
1.17.2.Akupunktur.....	17
1.17.3.Hipnoterapi.....	18
1.18.Preoperatif Hasta Bilgilendirme Yöntemleri.....	19
1.18.1.Yazılı Bilgilendirme .....	19
1.18.2.Sözlü Bilgilendirme.....	20
1.18.3.Görsel Bilgilendirme .....	20
1.19.Dental İmplantlar .....	20
1.19.1.Tanım ve Tarihçe.....	20
1.19.2.İmplant Cerrahisindeki Komplikasyonlar .....	23
A)İşlem Sırasında Karşılaşılabilecek Komplikasyonlar .....	23
B)Erken Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar .....	24
C)Geç Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar .....	24
2.GEREÇ VE YÖNTEM .....	25
2.1.Amaç ve Hipotez.....	25
2.2.Dahil Edilme Kriterleri.....	25
2.3.Hariç Tutulma Kriterleri.....	25



2.4.Çalışma Grupları ve Randomizasyon.....	26
2.4.1.Sözlü Bilgilendirmede Kullanılan Metin.....	26
2.4.2.Fotoğraf .....	26
2.4.3.Video .....	27
2.5.Anksiyetenin Değerlendirilmesi.....	28
2.6.Ek Veriler .....	29
3.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM .....	29
4.BULGULAR .....	30
4.1.Demografik Bulgular ve Anksiyete Ölçeklerine Ait Bulgular .....	30
4.2.Cinsiyet ve Anksiyete İlişkisi.....	37
4.3.Preoperatif Alman Anketlerin Analizi .....	38
4.4.Bilgilendirme Sonrası Alman Anketlerin Analizi .....	39
4.5.Postoperatif 7. Günde Alman Anketlerin Analizi.....	41
4.6.VAS skorlarının Analizi.....	42
4.7.Preoperatif,Bilgilendirme Sonrası ve Postoperatif 7.Günde Alman Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması .....	43
4.7.1.MDAS Skorlarının Karşılaştırılması .....	43
4.7.2.STAI-S Skorlarının Karşılaştırılması .....	45
4.7.3.VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	47
4.8.Eğitim Seviyesi ile Anksiyete İlişkisi.....	48
4.9.İlk Oral Cerrahi Deneyimi ve Anksiyete İlişkisi.....	52
4.10.İlk Dental İmplant Deneyimi ve Anksiyete İlişkisi .....	56
4.11.Yaş ve Anksiyete İlişkisi.....	60
4.12.Ağrı Kesici Miktarı ve Anksiyete İlişkisi .....	61
5.TARTIŞMA .....	64
6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....	73
7.KAYNAKÇA .....	74
8.EKLER.....	87

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Greenfield'in tasarladığı dental implant .....21
- Şekil 2:** P.B. Adams'ın dental implant dizaynı.....22
- Şekil 3:** Bilgilendirilmelerin yapıldığı ameliyathane odası ve bilgisayar.....28



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Hastalara ait demografik veriler .....	30
<b>Tablo 2:</b> Hastalara ait ek veriler.....	32
<b>Tablo 3:</b> Preoperatif anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki .....	35
<b>Tablo 4:</b> Cinsiyet ve ortalama anksiyete skorları ve standart sapmaları (SS), p<0,05 .....	38
<b>Tablo 5 :</b> Preoperatif grupların MDAS, STAI-S ve STAI-T ortalamaları ve standart sapmaları(SS), *p<0,05.....	39
<b>Tablo 6:</b> Bilgilendirme sonrası grupların MDAS ve STAI-S ortalamaları ve standart sapmaları (SS), *p<0,05.....	40
<b>Tablo 7:</b> Postoperatif 7. gün grupların MDAS ve STAI-S ortalamaları ve standart sapmaları (SS), *p<0,05.....	41
<b>Tablo 8:</b> Grupların VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), *p<0,05.....	42
<b>Tablo 9:</b> Preoperatif MDAS ve STAI-S skorları arasındaki istatistiksel ilişki .....	43
<b>Tablo 10:</b> Preoperatif,bilgilendirme sonrası ve 7.gün anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki, *p<0,05 .....	45
<b>Tablo 11:</b> Preoperatif,bilgilendirme sonrası ve 7.gün STAI-S skorları arasındaki istatistiksel ilişki*p<0,05.....	47
<b>Tablo 12:</b> Postoperatif ve 7.gün VAS skorları arasındaki istatistiksel ilişki, *p<0,05.....	48
<b>Tablo 13:</b> Grupların eğitim seviyesi ve preoperatif anksiyete ortalamaları ve standart sapmaları (SS),*p<0,05.....	50
<b>Tablo 14:</b> Grupların eğitim seviyesi ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), *p<0,05.....	51
<b>Tablo 15:</b> Grupların eğitim seviyesi ve 7.gün anksiyete,VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), *p<0,05.....	52

<b>Tablo 16 :</b> Cerrahi deneyime göre preoperatif anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS),*p<0,05 .....	54
<b>Tablo 17:</b> Cerrahi deneyim ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS),*p<0,05.....	55
<b>Tablo 18:</b> Cerrahi deneyim ve 7.gün anksiyete ,VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS) , *p<0,05 .....	56
<b>Tablo 19:</b> İlk implant deneyimi ve preoperatif anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS),*p<0,05 .....	58
<b>Tablo 20:</b> İlk implant deneyimi ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları(SS) , *p<0,05.....	59
<b>Tablo 21:</b> İlk implant deneyimi ve 7.gün anksiyete,VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları(SS) , *p<0,05 .....	60
<b>Tablo 22:</b> Yaş ve anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki, *p<0,05 .....	61
<b>Tablo 23:</b> Kullanılan ağrı kesici miktarı ve anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki, *p<0,05.....	62

## GRAFİKLER LİSTESİ

<b>Grafik 1:</b> Hastaların cinsiyet dağılımı .....	31
<b>Grafik 2:</b> Hastaların eğitim seviyesi dağılımı .....	31
<b>Grafik 3:</b> Hastaların yaş aralığı dağılımı.....	32
<b>Grafik 4:</b> Gruplara göre preoperatif yüksek dental anksiyeteli hastaların dağılımı.....	33
<b>Grafik 5:</b> Preoperatif durumluluk anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı.....	34
<b>Grafik 6:</b> Preoperatif sürekli anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı .....	35
<b>Grafik 7:</b> Preoperatif MDAS ile STAI-S skorlarının korelasyon grafiği, *p<0,05 .....	36
<b>Grafik 8:</b> Preoperatif MDAS ile STAI-T skorlarının korelasyon grafiği, *p<0,05 .....	36
<b>Grafik 9:</b> Preoperatif STAI-S ile STAI-T skorlarının korelasyon grafiği, *p<0,05 .....	37
<b>Grafik 10:</b> Postoperatif VAS ile 7.gün VAS skorlarının korelasyon grafiği, *p<0,0543 .....	
<b>Grafik 11:</b> Preoperatif MDAS skorları ile ağrı kesici sayısının korelasyon grafiği, *p<0,05.....	62
<b>Grafik 12:</b> Preoperatif STAI-S skorları ile ağrı kesici sayısının korelasyon grafiği, *p<0,05.....	62
<b>Grafik 13:</b> Preoperatif STAI-T skorları ile ağrı kesici sayısının korelasyon grafiği, *p<0,05.....	63

## SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
VmPC	: Ventromedial prefrontal korteks
GABA	: Gama-Aminobütrik asit
NE	: Norepinefrin
5HT	: 5-hidroksitriptamin
CCK	: Cholecystokinin
CRF	: Corticotropin Releasing Factor
HPA	: Hipotalamik-pitüiter-adrenal
APA	: American Psychiatric Association
STAI-S	: State-trait anxiety inventory-state
STAI-T	: State-trait anxiety inventory-trait
VAS	: Visual analogue scale
DAS	: Dental anksiyete skalası
MDAS	: Modifiye dental anksiyete skalası
DAQ	: Dental anxiety question
DFS	: Dental fear scale
DAI	: Dental anxiety inventory
p	: İstatistiksel anlamlılık değeri
r	: Korelasyon katsayısı
z	: Mann Whitney U testi istatistik değeri
t	: Student t testi istatistik değeri

## ÖZET

**Giriş:** Dental anksiyete oldukça sık görülen bir problemdir. Anksiyete hasta ile diş hekimi arasında güvensizliğe ve hastanın tedavi ve rutin kontrolden kaçınmasına neden olur. Dental cerrahi girişimler hastalar için korkutucu olabilmektedir. Cerrahi girişim öncesinde hastaya kendisine yapılacak işlem hakkında bilgi verilmesinin anksiyete düzeyini azaltmada faydalı olduğunu çeşitli araştırmalar göstermiştir. Çalışmanın amacı; dental implant cerrahisi öncesinde uygulanabilecek 3 farklı bilgilendirme tekniğinin karşılaştırılması ve ideal bilgilendirme yönteminin araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza dental implant cerrahisi uygulanacak 60 gönüllü hasta dahil edilmiştir. Hastalar kapalı zarf tekniği ile 3 gruba ayrılmıştır. 1. gruptaki hastalara dental implant cerrahisi ile ilgili sözlü bilgilendirme yapılmıştır. 2. gruptaki hastalara dental implant cerrahisini anlatan 10 adet fotoğraf gösterilmiştir. 3. gruptaki hastalara ise dental implant cerrahisini gösteren bir video izletilmiştir. Tüm hastalardan preoperatif anksiyete ölçümleri için MDAS, STAI-S ve STAI-T anksiyete anketlerini doldurmaları istenmiştir. Bilgilendirme yapıldıktan sonra ve 7.gün kontrolünde MDAS ve STAI-S anketleri tekrar alınmıştır. Operasyondan hemen sonra ve 7.gün kontrolünde hastalardan ağrı değerlendirilmesi için VAS ölçeği ile bir skor alınmıştır. Hastalardan postoperatif 7 gün boyunca kullandıkları ağrı kesici sayısını not etmeleri istenmiştir. Veriler SPSS v22.0 programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Kadınların dental anksiyete ve preoperatif anksiyete seviyeleri erkeklere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Anksiyete skorları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eğitim seviyesi arttıkça anksiyete seviyesinin azaldığı gözlenmiştir. Preoperatif anksiyeteyi azaltmada 3 bilgilendirme tekniği de etkin bulunmuştur. Ancak video ile bilgilendirme yapılmasının preoperatif anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı gözlenmiştir. Postoperatif dönemde kullanılan ağrı kesici sayısının preoperatif anksiyete seviyesi ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Anksiyete ile daha önceki cerrahi tecrübesi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç:** Preoperatif anksiyete; hem cerrahi işlem sırasında hem de postoperatif iyileşme döneminde sorun teşkil edebilir. Hastalara işlem hakkında bilgi vermek anksiyete seviyesini azaltmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaları görsel olarak bilgilendirmenin daha tatmin edici ve akılda kalıcı olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** dental anksiyete, preoperatif anksiyete, preoperatif bilgilendirme





## ABSTRACT

**Introduction:** Dental anxiety is a common problem. Anxiety causes distrust between the patient and the dentist and the patient avoids treatment and routine control. Dental surgery can be frightening for patients. Various studies have shown that informing the patient about the procedure before the surgery is useful in reducing the level of anxiety. The aim of this study is to compare 3 different information techniques that can be applied before dental implant surgery and to investigate the ideal information method.

**Materials and Method:** Sixty volunteers undergoing dental implant surgery were included in the study. The patients were divided into 3 groups with a sealed envelope technique. Verbal information about dental implant surgery was given to patients in group 1. 10 pictures describing dental implant surgery was shown to patients group 2. Patients in group 3 shown a video describing dental implant surgery. All patients were completed MDAS, STAI-S and STAI-T anxiety questionnaires for preoperative anxiety measurements. MDAS and STAI-S questionnaires were re-taken after informing and on the 7th-day control. Pain assessment was done with VAS score immediately after surgery and 7th-day control. Patients were asked to note the number of painkillers they used for 7 days postoperatively. The data were analyzed statistically by SPSS v22.

**Results:** Dental anxiety and preoperative anxiety levels of women were significantly higher than men. There was no significant relationship between anxiety scores and age. It was observed that the level of anxiety decreased with increasing educational level. 3 informative techniques were found to be effective in reducing preoperative anxiety. The number of painkillers used in the postoperative period was associated with preoperative anxiety. No relationship was found between anxiety and previous surgical experience.

**Conclusion:** Preoperative anxiety can be a problem both during the surgical procedure and during the postoperative recovery period. Our results support the view that informing patients about the procedure will reduce the level of anxiety. We think that informing patients visually is more satisfactory and memorable.

**Keywords:** dental anxiety, preoperative anxiety, preoperative information

## 1.GENEL BİLGİLER

### 1.1.Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, sıkışma ve darlık anlamına gelen ‘angh’ kökünden türetilmiştir. İngilizcede ‘anxiety’, Almancada ‘angst’ , Fransızcada ‘anxiété’ olarak geçer. (Crocq 2015) Türkçe’de ise anksiyete "bunaltı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu ise anksiyeteyi canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonörotik bozukluk olarak tanımlamıştır.

Anksiyete, belirsiz bir tehlikeye karşı bilinçaltında oluşan huzursuzluk ve endişe durumudur. (Ay ve ark. 2014) Her birey hayatı boyunca zaman zaman bu duyguyu yaşar. Bireyi çevresel değişikliklere hazırlayan, cevap vermesini sağlayan, stres faktörlerine karşı oluşan duygusal bir tepkidir. Ayrıca birçok psikiyatrik rahatsızlığın bir semptomudur(Eşel E.,2003).

Anksiyete; normal ve anormal anksiyete olarak tanımlanır. Normal anksiyete tehlikelere karşı vücudun verdiği tepki, bir tür fizyolojik koruma sistemidir. Yaşamın sürdürebilmesi için gerekli olduğu savunulur. Ancak anksiyeteye neden olacak kaynağı belirli bir tehlike yoksa ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyecek derecede ise anormal anksiyeteden bahsedilir (Uzbay 2002).

20. yüzyıldan beri, anksiyetenin psikiyatrik sınıflamadaki yeri tartışmalara neden olmuştur. Günlük yaşamdaki normal adaptif anksiyete ile tedavi gerektiren rahatsız edici patolojik anksiyete arasındaki ayırım klinik olarak yapılmalıdır.(Crocq 2015)

Günlük hayatta ‘korku’ anksiyete yerine en fazla kullanılan terimdir. Ancak anksiyete ile korku arasında belirgin bir fark vardır. Korku, davranışsal cevabın hazırlanmasında hormonal ve otonomik değişikliklerin eşlik ettiği, hareketsizlik, saldırı veya kaçışın hızlı savunma yanıtlarını uyandıran yakın ve kaynağı belli tehditlerle tetiklenen bir hayatta kalma tepkisidir. Bu tepkinin neden olduğu davranış değişiklikleri, tehdit sona erdiğinde hızlı bir şekilde azalır. Anksiyete ise, hayal edilen veya öngörülemeyen, kaynağı kesin olarak bilinmeyen tehditlerin beklentisiyle tetiklenen bir cevaptır. (Davis et al. 2010)

Anksiyete ile korku arasında uyarıcı, tepkinin şiddeti ve süre açısından da farklılıklar vardır. Korku uyarıcı belli olan ve anksiyeteye göre daha şiddetli bir duygudur. Süre bakımından anksiyete korkuya göre daha uzun sürer. Korku kısa sürelidir, hatta anlık bir his olarak da hissedilebilir (Cüceloğlu D.,2005).

## 1.2.Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete ile ilgili ilk belgeler Mezopotamya'nın ilk yazılı eserlerinden Sümerlerin Gılgamış Destanı'nda bulunmuştur. Destanda Gılgamış'ın varoluş, yaşam ve ölüme dair kaygıları işlenmiştir (Noyes R, Hoehn-Saric R.).Tarih boyunca anksiyete ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar hekimlerin ilgisini çekmiş ve araştırmalara konu olmuştur. Hipokrat paranoya, mani, panik atak gibi birçok terimi tanımlamıştır. Hipokrat'a göre her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. Hipokrat'a atfedilerek toplanmış olan 'Hippocratic Corpus' kitabında Nicanor isimli bir gencin sosyal fobisini medikal bir hastalık olarak değerlendirmiştir (Crocq 2015). Anksiyetenin fiziksel belirtileri 18.yy ikinci yarısına kadar farklı medikal hastalıkların semptomları olarak yorumlanmıştır.

Amerikalı psikiyatrist George Miller Bred, 1869 yılında bazı fizyolojik eksikliklerin psikiyatrik problemlere yol açabileceği söyleyerek 'nevrasteni' tanımını ortaya koymuştur.

Bred'a göre nevrasteninin belirtileri; genel halsizlik, nevralkjik ağrılar, histeri, hipokondriyazis, anksiyete ve kronik depresyonu (Shorter E.2005).

Sigmund Freud, 1893'te anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek 'anksiyete nevrozu' terimini kazandırmış ve anksiyetenin 2 tipini tanımlamıştır. Birinci tip kontrol altına alınamayan libidodan kaynaklanan anksiyetedir. İkinci tip anksiyetenin ise baskılanmış arzu ve düşüncelerin kaynağından geldiğini histeri, paranoya, fobi gibi psikonevrozlarda bu tipin sorumlu olduğunu söylemiştir (Berksun OE.,2003).

Fransız psikiyatrist Pierre Janet, 1903 yılında anksiyetik davranışların bilinçaltındaki sabit fikirler nedeniyle ortaya çıkabileceğini söylemiş ve 'psikastenî' tanımını yapmıştır. 1952 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri el kitabı I (DSM I)' de anksiyete kişiliğinin içinde bastırılmış

duygular nedeniyle ortaya çıkan ‘psikonörotik bozukluklar’ olarak yer almıştır. 1968 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri el kitabı (DSM II) II’de ‘nevrozlar’ olarak tanımlanmıştır.

1980 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri el kitabı III (DSM III)’te ise ilk kez farklı bir psikiyatrik hastalık olarak sınıflandırılmıştır. DSM IV’te ‘nevroz’ tanımlaması tamamen kaldırılmış ve ‘anksiyete bozuklukları’ sınıflaması getirilmiştir. Son olarak yayınlanan DSM V ‘te birkaç değişiklikle son halini almıştır (Crocq 2017).

### **1.3. Anksiyete ve Nöroanatomi**

Anksiyetenin kaynağının santral sinir sistemi olduğu bilinmektedir. Negatif duygusal uyaranların tanınmasında, düzenlenmesinde ve bu uyaranlara bilişsel, davranışsal veya somatik tepkilerin üretilmesinde rol oynayan birçok beyin bölgesi bulunmaktadır. Bununla birlikte, olumsuz duyguların düzenlenmesinde limbik sistem öne çıkar. Özellikle, orta temporal loblarda yer alan amigdala çekirdekleri çok önemli bir rol oynar (Nuss 2015). Anksiyete ile ilişkili beyin yapıları; korteksin bazı alanları, bazal ganglionlar, limbik sistemin bazı yapıları (amigdala, hipokampus) ve talamustur (Eşel. 2003).

### **1.4. Anksiyete ve Limbik Sistem**

Limbik yapılar içinde amigdala anksiyete ile ilişkili en önemli yapıdır. Amigdala; korku ve kaygının işlenmesi, çevresel koşullara duygusal uyum gibi birçok duygusal ve bilişsel mekanizmanın merkezidir. Sosyal ve yaygın anksiyete üzerine yapılan nörobiyolojik araştırmalar anksiyete ve amigdala ilişkisini ortaya koymuştur (Janak ve Tye 2015).

Anksiyete, bireyin dikkatini olası tehlikeye yönelten karışık bir duygudur. Anksiyete korkulu anıları ortaya çıkararak tehlike karşısında koşullandırılmış tepkiler oluşturur. Amigdalanın korku duygusundan ana sorumlu bölge olduğu birçok araştırmacı tarafından gösterilmiştir. Amigdala muhtemel bir tehdidin tanınmasından ve korunma yanıtının oluşmasından sorumlu tutulmaktadır (Tovote ve ark.2015).

Hayvanlarda ve insanlarda yapılan çalışmalar duyguların düzenlenmesinde limbik sistemin, özellikle hipokampus ve amigdalanın kesin olarak rol oynadığını göstermektedir Terlevic ve ark. çalışmalarında hipotalamus hacimlerinin yaygın anksiyete bozukluğunda sağ ve solda belirgin azaldığını ve anksiyete skorlarının hipotalamus hacmi ile ters korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır (Terlevic ve ark. 2013).

### **1.5.Anksiyete ve Nörotransmitterler**

Ventromedial prefrontal korteks karar verme, risk ve değer tayini, korku gibi birçok sosyal ve duygusal işlevde önemli bir rol oynar(Etkin ve ark. 2004). Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda Ventromedial prefrontal korteks (VmPC) içinde anormal fonksiyonel aktivite rapor edilmiştir (Labuschagne ve ark. 2012). Yapılan araştırmalar VmPC ile amigdala arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (Mcdonald ve ark.1996; Ghashghaei ve Barbas 2002). Bu bağlamda VmPC'deki bir disfonksiyonun amigdalada hiperaktiviteye yol açarak anksiyete seviyesini artırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle VmPC içindeki nörotransmitter dengesi ile anksiyete ilişkisi araştırmalara konu olmuştur (Ghashghaei ve Barbas 2002).

Normal ve patolojik anksiyete üzerinde etkisi olduğu düşünülen nörotransmitterler Gamaaminobütirik asid (GABA), norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), kolesistokinin (CCK), kortikotropin saliverici hormon (CRF), hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) eksenini ve nörostereoidlerdir (Sevinçok 2007).

#### **1.5.1.Anksiyete ve GABA**

GABA, memeli santral sinir sistemindeki ana inhibitör ve uyarıcı nörotransmitterdir. (Sieghart 1995).GABA'nın iki alt sınıf reseptörü vardır. İyonotropik GABA-A reseptörleri hızlı inhibisyonundan sorumlu, hızlı etkili ligand kapılı klorür kanallarına, metabotropik GABA B reseptörleri yavaş ve uzun süre etkili kalsiyum veya potasyum kanallarına dolaylı olarak G-proteinlerine bağlanır (Bowery 2010).

Amigdaladaki beyin devrelerinin  $\gamma$ -aminobütirik asit-ergik (GABAerjik) internöron inhibitör ağları içerdiği düşünülmektedir ve bu nörotransmitter, hem normal hem de patolojik anksiyete tepkilerinin modülasyonunda kilit bir rol oynar.

GABA veya GABA reseptörü agonistlerinin amigdalya infüzyonları, birçok hayvan türünde korku ve endişe ölçümlerini azaltırken, GABA antagonistlerinin infüzyonlarının anksiyojenik etkileri gözlemlenmiştir (Sanders ve Shekhar 1995;Barbalho ve ark. 2009). GABA-A reseptöründeki allosterik bölgeler amigdalyadaki nöronların inhibisyon seviyesinin düzenlenmesini sağlar ve bu bölgeler anksiyolitik ilaçların etki hedefleridir (Marowsky ve ark. 2005).

### **1.5.2.Anksiyete ve Serotonin**

Bir monoamin nörotransmitteri olan serotonin, hayvanlar aleminin çoğu tarafından bir nöral devre modülatörü olarak kullanılır (Hen 1993). Memelilerde serotonin ağrı, uyku, saldırganlık, beslenme ve ruh hali gibi çok çeşitli davranışları modüle eder (Weiger 1997 ;Hen 1993). Serotonin seviyelerini azaltan tedaviler, hem kaygı azaltıcı hem de kaygı indükleyici davranışa neden olmuştur (Handley 1995).Selektif serotonin geri alım inhibitörlerine uzun süreli maruz kalmanın anksiyeteyi azalttığı, akut maruz kalmanın ise (tedavinin ilk 2 haftası) hem insanlarda hem de hayvan modellerinde kaygı uyandırıcı davranışa neden olduğu gösterilmiştir (Grillon ve ark.2007).

### **1.5.3.Anksiyete ve Norepinefrin**

Noradrenalin etkilerini alfa ( $\alpha$ ) ve beta ( $\beta$ ) reseptörler aracılığı ile oluşturmaktadır. Alfa reseptörlerin  $\alpha_1$  ve  $\alpha_2$ , beta reseptörlerin ise  $\beta_1$  ve  $\beta_2$  alt tipleri bulunmaktadır (Hohen-Saric 1982).  $\beta$  reseptörlerin her iki alt tipi de beyinde bulunmaktadır. Bununla beraber  $\alpha_1$  reseptörler kortekste noradrenaline daha duyarlı iken,  $\alpha_2$  reseptörler daha çok vasküler yapı ile ilişkilidir (Reisine 1981).

Noradrenalin beyinde en fazla lokus seruleusta bulunur. Lokus seruleusun uyarılarak noradrenalin düzeyinin artması otonomik ve emosyonel anksiyete semptomlarına neden olur (Redmond ve Huang 1979).

### **1.5.4.Anksiyete ve Kolesistokin (CCK)**

Bir tetrapeptid olan CCK-4 ve bir oktapeptid olan CCK-8S yaygın anksiyete bozukluklarında etkilidir. Hayvan çalışmalarında CCK agonistinin korku ve aşırı uyarılmaya yol açtığı gösterilmiştir (Harro ve ark. 1993). Ayrıca kolesistokin

serotonin ve noradrenalin sistemleri ile etkileşime girerek dolaylı yoldan da anksiyete üzerinde etki gösterir (Lydiard ve ark.1996).

### **1.5.5.Anksiyete ve kortikotropin saliverici hormon (CRF)**

CRF amigdala, lokus seruleus gibi anksiyete ve korku üzerine etkili beyin bölgelerinde bol miktarda bulunur. Lokus sereleusu uyarır, benzodiazepinlerin etkilerini güçlendirir. Böylece dolaylı yoldan anksiyete üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. (Swerdlow ve ark. 1986)

### **1.6.Epidemiyoloji**

Anksiyete üzerine global olarak bir çok çalışma yürütülmüştür. Ancak bulgulardaki değişiklikler prevalans genellemesini zorlaştırmaktadır (Remes ve ark. 2016). Yapılan çalışmaları göstermiştir ki; yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel farklılıklar, coğrafya, kişinin fiziksel ve mental sağlığı gibi etkenler anksiyete prevalansını etkilemektedir.

Kadınlarda ki anksiyete erkeklere göre neredeyse iki kat fazla görülmektedir. Kadın: erkek oranını 1.9: 1 olarak rapor eden çalışmalar mevcuttur (Somers ve ark. 2006 ;Baxter ve ark.2013). Anksiyete ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ergenlerde hormonal değişimlerden ve eğitim sürecinden kaynaklı anksiyete bozuklukları yaygın olarak görülmektedir. Genç yetişkinlerde, iş stresi ve gelecek kaygısı; yaşlı popülasyonda ise hastalık ve hayatın sonlanmasına duyulan korku nedeniyle anksiyete bozuklukları görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı yaşlı popülasyonda % 1.3-4.7 arasında değişmektedir (Bryant ve ark. 2008).

Coğrafi konum, kentselleşme, kültür ve sosyo-ekonomik düzeyin bireylerin anksiyete düzeylerini direkt olarak etkilediği ortaya konulmuştur. Yapılan bir meta-analizde; global anksiyete bozukluğu prevalansı % 7,3 (% 4,8-10,9), Afrika kültürlerinde % 5,3 (% 3,5–8,1) ve Avrupa / Anglo kültürlerinde % 10,4 (% 7,0-15,5) olduğu raporlanmıştır (Baxter ve ark. 2013).

Konjenital hastalıklar, bağımlılık, travma sonrası, hamilelik ve kronik hastalıklar da anksiyete üzerinde etkilidir. Kardiyovasküler hastalığı olan ve batı ülkelerinde yaşayan hastaların % 10.94'ü (Tully ve Cosh 2013), konjestif kalp

yetmezliği olan hastaların % 2-49'u (Janssen ve ark. 2008) anksiyete bozukluğuna sahip iken ve kalp hastalığının son evrelerindeki hastalarda prevalans % 49'a kadar yükselmektedir (Solano ve ark.2006).

Opioid bağımlılığına ilişkin yapılan global bir incelemede % 2-67 arasında değişen yaşam boyu anksiyete prevalansı bildirilmiştir (Fatséas ve ark. 2010).

Çin'de yapılan bir meta analiz sonucunda, kanser teşhisi konan bireylerde genel anksiyete prevalansının (%49,7) kanser olmayanlara (%17,5) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yang ve ark. 2013) .

Sağlık Bakanlığı tarafından anksiyete bozukluğu ile ilgili ÷lkemizde yapılan bir çalışmada, bir yıllık prevalans %0.7 olarak bulunmuştur (Erol ve ark.1998). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık yaygın anksiyete bozukluğu kadınlarda %0.8 ve erkeklerde %0.5 olarak verilmektedir (Ünsalver 2006).

### **1.7.Anksiyete Belirtileri**

Anksiyete; kişide fiziksel, psikolojik ve davranışlara yansıyan belirtiler verebilir. Fiziksel olarak; çarpıntı, tansiyon değişikliği, yutkunma g÷çlüğü, nefes almada zorlanma, terleme, kızarma, titreme, baş dönmesi, bayılma, veya kas gerginliğine neden olur.

Psikolojik olarak; aşırı sıkıntı ve endişe , abartılmış korkular, bedeninin yabancılaşması hissi ve rahatsız edici saplantılara neden olabilir. Bu belirtiler kişinin davranışlarına yansır ve kişi bulunduğu ortamdaki kaçmak isteme, yardım çağrısı gibi davranışlar sergileyebilir (Sürmeli 1997).

### **1.8.Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırması**

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (American Psychiatric Association,APA 2013) yayınladığı DSM-5 'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

-Ayrılma anksiyetesi

-Seçici Konuşmama (Selektif Mutizm)



-Sosyal Anksiyete Bozukluğu

-Panik Atak

-Agorafobi

-Özgöl Fobiler

-Genel Anksiyete Bozukluğu

-İlacaya Bağlı Anksiyete Bozukluğu

### **1.9.Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri**

DSM-5 'te yayınlanan yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

a. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde günlük yaşam içindeki rutin olaylarda, aşırı bir kaygı vardır.

b. Kişi, kuruntularını kontrol etmekte zorlanır.

c. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü eşlik eder;

-Huzursuzluk, gergin ya da sürekli diken üzerinde olma

-Kolay yorulma

-Odaklanmakta zorlanma ya da zihnin boşalması

-Kolay kızma

-Kas gerginliği

-Uyku bozukluğu

d. Kaygı ve kuruntu toplumsal ve bireysel yaşamda işlev kaybına neden olacak düzeydedir.

e. Bu bozukluk herhangi bir ilaç veya kötü alışkanlığın bir sonucu değildir.

f. Bu bozukluk, başka bir psikiyatrik hastalıkla daha iyi örtüşmez (American Psychiatric Association 2013).

## 1.10.Özgül Fobiler

Fobi, açıkça belli olan bir nesne ya da duruma karşı, uyararla orantısız oluşan tepki ve anksiyeteye neden olur. Kişi tepkisinin abartılı olduğunu bildiği halde bunu engelleyemez. Kişi fobisini oluşturan durum, nesne veya mekandan kaçmak ister. Özgül fobiler yalnızca fobiyi oluşturan varlık, nesne veya durumda ortaya çıkar. Yükseklik, hayvan, karanlık, kapalı alan gibi fobiler özgül fobilerdir.

DSM 5'e göre özgül fobi tipleri;

a)Durum Tipi: Uçak yolculuğu, toplu taşıma, araç kullanımı, tünel, köprü, asansör gibi etkenler anksiyeteyi başlatır. Genç yetişkinlerde daha sıktır.

b)Doğal Çevre Tipi: Yükseklik, okyanus, fırtına, yağmur gibi doğa olaylarına karşı oluşan anksiyetedir.

c)Hayvan Tipi: Çocukluk çağında yaygındır. Hayvanlara karşı duyulan korku sebeplidir.

d)Kan, Enjeksiyon, Yara Tipi:Anksiyete enjeksiyon, kan, yara gibi tıbbi invaziv işlemlere karşıdır. Çoğu zaman belirgin vazovagal tepki vardır. Hastaların çoğunda senkop ve bayılma görülür.

e)Diğer Tip: Tıkanıp boğulma korkusu, masal kahramanlarından korkma gibi özgül fobilerdir (American Psychiatric Association 2013).

## 1.11.Durumluluk Anksiyetesi

Anksiyete ile ilgili iki tamamlayıcı kavram vardır: psikofizyolojik bir durum anksiyetesi (durumluk) ve kişilik özelliği anksiyetesi (sürekli). Durumluluk; belirli bir anda, olumsuz durumlarla doğrudan ilişkili psikolojik ve fizyolojik geçici tepki ve duygu değişimini yansıtır (Grillon 2008).

## 1.12.Sürekli Anksiyete

Sürekli anksiyete, anksiyeteye neden olan mevcut durum ile ilgili bireysel farklılıkların neden olduğu kişilik özelliklerinin bir sonucudur. Bu nedenle durumluluk anksiyetesine göre daha karardır ve anksiyete bozukluğu olan hastaların

önemli bir özelliği olarak kabul edilir. Çünkü sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek derecede ve kalıcı anksiyete sergilerler (Kennedy ve ark. 2001).

Durumluluk ve sürekli anksiyete arasındaki bu ayrım anksiyetenin değerlendirilmesinde önemli bir kavramsal gelişmedir. Spielberger ve Gorsuch'a (1970) göre kaygı tek boyutlu bir yapıdır; sürekli anksiyete arttıkça, farklı tehdit durumlarında durumluluk anksiyetesi de artar.

### **1.13.Dental Anksiyete**

Dental anksiyete, diş hekimlerinin pratikte sıklıkla karşılaştığı ve giderek artan bir sorundur. Diş tedavisi, diş hekimlerinin ve hastanın karşılıklı güvene dayalı ilişkiler kurma konusundaki farkındalığına rağmen, hala en endişeli ziyaretlerden biri olmaya devam etmektedir. Dental anksiyete, bireyin diş hekimi ziyaretinin sıklığını belirler. Ağız ve diş sağlığının korunmasında uzun vadeli bir etkiye sahiptir.

Diş hekimini ziyaret eden bir bireyde korku evrenseldir ve hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülebilir. Dental anksiyete prevalansının yaş, cinsiyet, coğrafi konum, sosyo-kültürel faktörlerden etkilendiği de bilinerek % 3-43 arasında değiştiğini gösteren raporlar mevcuttur. Araştırmalar, kadınlarda prevalansın yüksek olduğunu ve yaş ilerledikçe kaygıda genel bir azalma olduğunu göstermiştir. Ancak çocuklarda dental anksiyete sıklığı % 43'e kadar yükselmektedir. Bu sonuçlar dental anksiyetenin çocukluk çağından yetişkinliğe uzun vadeli etkileri olabileceğini göstermektedir (Jeddy ve ark. 2018).

Dental anksiyete, diş tedavisi prosedürlerinde yer alan zorluklardan, aile ve sosyal çevredeki travmatik diş hekimi deneyimi hakkındaki söylentilerden veya kişinin kendi yaşadığı kötü deneyimden kaynaklanabilir ve durumluluk anksiyetesi olarak tanımlanabilir (Armfield ve ark. 2007).

Yüksek dental anksiyeteye sahip kişiler, kısır bir döngüyü devam ettirerek diş hekimi randevularını erteleme niyetinde olabilirler. Bunun sonucunda dental problemlerin artması, tedavide gereksiz gecikme sonucu invaziv işlem ihtiyacı ve zedelenmiş bir hasta-hekim ilişkisi ortaya çıkar (Doganer ve ark. 2017).

Dental anksiyeteyi kontrol altına almaya yönelik bir yaklaşımda bulunmadan önce bireyin kaygı ve korkusunun kaynağını bilmek gerekir. Genel olarak, dental

anksiyete kaynağının olumsuz bir deneyimden kaynaklandığı kabul görür. Ancak kaygının temelinde sosyal fobi, agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikolojik rahatsızlıklar olabilir. Özellikle majör depresyonda diş hekimi ziyaretlerinde azalma ve artan tedavi ihtiyacı raporlanmıştır (Okoro ve ark. 2012). Mevcut kanıtlar diş hekimi endişesi olduğu düşünülen kişilerin ayrıca başka komorbid psikolojik koşullara sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir(Locker ve ark. 2001).

Milgrom ve ark. (1995) dental anksiyeteye sahip hastaları klinik ve tedavi yaklaşımındaki farklılıklara göre 4 grupta sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmayı 'Seattle Kategorisi' olarak adlandırmışlardır:

a)Spesifik uyaranlardan korkan bireyler: Bu gruptaki hastalar anksiyetelerine sebep olan uyarıyı kolayca söyleyebilirler. En yaygın olanı iğne ve enjeksiyon korkusudur. Ancak diş tedavilerinde kullanılan el aletlerinin sesi ve titreşimleri, kullanılan malzemelerin kokusu gibi uyaranlar da anksiyeteye neden olabilir. Bireyin birkaç iyi deneyimden sonra korkusunun üstesinden gelebileceği düşünülür.

b)Tıbbi felaketten korkan bireyler: Hasta tedavi esnasında kalp krizi, alerji veya boğulma gibi tıbbi acil durumla karşılaşma ihtimalinden korkarlar. Bu tip hastalardan detaylı anamnez alınmalı ve hasta herhangi bir sorun olmayacağına dair temkin edilmelidir.

c)Genel dental anksiyetesi olan bireyler: Bu gruptaki hastalar anksiyetelerine sebep olan etkeni bulamazlar. Diş hekimliği ve tedavi süreci ile ilgili hemen hemen her şeyi zor bulurlar ve 'korku verici' olarak tanımlarlar. Bu tip hastalarda tedavinin kademeli olarak yapılması uygundur.

d)Diş hekimine güvenmeyen bireyler: Hasta hekimin tedavi planını, bilgi ve tecrübesini sürekli sorgular. Bu gruptaki hastalar çoğunlukla küçük bir invaziv işlem için bile birkaç hekim ile görüşüp kesin kararlarını verirler. Tedavi planlamasını ve aşamalarını sürekli bilmek kontrolü hekim ile birlikte elinde tutmak isterler.

Locker ve ark. (1999) 1420 yetişkin hastayı inceledikleri çalışmalarında; hastaların %16,4'ünde dental anksiyete tespit etmişlerdir. Seattle kategorisine göre hastaların % 49.6'sının spesifik uyaran anksiyetesine, % 7.8 'inin tıbbi felaket

korkusuna, % 19.4'ünün genel dental anksiyeteye ve % 9,9'unun da diş hekimlerine güvensiz olduğunu raporlamışlar, kalan% 13,3'ü kategorize edilemediğini bildirmişlerdir.

Anksiyeteli bir hasta ile başarılı bir şekilde çalışmak için, diş hekimi önce hastanın korktuğunu ya da gergin olduğunu tespit etmeli ve sonra o hastanın endişelerine göre uyarlanmış uygun bir tedavi yaklaşımı benimsemelidir. Her hekim hastasının olası endişe ve korkuları hakkında bilgi edinmeye çalışacaktır, ancak yaklaşım yöntemi diş hekimleri arasında ve bir hastadan diğerine oldukça değişkenlik gösterebilir. Anksiyetenin klinik değerlendirmesi için dental anksiyete ve genel anksiyete ölçüm anketlerinin kullanımı önerilmektedir (Armfield ve Heaton 2013).

#### **1.14. Anksiyete Ölçüm Skalaları**

Anksiyete bozukluklarının tanısı DSM-5 'te belirtilen tanı ölçütlerine göre konulur. Ancak hastaların anksiyete seviyelerinin yüksekliğini ve semptomların sıklığını ölçmeye yarayan anketler mevcuttur. Bu anketlerin birçoğu dilimize çevrilmiş ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Fırat ve ark. 2006).

Bu anketlerden; Beck Anksiyete Ölçeği, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Welsh Anksiyete Ölçeği, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği popüler olanlarıdır.

Biz çalışmamızda Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'ni (STAI) kullandık.

##### **1.14.1. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)**

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Türkçe'ye durumluluk kaygı ölçeği olarak çevrilmiştir. 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek ile bireylerin sürekli ve durumluluk kaygılarını ölçmeyi planlamışlardır ( Spielberger ve Gorsuch 1970). Ölçek dilimize çevrilmiştir ve güvenilirliği Öner ve Le Compte (1983) tarafından sağlanmıştır. STAI durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirleyen 2 ayrı ölçekten oluşur. Kişi kendi kendine soruları cevaplayabilir, uygulanması kolaydır. Her ölçek 20'şer sorudan oluşur. Ölçeklerdeki sorularda iki türlü ifade bulunur. Olumlu ifadeler 'direkt' , olumsuz ifadeler 'reverse'

, 'tersine dönmüş' olarak adlandırılır. İki ölçekte de tersine dönmüş ifadeler bulunur ve skora buna göre yapılır.

Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), kişinin belirli bir an ve koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır. Bu ölçekteki sorulara cevap vermek için 'Hiç', 'Biraz', 'Çok' ve 'Tamamiyle' seçenekleri bulunur. Direkt ifade içeren sorular için 'Hiç' 1 skor, 'Bazen' 2 skor, 'Çok' 3 skor ve 'Tamamiyle' 4 skordur. Olumsuz, tersine dönmüş ifadelerde skora da tersten yapılır. 'Hiç' 4 skor, 'Biraz' 3 skor, 'Çok' 2 skor, 'Tamamiyle' 1 skordur. Bu ölçekte 1,2,5,8,10,11,15,16,19, ve 20. sorular tersine dönmüş sorulardır.

Sürekli kaygı Ölçeği (STAI-T), kişinin içinde bulunduğu an ve koşullardan bağımsız olarak kaygı seviyesini ölçer. Kişinin anksiyeteye olan yatkınlığı belirlenebilir. Bu ölçekteki sorular için 'Hiçbir zaman', 'Bazen', 'Çoğu zaman' ve 'Hemen her zaman' seçenekleri bulunur. Skora STAI-S ile aynıdır. Bu ölçekte tersine dönmüş sorular 1,6,7,10,13,16 ve 19. sorulardır.

Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık skorundan, ters ifadelerin toplam ağırlık skoru çıkarılır. Elde edilen sayısal değer bireyin kaygı skorudur. 20-39 skorun düşük, 40-59 skorun orta, 60-80 skorun yüksek anksiyete skoru olarak kabul edilir (Öner ve Le Compte 1983).

#### **1.14.2. Görsel Analog Skala (VAS)**

Görsel analog Skala (Visual Analog Scale) klinik deneyler ve diğer çalışmalarda sıklıkla kullanılır. Ağrı ölçümü için kullanılan VAS, 10 cm uzunluğunda düz bir çizgidir. Çizginin bir ucu 'hiç ağrı yok', diğer ucu 'olabilecek en kötü ağrı' skorunu gösterir. Kişi tamamen kendi ağrı tecrübesine göre bu aralıkta bir yer işaretler. İşarete denk gelen uzunluk üzerinden değerlendirmeler yapılır (Huskisson 1974).

VAS, diş hekimliği klinik çalışmalarında ağrı ve anksiyete ölçümü için kullanılmaktadır (Appukuttan ve ark.2014; Eli ve ark. 2000).

### **1.15.Dental Anksiyete Ölçüm Skalaları**

Dental anksiyeteyi belirlemede kullanılan bazı ölçekler şunlardır: Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (DAS), Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS), Dental Anksiyete Sorusu (DAQ), Fotografik Dental Anksiyete Anketi, Kleinknecht'in Dental Korku Skalası

(DFS), Stouthard'ın Dental Anksiyete Envanteri (DAI) (Armfield 2010).

#### **1.15.1. Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (DAS)**

1969 yılında Corah ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 4 sorudan oluşan bir ölçektir. Birçok dile olduğu gibi Türkçe'ye de çevrilmiş ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Seydaoğlu ve ark 2006).

İlk iki soruda kaygıyı ölçerken, diğer iki soruda diş tedavisi sırasında gerçekleşecek olan uyarılara karşı olan korkuyu ölçer. Anksiyeteyi her yönüyle değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. İlk soruda kişiden gelecekte karşısına çıkacak duruma karşı bir cevap beklenirken, diğer üç soruda durumun içindeyken ne hissettiği sorulur. Her sorunun 1 ile 5 arası skoru vardır. Yüksek skor yüksek anksiyete seviyesini göstermektedir (Corah 1969).

#### **1.15.2.Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)**

Humphris ve ark tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir ve dental anksiyete üzerinde yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Humphris ve ark. 1995). Dilimize çevrilmiş ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Tunc ve ark. 2005;İlgüy ve ark. 2005). İlk dört soruda DAS temel alınmış, beşinci soru ağız içine yapılan enjeksiyona karşı duyulan korkuyu sorgulamaya yöneliktir. DAS'tan farklı olarak her soru için cevap şıkları "Hiç endişelenmem" ile "İleri derecede endişelenirim" arasında değişen beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Seçeneklerin 1 ile 5 skor arasında skor değeri vardır. Yüksek skor değeri yüksek anksiyete seviyesini göstermektedir (Humphris ve ark. 1995).

## 1.16.Preoperatif Anksiyete

Anksiyete kişinin kendini güvende hissetmediği durumlarda gösterdiği doğal bir tepkidir. Hastalıklar sonucu gözlenen kısıtlamalar ve engeller, çaresizlik duygusu, herhangi bir organ kaybı korkusu, ölüm korkusu, hastalığın şiddeti ve gidişatı kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddeti üzerinde etkilidir (Perks ve ark. 2009). Hastalık sonucu anksiyete sık görülmektedir. Ameliyat; fiziksel etkilerinin yanında psikolojik olarak da hastayı etkiler. Cerrahi operasyonun neden olduğu anksiyeteye bağlı fiziksel ve duygusal semptomlar postoperatif iyileşmeyi de etkiler (Spielberger ve ark.1973).

Cerrahi girişim öncesi hastalarda ameliyata karşı stres tepkisi görülür. Stres tepkisi; ameliyat esnasındaki hareketsizlik, kan kaybı, anestezi gibi fizyolojik nedenlere ve ameliyattan çıkamama korkusu gibi psikolojik nedenlere bağlı olarak gelişir. Belli bir derecede stres vücudun dengesini korur. Ancak stresin etkinliği hastanın yaş, cinsiyet, psikolojik ve medikal durumuna göre değişmektedir.

Elektif cerrahinin operasyon geçirecek hastalarda orta dereceli anksiyetenin hastayı postoperatif dönemde yaşayacağı sıkıntılara hazırladığı ve faydalı olabileceği söylenmiştir. Ancak intraoperatif dönemde artmış anksiyete, bağışıklık sistemini etkileyebilir ve yara iyileşmesi uzayabilir, genel anestezi sonrası bulantı ve kusmayı artırır, ağrıyı ve analjezik gereksinimini artırır ve sonuç olarak hasta memnuniyetini azalır (Moerman ve ark. 1992; Tong ve ark.1997).

Preoperatif anksiyetenin olası olumsuz etkileri göz önüne alındığında, klinisyenler ve araştırmacılar anksiyetenin prevalansını, ciddiyetini ve etkisini azaltmaya yönelik müdahaleler uygulamaya çalışmışlardır. Bunlar arasında preoperatif yatıştırıcı ilaçlar, psikolojik hazırlık programları, çocuklara hikaye kitabı okuma, yaşa uygun öğretim müdahaleleri uygulama ve çocuk yaşamı uzmanları ve psikolojik danışmanlarla çalışılması gibi tamamlayıcı tedavilerin kullanımı yer almaktadır (Brewer ve ark.2006).

Yatıştırıcı premedikasyon rutin olarak kullanılmasına rağmen, sınırlamaları vardır. İlk olarak bulantı ve kusma gibi istenmeyen yan etkileri vardır. İkincisi, anksiyolitik ilaçların uzun etki başlama süresi cerrahi için en uygun zamanda verilmesini zorlaştırabilir. Çocuklarda kullanılmak istendiğinde bazen rahatsız edici tatlarından dolayı bu ilaçları gönüllü olarak almayı reddedebilirler ve sedasyona



direnç gösterebilirler (Davidson ve McKenzie 2011). En önemlisi ise postoperatif deliryum riskinin yüksek olması ve ajitasyona yol açmasıdır (White 1986).

Preoperatif anksiyete; hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için önemli bir sorundur. Artmış anksiyete postoperatif ağrının artması, postoperatif memnuniyetsizlik ve hastanede kalma süresinin artması gibi birçok sorunu da beraberinde getirir. Bu nedenle preoperatif hastaların anksiyete seviyelerinin anlaşılması ve azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir (Pritchard 2009).

## **1.17.Preoperatif Anksiyeteyi Azaltmak için Kullanılan Yöntemler**

### **1.17.1.Müzik Terapisi**

Farmakolojik ajanların yan etkilerinden kaçınmak için çeşitli tamamlayıcı terapiler preoperatif anksiyeteyi azaltmak için kullanılmıştır. Bazı yazarlar müziğin kişinin dikkatini olumsuz uyaranlardan uzak, hoş ve cesaret verici bir şeye odaklayarak, dikkat dağıtıcı olarak işlev gördüğünü ve kaygıyı azalttığını savunmuşlardır. Müzik, hastanın aklını tanıdık ve yatıştırıcı bir şeyle meşgul eder ve hastanın kendi dünyasına kaçmasına izin verir. Ayrıca, hastalar kendi farkındalıklarını müziğe odaklayarak gevşeyebilirler (White 2001; Barnason ve ark. 1995).

Müzik; acı, ağrı ve stresin azaltılması gibi birçok alanda kullanılmıştır. Preoperatif anksiyetenin azaltılmasında da birçok çalışmada müzik terapisi uygulanmıştır. Bir sistematik derlemede, preoperatif müzik terapisinin anksiyete skorlarına etkisini inceleyen 24 çalışmanın 12'sinde (%50) anksiyete skorlarının azaldığı bildirilmiştir (Nilsson 2008).

Dental anksiyeteyi azaltmaya yönelik müzik terapisi için birçok çalışma yapılmıştır. Kim ve ark. (2011), mandibular üçüncü molar dişin cerrahi çekimi yapılacak 219 hasta üzerinde müzik terapisinin preoperatif anksiyeteye etkisini araştırmışlardır. Kendi seçtikleri bir müziği dinleyen çalışma grubunda anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre önemli ölçüde azaldığını bildirmişlerdir.

Başka bir çalışmada, diş çekimi öncesi dinlendirici müzik dinletilmesinin, kabul görmüş bir stres işareti olan tükürük kortizolü üzerindeki etkilerini

incelemişlerdir. 34 yetişkin hasta üzerinde yapılan çalışmada müzik terapisi yapılan grupta tükürükteki kortizol seviyesinin kontrol grubundan çok daha fazla bir azalma olduğunu belirtmişlerdir (Mejía-Rubalcava ve 2015).

Endonezya'da yapılan bir çalışmada, diş çekimi yapılacak hastalara işlem öncesi müzik terapisi yapıldığında sistolik ve diyastolik kan basınçlarında ve plazma noradrenalin seviyelerinde azalma olduğunu bildirmişlerdir (Maulina ve ark. 2017).

### **1.17.2.Akupunktur**

Akupunktur Çin, Japonya ve Kore'de uzun bir kullanım geçmişine sahiptir. Akupunktur, vücuttaki enerji dengesizliğini düzeltmek için vücudun farklı bölgelerine ince iğnelerin sokulmasını içerir. Akupunktur terapisinin geleneksel / klasik akupunktur, kulak akupunkturu, tek nokta akupunkturu gibi çeşitli yöntemleri vardır. Manuel, elektro ve lazer akupunktur gibi farklı yollarla da yapılabilmektedir (Armour ve Smith 2016).

Son otuz yılda elde edilen güçlü kanıtlar, akupunkturun ağırlıklı olarak endojen opioid mekanizması, katekolaminler ve serotonin gibi çeşitli nörotransmitterlerin aracılığı ile merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Leung ve ark. 2014). Buna dayanarak akupunktur terapisi ağrı ve acının azaltılmasında, stresin kontrol edilmesinde, depresyonda ilaç tedavisine alternatif olarak birçok alanda kullanılmaktadır (Smith ve ark.2018;Shi ve ark. 2018).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden biri olan akupunktur tedavisi aynı zamanda anksiyeteyi azaltmaya yönelik de kullanılmaktadır. Acar ve ark. (2013), cerrahi operasyon geçirecek olan 52 hastada tek nokta akupunkturunun preoperatif anksiyete üzerine etkisini araştırmışlardır. Akupunktur yapılan grupta kontrol grubuna göre STAI-S skorlarının anlamlı derecede azaldığını rapor etmişlerdir. Dental anksiyeteyi azaltmaya yönelik akupunktur tedavisi ile preoperatif sedatif ilaç uygulamasının karşılaştırıldığı bir çalışmada akupunktur tedavisinin sedatifler kadar etkili olduğu gösterilmiştir (Karst ve ark. 2007).

Avusturya'da yapılan bir çalışmada dental tedaviden 20 dk önce yapılan kulak akupunkturunun hastaların anksiyete skorlarını belirgin şekilde azalttığı raporlanmıştır (Michalek-Sauberer ve ark. 2012).

Akupunktur preoperatif anksiyeteyi azaltmada yan etkisi az olan ve farmakolojik ajanlara göre nispeten daha az maliyetli bir tedavi seçeneğidir (Bae ve ark. 2014).

### **1.17.3.Hipnoterapi**

Hipnoterapi, bilinçaltının zihne olumlu önerilerde bulunarak düşünce, duygu ve davranış probleminin üstesinden gelmeye yönelik faydalarını inceleyen bir psikoloji dalıdır. Hipnoterapi anksiyete ve yaşanan semptomları daha iyi kontrol edebilmek için yapılan bir müdahaledir. Hipnoz, özellikle anksiyete bozuklukları olmak üzere, çeşitli ruhsal bozukluklarda uygulanan bir psikoterapi yöntemidir. Hipnoz kullanımı, alfa ve beta gibi düşünce dalgalarını transa geçirdiği düşünülen sözlü iletişim sanatıdır. Kendi kendine programlamayı amaçlayan, parasempatik sinirleri de dahil ederek anksiyeteyi ortadan kaldıran kendi kendine hipnozun mümkün olduğu da bilinmektedir.(Alladin 2014)

Hipnoterapinin bileşenleri şunlardır:

- a) Gevşeme eğitimi
- b) Zihnin beden üzerindeki gücünün gösterilmesi
- c) Ego güçlendirilmesi
- d) Farkındalığın güçlendirilmesi
- e) Modülasyon ve düzenleme
- f) Kendi kendine hipnoz
- g) Olumlu düşünceler

Hipnoterapi; hastayı eğiterek, gevşeme teknikleri ile farmakolojik olmayan bir ağrı kontrol tedavisi olarak kabul edilir. Tıpta ve dişhekimliğinde birçok alanda kullanılmaktadır. Hipnoterapi yaygın anksiyete bozuklukları ve depresyon tedavisinde, hastalıkların neden olduğu psikolojik sıkıntıların giderilmesinde, postoperatif ağrı kontrolünde ve preoperatif anksiyeteyi azaltmada kullanılmıştır (Daitch 2018; Blankfield 1991).

Hipnoterapinin diş hekimliğinde ilk kullanımı 1829'da bildirilen hipnotik anestezi altında diş çekimidir (Allison 2015). 1900'lü yıllarda, hipnoz diş hekimleri tarafından hastalarının korkularını ve ağrılarını yönetmek için yaygın olarak kullanılmıştır. Günümüzde hipnoz, diş hekimleri tarafından dental prosedürler, aşırı öğürme refleksinin kontrolü, orofasiyal ağrılarının tedavisi, dental anksiyetenin azaltılması ve postoperatif ağrı kontrolünde etkin olarak kullanılmaktadır (Facco ve ark. 2014; Armfield ve Heaton 2013; Moss ve Willmarth 2019).

Abdeshahi ve ark. (2013), gömülü 3. molar dişin cerrahi çekiminde hipnoterapi uyguladıkları çalışmalarında hipnoterapi altında diş çekimi yapılan hastaların preoperatif anksiyetelerinin azaldığını, postoperatif dönemde daha az ağrı duyduklarını ve daha az analjezik ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir.

### **1.18.Preoperatif Hasta Bilgilendirme Yöntemleri**

Cerrahi öncesi hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve postoperatif dönem üzerine etkilerinin incelenmesi için birçok çalışma yürütülmüştür (Dhillon ve ark. 2017; Walker 2007; Buckley ve Savage 2010).

Elektif cerrahi girişim öncesi her hastadan işlem sürecinin, olası komplikasyonlarının ve işlem sonrası görülecek durumların anlatıldığı yazılı aydınlatılmış onam formunun alınması yasal bir zorunluluktur. Günümüz teknolojisinin gelişmesiyle hasta bilgilendirme de farklı yöntemler de kullanılabilir.

#### **1.18.1.Yazılı Bilgilendirme**

Yazılı bilgilendirme için genellikle aydınlatılmış onam formları kullanılır. Yazılı bilgilendirme de önemli olan yazılı metnin sade ve anlaşılır olmasıdır. Metnin uzunluğu ve içermesi gereken bilgilerin detayı konusunda farklı görüşler vardır. Bazı çalışmaların sonuçları kısa metinlerin hastaya bilmesi gerektiği kadarını vererek daha anlaşılır olduğunu savunmaktadır (Flory ve Emanuel 2004). Bazı yazarlar ise hastaya detaylı bilgi veren uzun metinlerin daha iyi anlaşıldığını ve hastadan alınacak onam için daha etik olduğunu savunmaktadır (Barnett ve ark. 2008).

Aydınlatılmış onam formu ve diğer yazılı metinlerinde amaç hastayı prosedür ile ilgili bilgilendirmek ve hastanın bilgiyi anlamasını sağlamaktır. Yaş, sosyo-

ekonomik-kültürel seviye metnin anlaşılabilirliğini etkiler. Bu nedenle hastanın verilen bilgileri anlaması sağlanmalı, anladığının denetlenmesi gereklidir (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu 2008).

### **1.18.2.Sözlü Bilgilendirme**

Aydınlatılmış onam formuna ek olarak birebir hekim tarafından hastaya sözlü olarak bilgilendirme yapılır. Bilgilendirmenin içeriği hastanın anlayabileceği şekilde ve anksiyeteyi artırmayacak düzeyde hekim tarafından ayarlanabilir. Yazılı bilgilendirmede olduğu gibi sözlü bilgilendirme için de içerik konusunda farklı görüşler vardır. Ayrıntılı bilgi vermenin hastaların kendisini operasyon ve sonrası için hazırlamasına ve anksiyetelerinin azalmasına faydalı olacağını gösteren çalışmalar mevcuttur (Sjöling ve ark.2003).

### **1.18.3.Görsel Bilgilendirme**

Görsel bilgilendirme de birçok yöntem kullanılmaktadır.Cerrahi prosedürü aşama aşama gösteren fotoğraflar, sesli ve sessiz video kayıtları, animasyonlar kullanılmaktadır. Görsel bilgilendirmenin diğer yöntemlerden üstün olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Danino ve ark. 2005; Cornoiu ve ark 2011).

## **1.19.Dental İmplantlar**

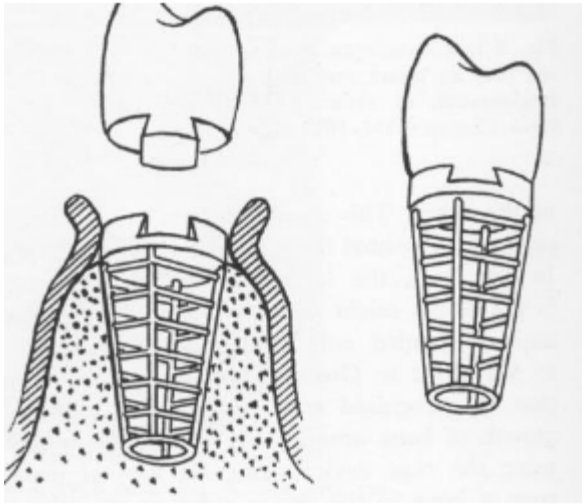
### **1.19.1.Tanım ve Tarihçe**

İmplant sözcüğü Latince “in=içerisine, içinde” ve “planto=ekme, dikme, yerleştirme, gömme” anlamına gelen sözcüklerin birleşmesiyle oluşur. İmplant medikal olarak vücutta eksik olan doku veya organların yerini tutmak için yerleştirilen materyaller olarak tanımlanabilir. Dental implantlar ise eksik dişlerin köklerinin yerine çene kemiği içerisine yerleştirilen materyallerdir. Tarih boyunca insanlar çeşitli yöntemlerle eksik olan dişleri yerine koymaya çalışmışlardır. Dental implantlarla ilgili ilk bulgular MS. 600 yıllarında Mayalılar dönemine ait kalıntılarda bulunmuştur. Mayalılar deniz kabuklarını alt çenede kayıp dişlerin yerlerine kullanmışlardır. MS.800 yıllarında Hondurasların taştan yonttukları implantları mandibulaya yerleştirdikleri görülmüştür (Bobbio 1972).

Bilim insanlarının tıp ve diş hekimliği alanında özellikle cerrahi işlemlerde

ilerlemesi çağlar boyu yaptıkları çalışmalarla sağlanmıştır. Dişlerin ağız içerisinde korunması ve eksik dişlerin yerine konulması için birçok farklı yöntem ve materyal denenmiştir. Ancak modern diş hekimliğinin ve implantolojinin yapı taşları 1800 ve 1900'lü yıllarda atılmıştır.1809 yılında J. Maggiolo, diş çekim boşluğuna altın bir implant tüpü yerleştirdi.İyileşme sürecini bekledikten sonra bir kron yapıldı ancak yaygın diş eti iltihabı nedeniyle bu girişimi başarısız oldu.Bu dönemlerde gümüş kapsüller,porselenler ve iridyum tüpleri gibi çeşitli materyaller dental implant olarak kullanılmıştır (Abraham 2014).

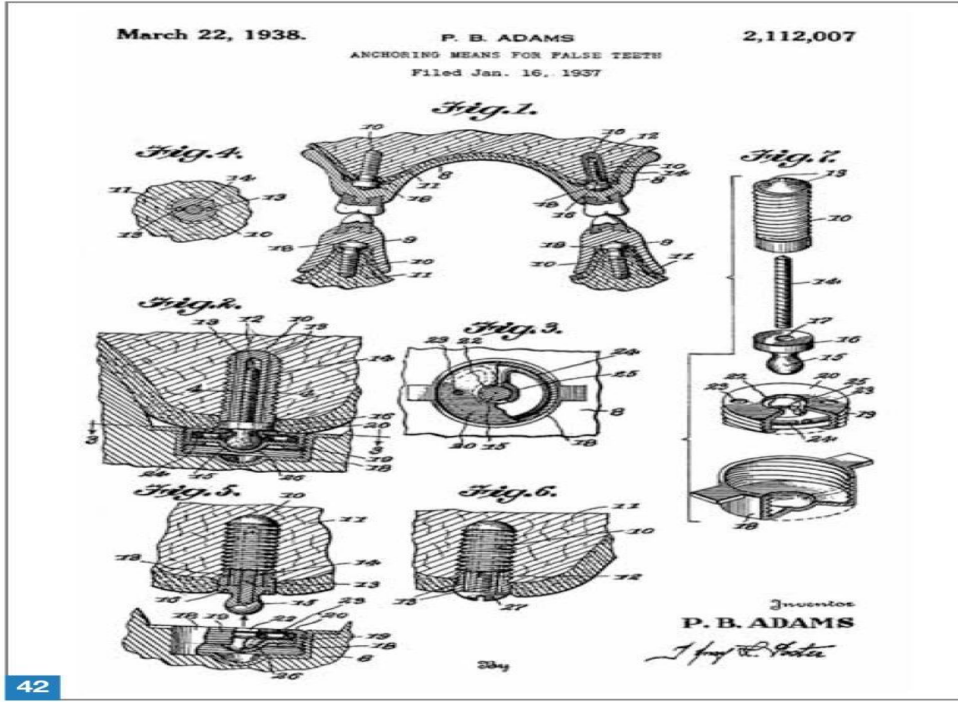
Greenfield, 1913 yılında, hastanın çene kemiğine uygun kesilen ve kemiğe tam oturacak yapay bir kök olarak 24 ayar altın ile lehimlenmiş, içi boş kafesli iridio-platin silindir yerleştirmiştir(Greenfield 1991) (Resim 1).



**Şekil 1:**Greenfield'in tasarladığı dental implant

1930'larda Strock kardeşler, Vitallium'dan (krom-kobalt alaşımı) yapılan kök şekilli vialar ile insan ve köpekler üzerinde eksik dişleri restore etmek için çalışmalar yapmışlar ve Strock kardeşlerin aynı zamanda ilk başarılı endosteal implantı yerleştiren kişiler olduğu da düşünülmektedir (Linkow ve Dorfman 1991).

1938'de Dr. PB Adams, silindirik, iki aşamalı bir endosteal implant tasarımını yayınlamıştır (Linkow ve Dorfman 1991) (Resim 2).



Şekil 2: P.B. Adams'ın dental implant dizaynı

İki parçadan oluşan titanyum implant ilk olarak 1946 yılında Strock tarafından tasarlanmıştır ve hastaya özel kuron tam iyileşme sağlandıktan sonra yerleştirilmiştir. Bu dönemde istenilen ve Strock tarafından tanımlanan iyileşme biçiminin implantın kemiğe ankilozu şeklinde olduğu belirtilmiştir (Misch ve Wang 2008).

Daha sonraki yıllarda Branemark (1983) tarafından 'osteointegrasyon' terimi tanımlanmıştır ve günümüzde kabul edilen kemik-implant iyileşme modelidir. Branemark 1952 yılında tavşan femurları üzerinde kemik iliği ile ilgili çalışmaları sırasında titanyumdan yapılmış plakaların kemiğe sıkıca tutunduğunu keşfetmiştir. Bu keşfini eksik dişleri ve çene deformitesi olan bir hastanın çenesine yerleştirdiği implantlarla diş hekimliği alanında ilk kez kullanmıştır. 10 yıllık bir takipten sonra 1977'de osteointegre dental implantlarla ilgili ilk yayını yapıp bu terimi literatüre kazandırmıştır. Osteointegrasyon Brånemark tarafından "canlı kemik ve yük taşıyan implantın yüzeyi arasında doğrudan yapısal ve işlevsel bir bağlantı" olarak tanımlanmıştır ve günümüzde modern implantolojinin temelini oluşturmaktadır (Brånemark ve ark. 1977).

### **1.19.2.İmplant Cerrahisindeki Komplikasyonlar**

İmplant cerrahisinde karşılaşılabilecek komplikasyonları 3 başlık altında incelemek mümkündür.

#### **A) İşlem Sırasında Karşılaşılabilecek Komplikasyonlar**

İşlem sırasında planlama kaynaklı, anatomik yapı kaynaklı veya mekanik kaynaklı komplikasyonlar görülebilir.

-Yanlış Açıda Yerleştirme:

Planlama kaynaklı komplikasyonların başında implantın yerleştirilme açısı gelir. Uygun olmayan açıda ve aksta yerleştirilmiş implant orantısız biyomekanik kuvvetlere maruz kalır. Açılı veya kişiye özel abutment ile uygun olmayan açıdaki implantlar restore edilse bile özellikle ön bölgelerde kötü estetik sonuçlara neden olabilir (Misch ve Wang 2008).

-Yanlış Konumda Yerleştirme:

İmplant çevresinde horizontal kemik kaybının önlenmesi için implant ile komşu dişler arasında 1,5 mm, iki implant arasında ise 3-4 mm mesafe olmalıdır. İdeal fonksiyonda bir protetik restorasyon yapılması için preoperatifnde ağız içi ve radyolojik muayene ile implantın yerleştirileceği konum belirlenmelidir (Tarnow ve ark. 2000).

-Komşu yumuşak dokuların yaralanması

-Nazal taban perforasyonu

-Sinüs yükseltmesi ile birlikte yapılan implantlarda sinüs membranı yırtılması

-Kanama

-Kortikal kemik perforasyonu

-Komşu dişlerin zarar görmesi (Alhassani ve AlGhamdi 2010; Al-Dajani 2016)



## **B) Erken Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar**

Erken dönem komplikasyonları, cerrahiden sonra 1 haftalık dönem içinde görülebilecek komplikasyonlardır (Camps-Font ve ark. 2015; Camargo ve Van Sickels 2015).

-Enfeksiyon

-Ödem

-Kanama

-Hematom ve ekimoz

- Yara bölgesinde açılma

## **C) Geç Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar**

-Enfeksiyon

-Maksiller sinüzit

-Mandibula fraktürü

-Kemik defekt

-Periimplantitis

-Osteointegrasyonun gerçekleşmemesi (Annibali ve ark. 2009; Camargo ve Van Sickels 2015).

## **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

Prospektif, randomize, klinik çalışma olarak planlanan bu araştırmaya Ocak 2019 ve Kasım 2019 arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi kliniğimize 1 veya 2 adet dental implant tedavisi uygulanacak olan gönüllü 60 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Etik Kurul Komitesi'nin 13 Aralık 2018 tarihli ve 2018/9 sayılı toplantısında bilimsel etik uygunluk kararı alınmıştır. (Ek: 1)

### **2.1.Amaç ve Hipotez**

Araştırmanın amacı; dental implant uygulamasında farklı bilgilendirme tekniklerinin dental anksiyete üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Çalışmamızın hipotezi; dental implant cerrahisi uygulanacak olan hastalara görsel olarak bilgilendirme yapılmasının yazılı ve sözel olarak bilgilendirme yapılmasına göre cerrahi prosedürü anlamayı kolaylaştıracağı, hastaların preoperatif anksiyete seviyelerini azaltacağı ve postoperatif dönemde ağrı kontrolünün daha iyi sağlanacağıdır.

### **2.2.Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 ile 50 yaş arasında
- Okur yazar
- Mental açıdan sağlıklı
- Görme rahatsızlığı olmayan hastalar dahil edilmiştir.

### **2.3.Hariç Tutulma Kriterleri**

- Okur yazar olmayan
- Psikiyatrik tedavi gören ve psikiyatrik ilaç kullanan
- Hamile olan

-Görme problemi olan

-Kötü bir diş hekimi tecrübesi olan hastalar hariç tutulmuştur.

## **2.4.Çalışma Grupları ve Randomizasyon**

Her grupta 20 hasta olmak üzere toplam 60 hasta çalışmaya dahil edildi.. Hastalar implant cerrahisi aydınlatılmış onam formunu imzaladılar. Hastalardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllü olur formu (Ek: 2) alındı ve kapalı zarf tekniği kullanılarak hastalar 3 gruba ayrıldı:

**1.Grup-Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup:** Bu gruptaki hastalara dental implant cerrahisi işlem süreci ve operasyondan sonraki süreç ile ilgili sözlü bilgilendirme yapılmıştır. Her hastaya aynı bilgilendirmenin yapılması için hazırlanan bilgiler sözlü bilgilendirme metninden okunarak bilgilendirme yapılmıştır.

**2.Grup- Fotoğraf Gösterilerek Bilgilendirme Yapılan Grup:** Bu gruptaki hastalara dental implant cerrahisi sürecini görsel olarak gösteren 10 adet fotoğraf gösterilmiştir. Fotoğraflar lokal anestezinin yapılmasından dikişlerin atılmasına kadar her aşamayı sırasıyla içermektedir.

**3.Grup- Video İzletilerek Bilgilendirme Yapılan Grup:** Bu gruptaki hastalara implant cerrahisi sürecini gösteren sesli bir video izletilmiştir. Video, lokal anestezi uygulaması ile başlayıp, postoperatif önerilerle bitmekte ve tüm cerrahi süreci içermektedir.

### **2.4.1.Sözlü Bilgilendirmede Kullanılan Metin**

Sözlü bilgilendirme yapılan grupta her hastaya eksiksiz ve standart bir bilgilendirilme yapılması için bir metin hazırlanmıştır. Sözlü bilgilendirme anketi uygulayan hekim tarafından yapılmıştır. Kullanılan metin ekte sunulmuştur. (Ek:3)

### **2.4.2.Fotoğraf**

Fotoğraf ile bilgilendirilen hasta grubuna, 1 implant yerleştirilmesini içeren cerrahi porsedürü 10 adet fotoğraf şeklinde gösterilmiştir. Anestezi yapılma sürecini içeren 2 fotoğraf, dişsiz boşluğu gösteren 1 fotoğraf, insizyon için 1 fotoğraf, flebin ekarte edilmiş haliyle 1 fotoğraf, implant yuvası hazırlanırken drillemeyi gösteren 1

fotoğraf, paralel pin yerleştirilmiş 1 fotoğraf, implant yerleştirilirken 1 fotoğraf, sütür atılırken 1 fotoğraf ve sütürlanmış haliyle yara yerini gösteren bir final fotoğrafı gösterilmiştir. Fotoğraflar ekte sunulmuştur. (Ek:4)

Fotoğraflar Nikon D3100 fotoğraf makinesi ile çekilmiştir. Fotoğrafla bilgilendirme yapılan gruba dahil edilen hastalara anketi uygulayan hekim tarafından Intel Core i5 1.60 GHz hızına sahip işlemci, 2 GB NVIDIA GeForce MX110 ekran kartına sahip bilgisayarda 64-bit çözünürlükte 15.6 inç ekranda en parlak modda fotoğraflar gösterilmiştir.

### **2.4.3 Video**

Bilgilendirme için hazırlanan videolar, Nikon D3100 fotoğraf makinesinin kamerası ile çekilmiş ve iMovie programı ile düzenlenmiştir. Videonun süresi 5 dakika 33 saniyedir. Video hastaya anestezi yapılması ile başlayıp 1 implantın yerleştirilmesine dair bütün cerrahi prosedürü içermektedir. Hastanın postoperatif dönemde dikkat edecekleri hakkında bilgilendirilmesiyle video sonlanmaktadır. Video grubuna dahil edilen hastalar videoyu sessiz, sakin bir ortamda (Şekil 3 ), Intel Core i5 1.60 GHz hızına sahip işlemci, 2 GB NVIDIA GeForce MX110 ekran kartına sahip bilgisayarda 64-bit çözünürlükte 15.6 inç, tam ekran görüntüde, yeterli ses düzeyinde ve anketleri doldurtan hekim ile birlikte izlemiştir.



Şekil 3: Bilgilendirilmelerin yapıldığı ameliyathane odası ve bilgisayar

### 2.5. Anksiyetenin Değerlendirilmesi

Hastaların anksiyete seviyelerinin değerlendirileceği anketler hastalara 3 kez uygulanmıştır:

- 1- Preoperatif bekleme salonunda hastalar beklerken MDAS, STAI-S, STAI-T anketleri uygulanmıştır.
- 2- Tüm hastalara bilgilendirme yapıldıktan hemen sonra MDAS ve STAI-S anketi uygulanmıştır.
- 3- Tüm hastalara işlem bittikten hemen sonra smiley-VAS anketi uygulanmıştır.
- 4- Tüm hastalara operasyondan 1 hafta sonra MDAS, STAI-S ve smiley-VAS anketi uygulanmıştır.

Anket formları ekte sunulmuştur.(Ek:5 )

## 2.6.Ek Veriler

Tüm hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumu kaydedilmiştir. Bunlara ek olarak;

- a) Daha önceki oral cerrahi deneyimi (Var\Yok)
- b)Daha önceki dental implant uygulaması deneyimi (Var\Yok)
- c)İnternette video izleme (Evet\Hayır)
- d)Postoperatif dönemde kullanılan toplam ağrı kesici miktarı
- e)Bilgilendirme yönteminden memnun kalma (Evet\Hayır)

## 3.İstatistiksel Yöntem

Katılımcılardan elde edilen bulgular SPSS v22.0 yazılım (PASW) programına yüklenerek raporlanmıştır. Programa yüklenen anket sonuçlarının analizleri ilk olarak betimsel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Karşılaştırma testlerini belirlemek için öncelikle normallik testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro Wilk değerleri 0,05'in altında bulunan değerler olması sebebiyle non-parametrik testler tercih edilmiştir. Çalışmadaki toplam 3 alt grup (sözlü bilgilendirme, fotoğraflı bilgilendirme ve videolu bilgilendirme grubu) için veri analizleri ölçümü olan verilerde; bağımlı değişkenler için tekrarlı ölçümlerde Kruskal Wallis analizi kullanılarak, bağımsız iki grup arası farkların testi ile eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkların testi Mann Whitney U testi kullanılarak bakılmıştır.

Anksiyetenin değişik tipleri arasındaki olası ilişkileri araştırmada (MDAS, VAS ve STAI-S skorları arasındaki korelasyon) Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Yaş ve ağrı kesici kullanım miktarının anksiyete düzeyi ile ilişkisini ölçmek üzere Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık ve korelasyon için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1.Demografik Bulgular ve Anksiyete Ölçeklerine Ait Bulgular

Dental implant cerrahisi ile ilgili bilgilendirme tekniklerinin hastaların anksiyete düzeylerine etkisini incelemek üzere 3 grup üzerinde araştırma gerçekleştirilmiştir.

Sözlü olarak bilgilendirme yapılan grupta 10 kadın, 10 erkek hasta yer almaktaydı. Hastaların yaşları ortalaması  $37,0\pm 11,1$ 'dir. Eğitim seviyelerine bakıldığında ise 3 hastanın ilkokul, 6 hastanın lise ve 11 hastanın ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Fotoğrafla bilgilendirme yapılan grupta ise 11 kadın, 9 erkek hasta yer almaktaydı. Hastaların yaşları ortalaması  $31,5\pm 8,9$ 'dur. Eğitim seviyelerine bakıldığında ise 4 hastanın ilkokul, 7 hastanın lise ve 9 hastanın ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Video ile bilgilendirme yapılan grupta ise 10 kadın, 10 erkek hasta yer almaktaydı. Hastaların yaşları ortalaması  $35,1\pm 12,5$ 'dir. Eğitim seviyelerine bakıldığında ise 2 hastanın ilkokul, 9 hastanın lise ve 9 katılımcının ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Demografik veriler ayrıca Tablo 1'de verilmiştir.

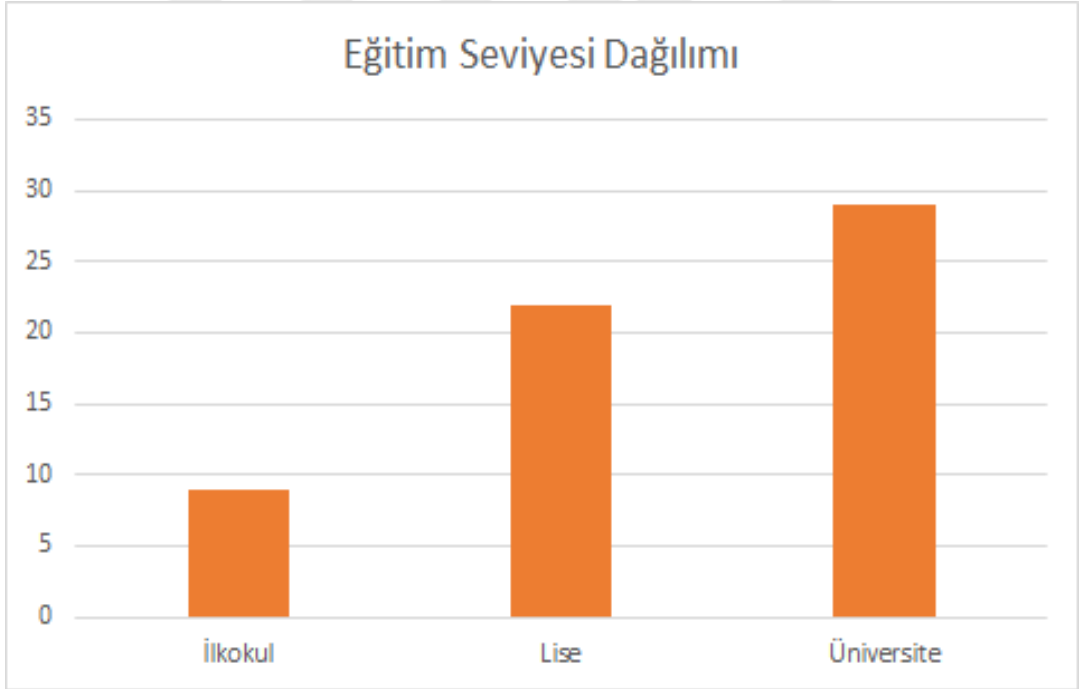
Tüm hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi ve yaş aralığı dağılımı Grafik 1,2 ve 3'te verilmiştir.

**Tablo 1** : Hastalara ait demografik veriler

		<b>Sözlü Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Video ile Bilgilendirme Grubu</b>
<b>Yaş</b>	<b>Min.</b>	18,0	18,0	18,0
	<b>Max.</b>	55,0	52,0	55,0
	<b>Ortalama±SS</b>	$37,0\pm 11,1$	$31,5\pm 8,9$	$35,1\pm 12,5$
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	10	11	10
	<b>Erkek</b>	10	9	10
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>İlkokul</b>	3	4	2
	<b>Lise</b>	6	7	9
	<b>Üniversite</b>	11	9	9

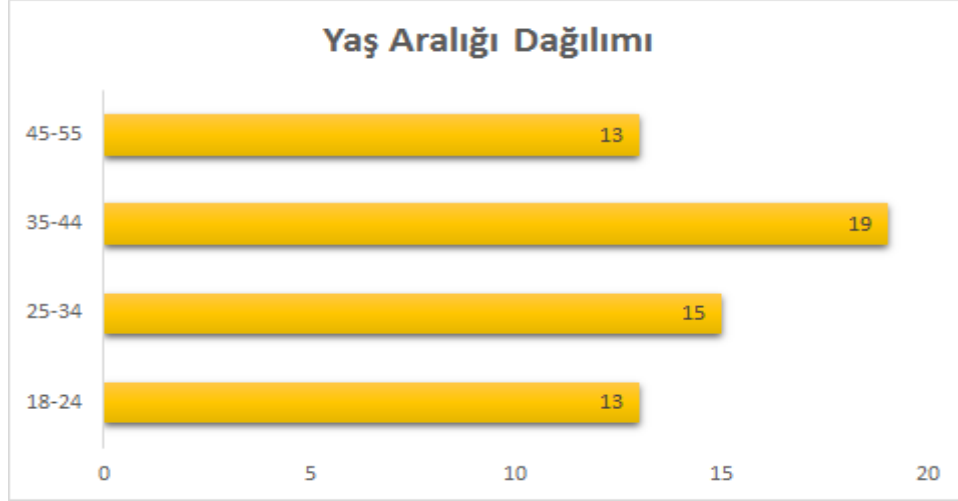


**Grafik 1:**Hastaların cinsiyet dağılımı



**Grafik 2:** Hastaların eğitim seviyesi dağılımı





**Grafik 3:**Hastaların yaş aralığı dağılımı

Çalışmaya dahil edilen 60 hastadan 33'ünün ilk oral cerrahi deneyimi olduğu görülmüştür. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde; sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların 15'inin, fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların 10'unun, video ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise 8'inin ilk oral cerrahi deneyimleri olduğu belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 60 hastadan 50'sinin ilk dental implant cerrahisi deneyimidir. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde; sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların 17'sinin, fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların 17'sinin, video ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise 16'sının ilk implant deneyimleri olduğu belirtilmiştir.

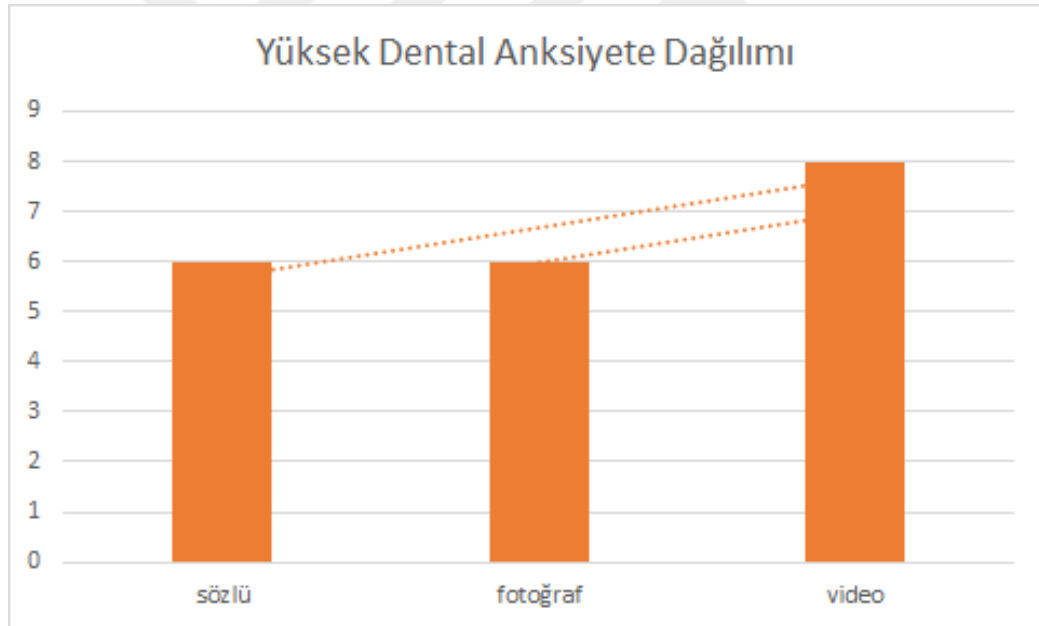
Hastaların aldıkları ortalama ağrı kesici miktarı ise  $8,84 \pm 3,44$ 'dür. Bu durum sözlü bilgilendirme grubunda ortalama  $8,25 \pm 2,63$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda  $8,95 \pm 2,58$ , video ile bilgilendirme grubunda ise  $9,37 \pm 4,82$  olarak değişmektedir.

**Tablo 2:** Hastalara ait ek veriler

	Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)		Fotoğraf ile bilgilendirme Grubu (N: 20)		Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)		Toplam (N: 60)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
<b>İlk Oral Cerrahi Deneyim</b>	15	5	10	10	8	12	33	27
<b>İlk İmplant Deneyimi</b>	17	3	17	3	16	4	50	10
<b>Bilgilendirme Memnuniyeti</b>	20	0	18	2	16	4	54	6
<b>Ağrı Kesici Miktarı Ortalama(<math>\pm</math>SS)</b>	8,25 $\pm$ 2,63		8,95 $\pm$ 2,58		9,37 $\pm$ 4,82		8,84 $\pm$ 3,44	

Sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların %100'ü (n=20) , fotoğraf ile bilgilendirme grubunun %90'ı (n=18) , video ile bilgilendirme grubunun ise %80'i (n=16) bilgilendirme tekniğinden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

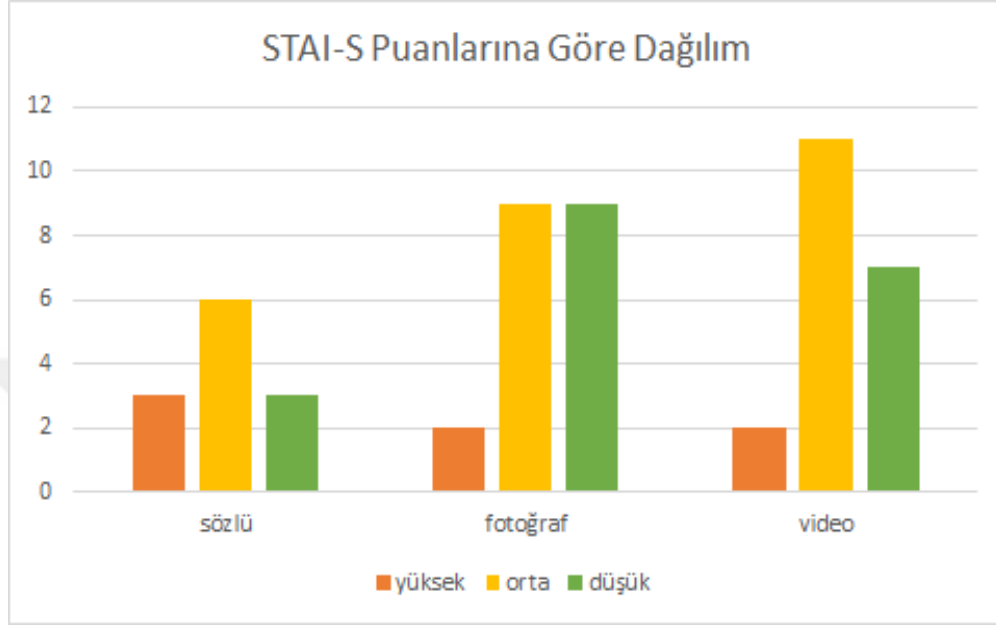
Hastaların dental anksiyete skorlarının değerlendirildiği MDAS skorlarına göre hastaların % 33'ünde yüksek dental anksiyete görülmüştür. MDAS ölçeğinin Türkçe'ye çevirisi ve güvenilirlik çalışmasını yapan Tunç ve ark. (2005) 15'ten yüksek skorları yüksek dental anksiyete olarak tanımlamanın 0.80 hassasiyet ve 0.74 özgüllük gösterdiğinin bildirmişlerdir. Çalışmamızda 15'ten yüksek MDAS skoru yüksek dental anksiyete olarak değerlendirilmiştir. Buna göre preoperatif alınan MDAS değerlendirmesinde sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların %30'u (n=6), fotoğraf ile bilgilendirme grubundaki hastaların %6'sı (n=3) ve video ile bilgilendirme grubundaki hastaların % 40'ı (n= 8) yüksek dental anksiyete göstermiştir.



**Grafik 4:** Gruplara göre preoperatif yüksek dental anksiyeteli hastaların dağılımı

STAI-S skorlarının değerlendirilmesinde Spielberger'in (1970) tanımladığı gibi 20-39 skor düşük, 40-59 skor orta, 60-80 skor yüksek durumluluk anksiyete skoru olarak baz alınmıştır. Preoperatif alınan STAI-S skorlarına göre sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların %15'i (n=3) yüksek, %30'u (n=6) orta ve %55'i (n=11) düşük durumluluk anksiyetesi göstermiştir. Fotoğraf ile bilgilendirme grubundaki hastaların %10'u (n=2) yüksek, %45'i (n=9) orta ve %45'i (n=9) yüksek

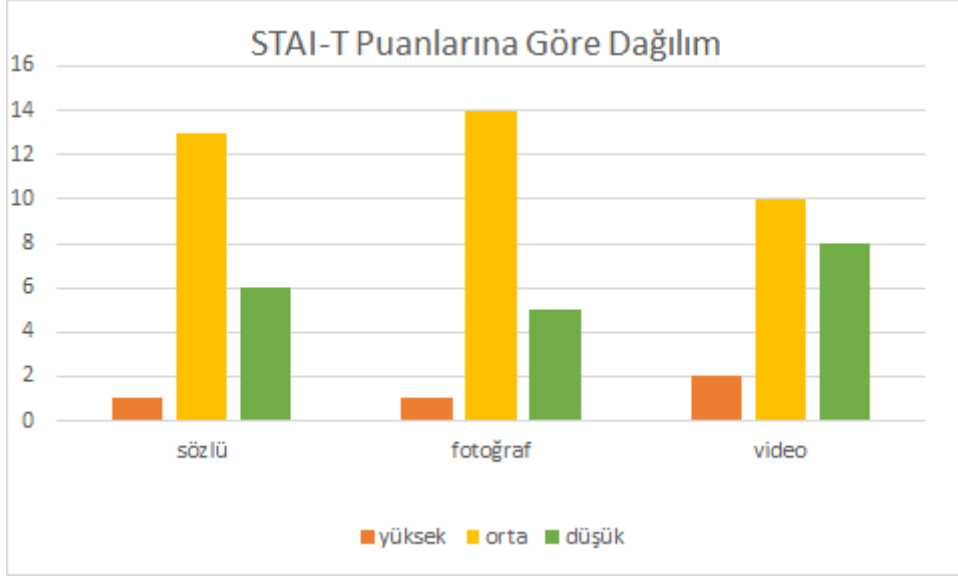
durumluluk anksiyetesi göstermiştir. Video ile bilgilendirme grubundaki hastaların %10 (n=2) yüksek, %55'i (n=11) orta ve %35'i (n=7) düşük durumluluk anksiyetesi göstermiştir. Tüm hastaların ise % 11,66'sı (n=7) yüksek, %43,33'ü orta ve %45'i düşük durumluluk anksiyetesi göstermiştir. (Grafik 5)



**Grafik 5:** Preoperatif durumluluk anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı

STAI-T skorlarının değerlendirilmesi Spielberger'in (1970) tanımlandığı gibi 20-39 skor düşük, 40-59 skor orta, 60-80 skor yüksek sürekli anksiyete skoru olarak baz alınmıştır.

Sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların %30'u (n=6) düşük, %65'i (n=13) orta, %5'i (n=1) yüksek sürekli anksiyete skoruna sahipti. Fotoğraf ile bilgilendirme grubundaki hastaların %25'i (n=5) düşük, %70'i (n=14) orta, %5'i (n=1) yüksek sürekli anksiyete skoruna sahipti. Video ile bilgilendirme grubundaki hastaların % 40'ı (n=8) düşük, %50'si (n=10) orta, %10 'u (n=2) yüksek sürekli anksiyete skoruna sahipti. Tüm hastaların ise % 31,66'sı (n=19) düşük, %61,66'sı (n=37) orta, %6,66'sı (n=4) yüksek sürekli anksiyete skoruna sahipti (Grafik 6).

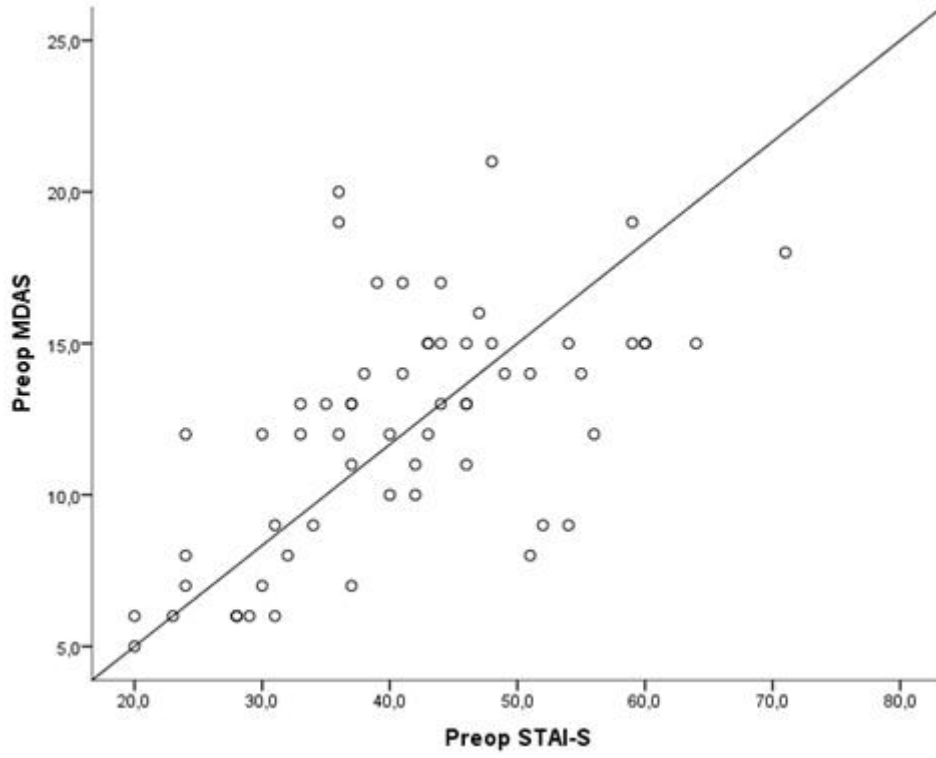


**Grafik 6:** Preoperatif sürekli anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı

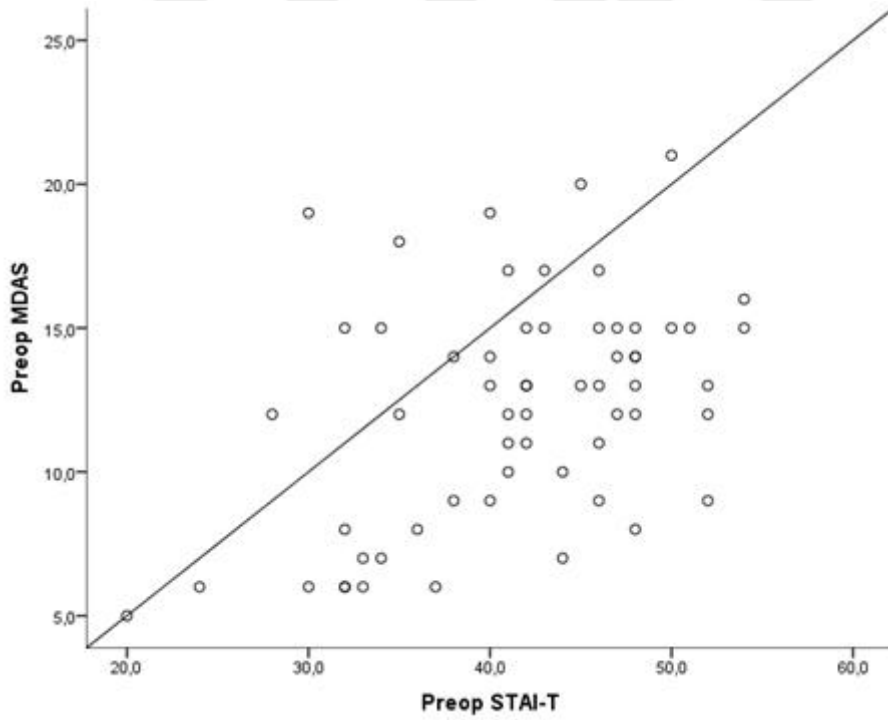
Preoperatif MDAS skoru ile STAI-S skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde güçlü bir ilişki bulunmuştur (Grafik 7). Preoperatif MDAS skoru ile STAI-T skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde güçlü bir ilişki bulunmuştur (Grafik 8). Preoperatif STAI-S skoru ile STAI-T skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde güçlü bir ilişki bulunmuştur (Grafik 9).

**Tablo 3:**Preoperatif anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki

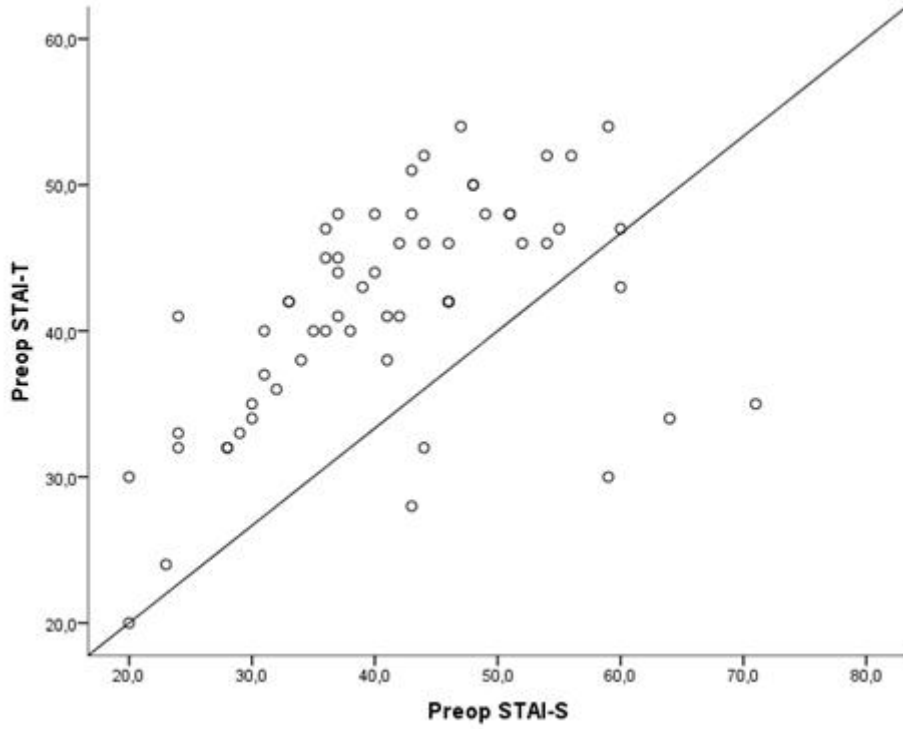
		Preop MDAS	Preop STAI-S	Preop STAI-T
<b>Preop MDAS</b>	r	1		
	p			
<b>Preop STAI-S</b>	r	,593**	1	
	p	,001		
<b>Preop STAI-T</b>	r	,443**	,504**	1
	p	,001	,001	



**Grafik 7:**Preoperatif MDAS ile STAI-S skorlarının korelasyon grafiği, \* $p < 0,05$



**Grafik 8:**Preoperatif MDAS ile STAI-T skorlarının korelasyon grafiği, \* $p < 0,05$



**Grafik 9:**Preoperatif STAI-S ile STAI-T skorlarının korelasyon grafiği, \* $p<0,05$

#### 4.2.Cinsiyet ve Anksiyete

Kadınların preoperatif ortalama MDAS skorları  $13,355\pm 3,440$ , erkeklerin preoperatif ortalama MDAS skorları  $11,034\pm 4,153$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre kadınların preoperatif MDAS değerleri erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Preoperatif durumluluk anksiyete skorları cinsiyete göre incelendiğinde kadınların ortalama STAI-S skorları  $44,194\pm 11,493$ ; erkeklerin ortalama STAI-S skorları  $37,966\pm 10,551$  'dir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda kadınların preoperatif durumluluk anksiyete skorları erkeklerin preoperatif durumluluk anksiyete skorlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Sürekli anksiyete skorları cinsiyete göre incelendiğinde kadınların ortalama STAI-T skorları  $42,323\pm 7,431$ ; erkeklerin ortalama STAI-T skorları  $40,448\pm 7,698$  'dir. İstatistiksel analiz sonucuna göre preoperatif sürekli anksiyete skorları bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4:**Cinsiyet ve ortalama anksiyete skorları ve standart sapmaları (SS),  $p < 0,05$

	<b>MDAS</b>	<b>STAI-S</b>	<b>STAI-T</b>
<b>Kadın</b>	13,355±3,440	44,194±11,493	42,323±7,431
<b>Erkek</b>	11,034±4,153	37,966±10,551	40,448 ±7,698
<b>t</b>	3,363	2,182	0.960
<b>p</b>	0.022*	0.033*	0,341

### 4.3.Preoperatif Alınan Anketlerin Analizi

Hastaların preoperatif dental anksiyete düzeylerini ölçmek üzere kullanılan MDAS'den elde edilen bulgulara göre en düşük skor 5, en yüksek 21 olarak tespit edilmiş olup; hastaların MDAS'ye dayalı ortalama anksiyete skorları  $12,23 \pm 3,94$  olarak bulunmuştur. Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama MDAS skoru  $11,30 \pm 4,54$  iken, fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama MDAS skoru  $12,70 \pm 2,79$  ve video ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama MDAS skorları ise  $12,70 \pm 4,31$  olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre MDAS dayalı anksiyete skorları bakımından grupların preoperatif anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p > 0,05$ )

Hastaların preoperatif durumluluk anksiyete düzeylerini ölçmek üzere kullanılan ölçek olan STAI-S'den elde edilen bulgulara göre en düşük skor 20, en yüksek 71 olarak tespit edilmiş olup; hastaların STAI-S'ye dayalı ortalama anksiyete skorları  $41,18 \pm 11,40$  bulunmuştur. Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama STAI-S skoru  $40,85 \pm 12,27$  iken, fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama STAI-S skoru  $40,80 \pm 11,48$  ve video ile bilgilendirme grubunda yer alanların ortalama STAI-S skorları ise  $41,90 \pm 10,96$ 'dır. Elde edilen sonuçlara göre STAI-S'ye dayalı anksiyete skorları bakımından en yüksek durumluluk anksiyete skorları videolu bilgilendirme grubundaki katılımcılara aittir. Grupların preoperatif durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Hastaların preoperatif sürekli anksiyete düzeylerini ölçmek üzere kullanılan ölçek olan STAI-T'den elde edilen bulgulara göre en düşük skor 20 en yüksek 54

olarak tespit edilmiş olup, hastaların STAI-T'ye dayalı ortalama anksiyete skorları  $41,42 \pm 7,56$ 'dır. Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama STAI-T skoru  $42,95 \pm 8,36$  iken, fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ortalama STAI-T skoru  $40,70 \pm 7,01$  ve video ile bilgilendirme grubunda yer alanların ortalama STAI-T skorları ise  $40,60 \pm 7,39$ 'dır. Elde edilen sonuçlara göre STAI-T ölçeğine dayalı anksiyete skorları bakımından en yüksek sürekli anksiyete skorları sözlü bilgilendirme grubundaki katılımcılara ait olup grupların preoperatif sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Katılımcılara ait ortalama MDAS ,STAI-S ve STAI-T skorları Tabla 5 'te ayrıca verilmiştir.

**Tablo 5:** Preoperatif grupların MDAS, STAI-S ve STAI-T ortalamaları ve standart sapmaları(SS), \* $p < 0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Toplam (N: 60)
<b>Preop-MDAS</b>	<b>Min.</b>	6,0	5,0	6,0	5,0
	<b>Max.</b>	20,0	17,0	21,0	21,0
	<b>Ortalama(±SS)</b>	11,30±4,54	12,70±2,79	12,70±4,31	12,23±3,94
	<b>p</b>	0,527			
<b>Preop-STAI-S</b>	<b>Min.</b>	20,0	20,0	24,0	20,0
	<b>Max.</b>	60,0	64,0	71,0	71,0
	<b>Ortalama(±SS)</b>	40,85±12,27	40,80±11,48	41,90±10,96	41,18±11,40
	<b>p</b>	0,976			
<b>Preop-STAI-T</b>	<b>Min.</b>	24,0	20,0	28,0	20,0
	<b>Max.</b>	54,0	48,0	52,0	54,0
	<b>Ortalama(±SS)</b>	42,95±8,36	40,70±7,01	40,60±7,39	41,42±7,56
	<b>p</b>	0,482			

#### 4.4.Bilgilendirme Sonrası Alınan Anketlerin Analizi

Hastaların bilgilendirme sonrası MDAS skorları incelendiğinde ise en düşük skor 5, en yüksek skor 20 olurken ortalama MDAS skoru  $11,16 \pm 3,68$  olarak bulunmuştur. Sözlü grupta yer alanların bilgilendirme sonrası ortalama MDAS skorları  $11,05 \pm 4,29$ , fotoğraf ile bilgilendirme yapılan grupta yer alanların bilgilendirme sonrası ortalama MDAS skorları  $11,65 \pm 3,46$  olup video ile



bilgilendirme yapılan grupta yer alanların ise bilgilendirme sonrası ortalama MDAS skorları  $10,80 \pm 3,34$  olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre MDAS ölçeğine dayalı anksiyete skorları bakımından en yüksek dental anksiyete skorları fotoğraf ile bilgilendirme grubundaki katılımcılara ait olup grupların bilgilendirme sonrası anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). (Tablo 6)

Hastaların gruplarına göre yapılan bilgilendirme sonrası STAI-S skorları incelendiğinde ise en düşük skor 20, en yüksek skor 60 olurken; ortalama STAI-S skoru  $38,58 \pm 9,59$  olarak bulunmuştur. Sözlü grupta yer alanların bilgilendirme sonrası ortalama STAI-S skorları  $39,70 \pm 12,03$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alanların bilgilendirme sonrası ortalama STAI-S skorları  $39,05 \pm 7,81$  olup; video ile bilgilendirme grubunda yer alanların ise bilgilendirme sonrası ortalama STAI-S skorları  $37,00 \pm 8,71$  olarak bulunmuştur. STAI-S ölçeğine dayalı anksiyete skorları bakımından en yüksek durumluluk anksiyete skorları fotoğraflı bilgilendirme grubundaki katılımcılara ait olup grupların bilgilendirme sonrası durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6:** Bilgilendirme sonrası grupların MDAS ve STAI-S ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p < 0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Toplam (N: 60)
<b>Bilgilendirme-MDAS</b>	<b>Min.</b>	6	5	5	5
	<b>Max.</b>	20	19	15	20
	<b>Ortalama (<math>\pm</math>SS)</b>	$11,05 \pm 4,29$	$11,65 \pm 3,46$	$10,80 \pm 3,34$	$11,16 \pm 3,68$
	<b>p</b>	0,810			
<b>Bilgilendirme - STAI-S</b>	<b>Min.</b>	20	19	15	20
	<b>Max.</b>	60	51	47	60
	<b>Ortalama (<math>\pm</math>SS)</b>	$39,70 \pm 12,03$	$39,05 \pm 7,81$	$37,00 \pm 8,71$	$38,58 \pm 9,59$
	<b>p</b>	0,728			

#### 4.5. Postoperatif 7. Günde Alınan Anketlerin Analizi

Postoperatif 7. gün MDAS skorları incelendiğinde en düşük skor 5 en yüksek skor 21 olurken; ortalama MDAS skoru  $10,25\pm 3,91$  olarak bulunmuştur. Sözlü bilgilendirme grubunda yer alanların postoperatif 7. gün ortalama MDAS skorları  $10,55\pm 4,83$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alanların postoperatif 7. gün ortalama MDAS skorları  $9,90\pm 2,47$  olup video ile bilgilendirme grubunda yer alanların ise postoperatif 7. gün ortalama MDAS skorları  $10,30\pm 4,23$  olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre MDAS ölçeğine dayalı anksiyete skorları bakımından grupların postoperatif 7. gün anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Postoperatif 7. gün STAI-S skorları incelendiğinde ise en düşük skor 20 en yüksek skor 71 olurken; ortalama STAI-S skoru  $34,16\pm 9,58$  olarak bulunmuştur. Sözlü bilgilendirme grubunda yer alanların postoperatif 7. gün ortalama STAI-S skorları  $36,30\pm 11,61$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda yer alanların postoperatif 7. gün ortalama STAI-S skorları  $33,20\pm 9,22$  olup, video ile bilgilendirme grubunda yer alanların ise postoperatif 7. gün ortalama STAI-S skorları  $33,30\pm 7,59$  olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre STAI-S ölçeğine dayalı anksiyete skorları bakımından grupların postoperatif 7. gün anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7:** Postoperatif 7. gün grupların MDAS ve STAI-S skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Fotoğraf İle Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Video İle Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Toplam (N: 60)
7.Gün-MDAS	Min.	5	5	5	5
	Max.	21	15	20	21
	Ortalama( $\pm$ SS)	$10,55\pm 4,83$	$9,90\pm 2,47$	$10,30\pm 4,23$	$10,25\pm 3,91$
	p	0,961			
7. Gün-STAI-S	Min.	20	20	22	20
	Max.	55	52	71	71
	Ortalama( $\pm$ SS)	$36,30\pm 11,61$	$33,20\pm 9,22$	$33,30\pm 7,59$	$34,16\pm 9,58$
	p	0,675			

#### 4.6.VAS skorlarının Analizi

Hastaların postoperatif ağrıları 0-10 arasında değişen VAS ile değerlendirildiğinde ortalama  $3,25\pm 2,26$  olarak tespit edilmiştir. Gruplar bazında bakıldığında ise; sözlü bilgilendirme grubunda postoperatif ortalama VAS skorları  $3,30\pm 2,36$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda postoperatif VAS skorları  $2,30\pm 1,17$  olup; video ile bilgilendirme grubunda ise postoperatif VAS skorları  $4,15\pm 1,95$  olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif VAS skorları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).

Hastaların postoperatif 7. gün ağrıları VAS değerlendirildiğinde ortalama VAS skorları  $1,10\pm 1,24$  olarak tespit edilmiştir. Gruplar bazında bakıldığında ise; sözlü bilgilendirme grubunda postoperatif 7. gün ortalama VAS skorları  $1,00\pm 1,02$ , fotoğraf ile bilgilendirme grubunda postoperatif 7. gün VAS skorları  $0,80\pm 1,19$  olup; video ile bilgilendirme grubunda ise postoperatif 7. gün VAS skorları  $0,80\pm 1,19$  olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif 7. gün VAS skorları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

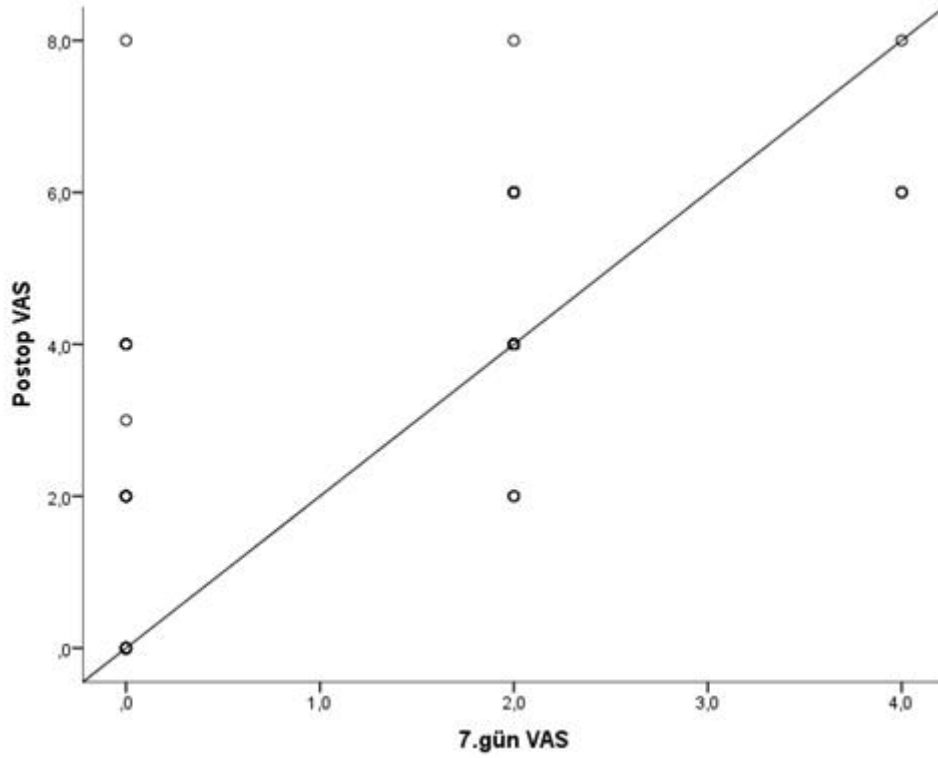
**Tablo 8:** Grupların VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Fotoğraf İle Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Video İle Bilgilendirme Grubu (N: 20)	Toplam (N: 60)
7.Gün-MDAS	Min.	5	5	5	5
	Max.	21	15	20	21
	Ortalama( $\pm$ SS)	$10,55\pm 4,83$	$9,90\pm 2,47$	$10,30\pm 4,23$	$10,25\pm 3,91$
	p	0,961			
7. Gün-STAI-S	Min.	20	20	22	20
	Max.	55	52	71	71
	Ortalama( $\pm$ SS)	$36,30\pm 11,61$	$33,20\pm 9,22$	$33,30\pm 7,59$	$34,16\pm 9,58$
	p	0,675			
Postop-VAS	Min.	0	0	0	0
	Max.	8	6	8	8
	Ortalama( $\pm$ SS)	$3,30\pm 2,36$	$2,30\pm 1,17$	$4,15\pm 1,95$	$3,25\pm 2,26$
	p	0,039*			
7.gün VAS	Min.	0	0	0	0
	Max.	2	4	4	4
	Ortalama( $\pm$ SS)	$1,00\pm 1,02$	$0,80\pm 1,19$	$0,80\pm 1,19$	$1,10\pm 1,24$
	p	0,224			

Hastaların postoperatif ve 7. gün VAS değerleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek üzere pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; postoperatif VAS ve 7. gün VAS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ )(Grafik 10).

**Tablo 9:**Preoperatif MDAS ve STAI-S skorları arasındaki istatistiksel ilişki,\* $p<0,05$

		Preop MDAS	Preop STAI-S
<b>Preop MDAS</b>	r	1	
	p		
<b>Preop STAI-S</b>	r	,682**	1
	p	,001	



**Grafik 10:** Postop VAS ile 7.gün VAS skorlarının korelasyon grafiği,\* $p<0,05$

#### 4.7. Preoperatif, Bilgilendirme Sonrası ve Postoperatif 7. Günde Alınan Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

##### 4.7.1.MDAS skorlarının Karşılaştırılması

Hastaların preoperatif MDAS skorları 12,23 skor iken, bilgilendirme sonrası MDAS skorları 11,16 ve postoperatif 7. Gün MDAS skorları 10,25'tir. Elde edilen

sonuçlara göre preoperatif MDAS skorları ile bilgilendirme sonrası MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve bilgilendirme sonrasında MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır. ( $p<0,05$ ) preoperatif MDAS skorları ile postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası MDAS skorları ile postoperatif 7. Gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır. ( $p<0,05$ )

Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların preoperatif MDAS skorları 11,30 skor iken, bilgilendirme sonrası MDAS skorları 11,05 ve postoperatif 7. Gün MDAS skorları 10,55'tir. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif MDAS skorları ile bilgilendirme sonrası MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ancak bilgilendirme sonrasında MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p>0,05$ ). preoperatif MDAS skorları ile postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ancak postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır. ( $p>0,05$ ) Bilgilendirme sonrası MDAS skorları ile postoperatif 7. Gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ancak postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise preoperatif MDAS skorları 12,70 skor iken, bilgilendirme sonrası MDAS skorları 11,65 ve postoperatif 7. Gün MDAS skorları 9,90'dir. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif MDAS skorları ile bilgilendirme sonrası MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış fakat bilgilendirme sonrasında MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p>0,05$ ). preoperatif MDAS skorları ile postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası MDAS skorları ile postoperatif 7. Gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise preoperatif MDAS skorları 12,70 skor iken, bilgilendirme sonrası MDAS skorları 10,80 ve postoperatif

7. Gün MDAS skorları 10,30'dur. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif MDAS skorları ile bilgilendirme sonrası MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve bilgilendirme sonrasında MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Preoperatif MDAS skorları ile postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası MDAS skorları ile postoperatif 7. Gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde MDAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 10:**Preoperatif,bilgilendirme sonrası ve 7.gün anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki, \* $p<0,05$

		Preop MDAS	Bilgilen dirme Sonrası MDAS	Preop MDAS	7.gün MDAS	Bilgilen dirme Sonrası MDAS	7.gün MDAS
<b>Genel</b>	<b>Ort.</b>	12,23	11,16	12,23	10,25	11,16	10,25
	<b>Z</b>	-3,201		-4,300		-2,495	
	<b>p</b>	0,001*		0,001*		0,013*	
<b>Sözlü Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	11,30	11,05	11,30	10,55	11,05	10,55
	<b>Z</b>	-1,406		-1,358		-1,348	
	<b>p</b>	0,160		0,175		0,175	
<b>Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	12,70	11,65	12,70	9,90	11,65	9,90
	<b>Z</b>	-1,548		-3,363		-2,580	
	<b>p</b>	0,122		0,001*		0,01*	
<b>Video ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	12,70	10,80	12,70	10,30	10,80	10,30
	<b>Z</b>	-2,674		-2,676		-0,458	
	<b>p</b>	0,007*		0,007*		0,647	

#### 4.7.2. STAI-S Skorlarının Karşılaştırılması

Hastaların preoperatif STAI-S skorları 41,18 skor iken, bilgilendirme sonrası STAI-S skorları 38,58 ve postoperatif 7. Gün STAI-S skorları 34,16'dır. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif STAI-S skorları ile bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve bilgilendirme sonrasında STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Preoperatif STAI-S skorları ile postoperatif 7. gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası STAI-S skorları ile postoperatif 7. Gün STAI-S skorları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların preoperatif STAI-S skorları 40,85 skor iken, bilgilendirme sonrası STAI-S skorları 39,70 ve postoperatif 7. Gün STAI-S skorları 36,30'dur. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif STAI-S skorları ile bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve bilgilendirme sonrasında STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Preoperatif STAI-S skorları ile postoperatif 7. gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası STAI-S skorları ile postoperatif 7. Gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise preoperatif STAI-S skorları 40,80 skor iken, bilgilendirme sonrası STAI-S skorları 39,05 ve postoperatif 7. Gün STAI-S skorları 33,20'dir. Elde edilen sonuçlara göre preoperatif STAI-S skorları ile bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış fakat bilgilendirme sonrasında STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p>0,05$ ). Preoperatif STAI-S skorları ile postoperatif 7. gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası STAI-S skorları ile postoperatif 7. Gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ise preoperatif STAI-S skorları 41,90 skor iken, bilgilendirme sonrası STAI-S skorları 37,0 ve postoperatif 7. Gün STAI-S skorları 33,0'dür. Preoperatif STAI-S skorları ile bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış fakat bilgilendirme sonrasında STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p>0,05$ ). Preoperatif STAI-S skorları ile postoperatif 7. gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgilendirme sonrası STAI-S skorları ile

postoperatif 7. Gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve postoperatif 7. günde STAI-S skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11:**Preoperatif,bilgilendirme sonrası ve 7.gün STAI-S skorları arasındaki istatistiksel ilişki,\* $p<0,05$

		Preop STAI-S	Bilgilen dirme Sonrası STAI-S	Preop STAI-S	7.gün STAI-S	Bilgilen dirme Sonrası STAI-S	7.gün STAI-S
<b>Genel</b>	<b>Ort.</b>	41,18	38,58	41,18	34,16	38,58	34,16
	<b>Z</b>	-2,933		-5,611		-5,209	
	<b>p</b>	0,003*		0,001*		0,001*	
<b>Sözlü Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	40,85	39,70	40,85	36,30	39,70	36,30
	<b>Z</b>	-2,298		-3,210		-2,810	
	<b>p</b>	0,022*		0,001*		0,005*	
<b>Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	40,80	39,05	40,80	33,20	39,05	33,20
	<b>Z</b>	-1,104		-3,140		-3,253	
	<b>p</b>	0,270		0,002*		0,001*	
<b>Video ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	41,90	37,00	41,90	33,00	37,00	33,00
	<b>Z</b>	-2,116		-3,112		-2,773	
	<b>p</b>	0,034		0,002*		0,006*	

#### 4.7.3.VAS skorlarının Karşılaştırılması

Postoperatif VAS skorları 3,25 ve postoperatif 7. Gün VAS skorları 1,10'dur. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif VAS skorları ile 7. Gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve 7. gün VAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların postoperatif VAS skorları 3,30 skor iken, postoperatif 7. Gün VAS skorları 1,00'dir. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif VAS skorları ile 7. Gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve 7. gün VAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda yer alan hastaların postoperatif VAS skorları 2,30 skor iken, postoperatif 7. Gün VAS skorları 0,80'dir. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif VAS skorları ile 7. Gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve 7. gün VAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ ).



Videolu bilgilendirme grubunda yer alan hastaların postoperatif VAS skorları 4,15 skor iken, postoperatif 7. Gün VAS skorları 1,50'dir. Elde edilen sonuçlara göre postoperatif VAS skorları ile 7. Gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve 7. gün VAS skorlarında düşüş yaşanmıştır ( $p<0,05$ )

**Tablo 12:**Postoperatif ve 7.gün VAS skorları arasındaki istatistiksel ilişki, \* $p<0,05$

		Post-op VAS	7. Gün VAS
<b>Genel</b>	<b>Ort.</b>	3,250	1,100
	<b>Z</b>	-6,042	
	<b>p</b>	0,001*	
<b>Sözlü Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	3,300	1,000
	<b>Z</b>	-3,508	
	<b>p</b>	0,001*	
<b>Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	2,300	,800
	<b>Z</b>	-3,217	
	<b>p</b>	0,001*	
<b>Video ile Bilgilendirme Grubu</b>	<b>Ort.</b>	4,150	1,500
	<b>Z</b>	-3,815	
	<b>p</b>	0,001*	

#### 4.8.Eğitim Seviyesi ile Anksiyete İlişkisi

Sözlü bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $16,00\pm 2,64$  iken, lise mezunu olanların ortalama MDAS skorları  $10,5\pm 3,72$ , üniversite mezunu olanların ise  $10,45\pm 4,80$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) Yine sözlü bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $50,00\pm 12,28$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-S skorları  $42,33\pm 14,76$ , üniversite mezunu olanların ise  $37,54\pm 10,40$ 'dir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır. Sözlü bilgilendirme grubunda preoperatif STAI-T skorları incelendiğinde ise ilkokul mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $47,00\pm 7,00$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $42,00\pm 10,71$ , üniversite mezunu olanların ise  $42,36\pm 7,72$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda

hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $13,25\pm 1,70$  iken, lise mezunu olanların ortalama MDAS skorları  $13,14\pm 2,54$ , üniversite mezunu olanların ise  $12,11\pm 3,44$ 'tür. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Fotoğraflı bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $44,50\pm 5,19$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-S skorları  $40,71\pm 13,79$ , üniversite mezunu olanların ise  $39,22\pm 12,27$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır. Fotoğraflı bilgilendirme grubunda preoperatif STAI-T skorları incelendiğinde ise ilkokul mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $44,25\pm 2,87$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $40,57\pm 4,75$ , üniversite mezunu olanların ise  $39,22\pm 12,27$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-T skorlarında düşüş yaşanmaktadır.

Videolu bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $18,00\pm 1,14$  iken, lise mezunu olanların ortalama MDAS skorları  $12,11\pm 5,08$ , üniversite mezunu olanların ise  $12,11\pm 3,18$ 'dir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Videolu bilgilendirme grubunda ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $49,00\pm 14,14$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-S skorları  $42,56\pm 14,45$ , üniversite mezunu olanların ise  $39,67\pm 5,70$ 'tir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır. Videolu bilgilendirme grubunda preoperatif STAI-T skorları incelendiğinde ise ilkokul mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $36,50\pm 9,19$  iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-T skorları  $42,44\pm 8,14$ , üniversite mezunu olanların ise

39,67±6,61'dir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; ilkokul mezunu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları 15,22±2,68 iken, lise mezunu olanların ortalama MDAS skorları 12,00±4,01, üniversite mezunu olanların ise 11,48±3,89'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. (p<0,05) Eğitim düzeyi arttıkça MDAS skorlarında düşüş yaşanmaktadır. İlkokul mezunu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları 47,33±8,96 iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-S skorları 41,91±13,65, üniversite mezunu olanların ise 38,72±2,91'dir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05) Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır. hastaların preoperatif STAI-T skorları incelendiğinde ise ilkokul mezunu olanların ortalama STAI-T skorları 43,44±6,56 iken, lise mezunu olanların ortalama STAI-T skorları 41,72±7,72, üniversite mezunu olanların ise 40,55±7,81'dir. Hastaların eğitim seviyeleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 13:** Grupların eğitim seviyesi ve preoperatif anksiyete ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \*p<0,05

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p
Preop MDAS	İlkokul	16,00±2,64	3,29	,193	13,25±1,70	,13	,937	18,00±1,14	3,36	,186	15,22±2,68	6,28	,043*
	Lise	10,5±3,72			13,14±2,54			12,11±5,08			12,00±4,01		
	Üniversite	10,45±4,80			12,11±3,44			12,11±3,18			11,48±3,89		
Preop STAI-S	İlkokul	50,00±12,28	2,86	,240	44,50±5,19	1,22	,542	49,00±14,14	0,42	,809	47,33±8,96	3,95	,139
	Lise	42,33±14,76			40,71±13,79			42,56±14,45			41,91±13,65		
	Üniversite	37,54±10,40			39,22±12,27			39,67±5,70			38,72±2,91		
Preop STAI-T	İlkokul	47,00±7,00	0,93	,627	44,25±2,87	1,27	,531	36,50±9,19	1,35	,510	43,44±6,56	1,08	,584
	Lise	42,00±10,71			40,57±4,75			42,44±8,14			41,72±7,72		
	Üniversite	42,36±7,72			39,22±12,27			39,67±6,61			40,55±7,81		

Sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların eğitim seviyeleri ile bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

Fotoğraflı bilgilendirme grubundaki hastaların eğitim seviyeleri ile bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır.

Video lu bilgilendirme grubunda yer alan hastaların eğitim seviyeleri ile bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; hastaların eğitim seviyeleri ile bilgilendirme sonrası MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).Ancak eğitim düzeyi arttıkça MDAS skorlarında düşüş yaşanmaktadır.Yine tüm hastaların eğitim seviyeleri ile bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ancak eğitim düzeyi arttıkça STAI-S skorlarında düşüş yaşanmaktadır.

**Tablo 14:**Grupların eğitim seviyesi ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama (±SS)	$\chi^2$	p	Ortalama (±SS)	$\chi^2$	p	Ortalama (±SS)	$\chi^2$	p	Ortalama (±SS)	$\chi^2$	p
Bilgi MDAS	İlkokul	15,00±2,00	3,31	0,191	12,25±1,89	1,24	0,539	12,50±3,53	0,827	0,661	13,22±2,38	4,86	0,088
	Lise	10,5±3,39			12,57±3,50			10,89±5,08			11,31±3,35		
	Üniversite	10,27±4,79			10,67±4,00			10,33±3,60			10,41±4,06		
Bilgi STAI-S	İlkokul	47,67±13,05	2,03	0,363	42,25±2,36	1,36	0,507	36,50±13,43	1,55	0,46	42,78±9,28	3,92	0,141
	Lise	41,50±13,05			40,57±8,52			38,89±8,31			40,14±9,79		
	Üniversite	41,50±13,05			36,44±8,57			35,22±8,31			36,10±9,13		

Sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların eğitim seviyeleri ile postoperatif 7. gün MDAS, STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubundaki hastaların eğitim seviyeleri ile postoperatif 7. gün MDAS,STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ancak eğitim seviyesi arttıkça postoperatif MDAS skorlarında düşüş yaşanmaktadır.

Videolu ilgilendirme grubundaki hastaların eğitim seviyeleri ile postoperatif 7. gün MDAS,STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında tüm hastaların eğitim seviyeleri ile postoperatif 7. gün MDAS,STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 15:** Grupların eğitim seviyesi ve 7.gün anksiyete,VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$ .

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p	Ortalama (±SS)	x <sup>2</sup>	p
7.gün MDAS	İlkokul	16,00±4,58	5,46	0,065	12,5±1,73	7,33	0,026*	13,50±4,94	3,33	0,189	13,89±3,48	10,59	0,005*
	Lise	11,5±5,75			10,14±1,07			8,66±3,67			9,90±3,84		
	Üniversite	8,54±3,11			8,55±2,65			11,22±4,40			9,38±3,54		
7.gün STAI-S	İlkokul	38,33±15,27	0,67	0,715	35,5±5,50	3,79	0,15	31,00±8,48	0,79	0,681	35,44±9,28	3,96	0,183
	Lise	39,33±13,03			37,43±12,24			34,78±7,84			36,86±10,50		
	Üniversite	34,09±10,61			28,89±6,23			31,67±7,74			31,72±8,56		
Postop VAS	İlkokul	4,67±4,16	0,86	0,649	2,00±2,82	0,21	0,898	8,00±0,00	5,91	0,052	4,22±3,67	0,989	0,61
	Lise	3,00±2,09			2,28±1,38			3,78±1,20			3,09±1,60		
	Üniversite	3,09±2,07			2,44±2,60			3,66±1,87			3,07±2,17		
7.gün VAS	İlkokul	0,66±1,15	1,03	0,596	1,00±2,00	0,144	0,93	3,00±1,41	2,54	0,28	1,33±1,73	0,214	0,899
	Lise	1,33±1,03			0,86±1,06			1,11±1,05			1,09±1,02		
	Üniversite	0,91±1,04			0,67±1,00			1,56±1,66			1,10±1,24		

#### 4.9.İlk Oral Cerrahi Deneyimi ve Anksiyete İlişkisi

Sözlü bilgilendirme grubunda ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları 10,73±3,67 iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise 13,00±6,78'dir. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yine sözlü bilgilendirme grubundaki hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları 42,80±11,81 iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise 38,80±7,59'dur.Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ilk

cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $44,33 \pm 8,37$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $38,8 \pm 7,59$ 'dur. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubundaki hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $12,70 \pm 3,23$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $12,70 \pm 2,45$ 'dir. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Yine fotoğraflı bilgilendirme grubundaki hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $38,84 \pm 10,05$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $43,20 \pm 12,82$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Fotoğraflı bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $43,20 \pm 12,82$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $42,80 \pm 5,69$ 'dur. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubundaki hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $12,37 \pm 4,68$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $12,91 \pm 4,23$ 'tür. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Yine videolu bilgilendirme grubundaki hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $42,12 \pm 9,01$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $41,75 \pm 12,47$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Videolu bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $45,00 \pm 7,65$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş

olanların ise  $37,67 \pm 5,78$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). İlk cerrahi deneyimi olan hastaların STAI-T skorları daha yüksektir.

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; ilk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $11,72 \pm 3,81$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $12,85 \pm 4,09$ 'dur. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). İlk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $41,30 \pm 10,54$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $41,03 \pm 12,56$ 'dır. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri ile preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). İlk cerrahi operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $42,75 \pm 8,28$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise  $39,78 \pm 6,32$ 'dir. Hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 16 :** Cerrahi deneyime göre preoperatif anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p < 0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p
Preop-MDAS	Evet	10,73 $\pm$ 3,67	-0,44	0,672	12,70 $\pm$ 3,23	-0,03	0,971	12,37 $\pm$ 4,68	-0,31	0,792	11,72 $\pm$ 3,81	-0,97	0,328
	Hayır	13,00 $\pm$ 6,78			12,70 $\pm$ 2,45			12,91 $\pm$ 4,23			12,85 $\pm$ 4,09		
Preop-STAI-S	Evet	42,80 $\pm$ 11,81	-1,1	0,36	38,84 $\pm$ 10,05	-0,6	0,579	42,12 $\pm$ 9,01	-0,7	0,521	41,30 $\pm$ 10,54	-0,5	0,603
	Hayır	38,80 $\pm$ 7,59			43,20 $\pm$ 12,82			41,75 $\pm$ 12,47			41,03 $\pm$ 12,56		
Preop-STAI-T	Evet	44,33 $\pm$ 8,37	-1,48	0,142	38,60 $\pm$ 7,84	-1,64	0,105	45,00 $\pm$ 7,65	-2,09	0,039*	42,75 $\pm$ 8,28	-1,83	0,067
	Hayır	38,8 $\pm$ 7,59			42,80 $\pm$ 5,69			37,67 $\pm$ 5,78			39,78 $\pm$ 6,32		

Sözlü bilgilendirme grubunda ilk cerrahi operasyonu olanlar ile daha önce deneyimi olanlar arasında bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Fotoğraflı bilgilendirme grubunda cerrahi operasyon deneyimi bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Videolu bilgilendirme grubunda oral cerrahi operasyon

deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; tüm hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17:** Cerrahi deneyim ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p
Bilgi-MDAS	Evet	10,60 $\pm$ 3,56	-0,39	0,735	11,70 $\pm$ 3,30	-0,15	0,912	11,00 $\pm$ 3,85	-0,39	0,734	11,09 $\pm$ 3,47	-0,12	0,905
	Hayır	12,40 $\pm$ 6,34			11,60 $\pm$ 3,80			10,67 $\pm$ 3,14			11,33 $\pm$ 3,98		
Bilgi-STAI-S	Evet	42,07 $\pm$ 11,77	-1,62	0,119	37,20 $\pm$ 7,04	-1,32	0,19	37,87 $\pm$ 9,24	-0,35	0,734	39,57 $\pm$ 9,93	-0,699	0,484
	Hayır	32,60 $\pm$ 10,89			40,90 $\pm$ 8,46			43,41 $\pm$ 8,70			37,37 $\pm$ 9,20		

Sözlü bilgilendirme grubunda oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yine sözlü bilgilendirme grubunda yer alan katılımcılardan ilk cerrahi operasyonu olanların bilgilendirme sonrası ortalama STAI-S skorları 39,80 $\pm$ 10,96 iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ise 25,80 $\pm$ 6,05'dir. Oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından 7. gün STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). İlk cerrahi deneyimi olan hastaların STAI-S skorları daha yüksektir.

Sözlü bilgilendirme grubunda postoperatif VAS skalası değerlendirmeleri incelendiğinde oral cerrahi deneyimleri bakımından postoperatif ve 7. gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından 7. gün MDAS, STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).



Videolu bilgilendirme grubunda oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından 7. gün MDAS ,STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; tüm hastaların oral cerrahi operasyon deneyimleri bakımından postoperatif 7. gün MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tüm hastaların postoperatif VAS skalası değerlendirmeleri incelendiğinde ise ilk oral cerrahi deneyimi olanların ortalama VAS skorları  $2,67\pm 2,04$  iken, daha önce oral cerrahi operasyon geçirmiş olanların ortalama VAS skorları  $3,96\pm 2,36$ 'dır.Oral cerrahi deneyimleri bakımından postoperatif VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p<0,05$ ).Ancak 7. gün VAS skorları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 18:**Cerrahi deneyim ve 7.gün anksiyete ,VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS) , \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraflı Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p
7.gün MDAS	Evet	10,06 $\pm$ 4,36	-0,659	0,553	9,90 $\pm$ 2,42	-0,5	0,631	9,62 $\pm$ 4,30	-0,627	0,571	9,90 $\pm$ 3,75	-0,509	0,61
	Hayır	12,00 $\pm$ 6,36			9,90 $\pm$ 2,64			10,75 $\pm$ 4,30			10,67 $\pm$ 4,13		
7.gün STAI-S	Evet	39,80 $\pm$ 10,96	-2,361	0,015*	29,40 $\pm$ 6,78	-1,782	0,075	33,37 $\pm$ 9,66	-0,077	0,697	35,09 $\pm$ 10,35	-0,595	0,552
	Hayır	25,80 $\pm$ 6,05			37,00 $\pm$ 10,06			32,75 $\pm$ 6,32			33,04 $\pm$ 8,59		
Postop VAS	Evet	3,20 $\pm$ 2,11	-0,135	0,933	1,60 $\pm$ 2,06	-1,497	0,165	3,00 $\pm$ 1,15	-2,027	0,057	2,67 $\pm$ 2,04	-2,025	0,043*
	Hayır	3,60 $\pm$ 3,28			3,00 $\pm$ 2,16			4,91 $\pm$ 1,18			3,96 $\pm$ 2,36		
7.gün VAS	Evet	1,20 $\pm$ 1,01	-1,51	0,197	0,40 $\pm$ 0,84	-1,446	0,247	1,25 $\pm$ 1,03	-0,462	0,678	0,97 $\pm$ 1,01	-0,51	0,61

#### 4.10.İlk Dental İmplant Deneyimi ve Anksiyete İlişkisi

Sözlü bilgilendirme grubunda ilk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $11,76\pm 4,50$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $8,66\pm 4,61$ 'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yine sözlü bilgilendirme grubunda ilk kez implant yaptırmış olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $42,00\pm 34,33$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $34,33\pm 18,33$ 'tür. Hastaların implant

deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Sözlü bilgilendirme grubunda yer alan hastaların ilk implant yaptırmış olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $44,12\pm7,90$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $36,33\pm9,29$ 'dur. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda ilk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $12,94\pm2,70$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $11,33\pm3,51$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yine fotoğraflı bilgilendirme grubunda ilk defa implant yaptırmış olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $40,35\pm10,67$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $43,33\pm18,14$ 'dür. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Fotoğraflı bilgilendirme grubunda ilk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $41,00\pm7,28$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $39,00\pm6,08$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubunda ilk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $12,18\pm4,51$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $14,75\pm2,87$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yine videolu bilgilendirme grubunda ilk implant olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $42,18\pm12,30$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $40,75\pm1,25$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Videolu bilgilendirme grubunda ilk implant yaptırmış olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $40,25\pm8,13$  iken, daha önce implant deneyimleri olanların ise  $42,00\pm3,36$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). İlk implant deneyimi olan hastaların STAI-T skorları daha yüksektir.

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; ilk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama MDAS skorları  $12,30\pm 3,93$  iken, daha önce implant operasyon geçirmiş olanların ise  $11,90\pm 4,17$ 'dir. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). İlk implant operasyonu olanların preoperatif ortalama STAI-S skorları  $41,50\pm 11,21$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $39,60\pm 12,76$ 'dır. Hastaların implant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Hastaların ilk implant olanların preoperatif ortalama STAI-T skorları  $41,82\pm 7,80$  iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise  $39,40\pm 6,11$ 'dir. İmplant deneyimleri bakımından preoperatif STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19:** İlk implant deneyimi ve preoperatif anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları (SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p
Preop-MDAS	Evet	11,76 $\pm$ 4,50	-1,387	0,179	12,94 $\pm$ 2,70	-0,915	0,416	12,18 $\pm$ 4,51	-1,09	0,276	12,30 $\pm$ 3,93	-0,189	0,85
	Hayır	8,66 $\pm$ 4,61			11,33 $\pm$ 3,51			14,75 $\pm$ 2,87			11,90 $\pm$ 4,17		
Preop-STAI-S	Evet	42,00 $\pm$ 34,33	-1,01	0,358	40,35 $\pm$ 10,67	-0,479	0,689	42,18 $\pm$ 12,30	-0,142	0,887	41,50 $\pm$ 11,21	-0,367	0,713
	Hayır	34,33 $\pm$ 18,33			43,33 $\pm$ 18,14			40,75 $\pm$ 1,25			39,60 $\pm$ 12,76		
Preop-STAI-T	Evet	44,12 $\pm$ 7,90	-1,43	0,179	41,00 $\pm$ 7,28	-0,642	0,546	40,25 $\pm$ 8,13	-0,474	0,636	41,82 $\pm$ 7,80	-1,162	0,245
	Hayır	36,33 $\pm$ 9,29			39,00 $\pm$ 6,08			42,00 $\pm$ 3,36			39,40 $\pm$ 6,11		

Sözlü bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; tüm hastaların implant deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 20:** İlk implant deneyimi ve bilgilendirme sonrası anksiyete skorları ortalamaları ve standart sapmaları(SS), \* $p<0,05$

		Sözlü (N: 20)			Foto (N: 20)			Video (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama (±SS)	Z	p	Ortalama (±SS)	Z	p	Ortalama (±SS)	Z	p	Ortalama (±SS)	Z	p
Bilgi MDAS	Evet	11,53±4,27	-1,438	0,179	12,23±3,32	-1,918	0,055	10,18±3,25	-1,572	0,122	11,30±3,67	-0,688	0,491
	Hayır	8,33±4,04			8,33±2,51			13,25±2,87			10,30±3,77		
Bilgi-STAI-S	Evet	41,12±11,33	-1,918	0,055	39,64±7,13	-0,478	0,689	36,00±9,30	-0,806	0,42	38,98±9,47	-0,487	0,627
	Hayır	31,66±15,30			35,66±12,34			41,00±4,54			36,60±10,47		

Sözlü bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif 7. gün MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) Ancak ilk implant ameliyatı olanların bilgilendirme sonrası ortalama STAI-S skorları 38,82±10,69 iken, daha önce implant yaptırmış olanların ise 22,00±2,64'dir. Yapılan istatistiki analiz sonucunda hastaların implant deneyimleri bakımından bilgilendirme sonrası STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). İlk implant deneyimi olan hastaların postoperatif 7. gün STAI-S skorları daha yüksektir.

Sözlü bilgilendirme grubunda postoperatif VAS skalası değerlendirmeleri incelendiğinde hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif ve 7. gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Fotoğraflı bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif 7. gün MDAS, STAI-S ve VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Videolu bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Videolu bilgilendirme grubunda hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p<0,05$ ). Ancak postoperatif 7. gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların genel profilleri üzerinden inceleme yapıldığında ise; tüm hastaların implant deneyimleri bakımından postoperatif MDAS ve STAI-S skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hastaların postoperatif ve 7. gün VAS skalası değerlendirmeleri incelendiğinde ise hastaların deneyimleri bakımından postoperatif ve 7. gün VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21:** İlk implant deneyimi ve 7.gün anksiyete, VAS skorları ortalamaları ve standart sapmaları(SS), \* $p<0,05$

		Sözlü Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Fotoğraf ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Video ile Bilgilendirme Grubu (N: 20)			Toplam (N: 60)		
		Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p	Ortalama ( $\pm$ SS)	Z	p
7.gün MDAS	Evet	10,47 $\pm$ 4,27	-0,32	0,765	10,17 $\pm$ 2,27	-0,808	0,419	9,31 $\pm$ 3,43	-1,824	0,08	10,00 $\pm$ 3,39	-0,43	0,667
	Hayır	11,00 $\pm$ 8,66			8,33 $\pm$ 3,51			14,25 $\pm$ 5,31			11,50 $\pm$ 5,96		
7.gün STAI-S	Evet	38,82 $\pm$ 10,69	-2,545	0,004	33,29 $\pm$ 9,25	-0,01	0,999	31,75 $\pm$ 7,78	-1,707	0,099	34,68 $\pm$ 9,66	-0,854	0,393
	Hayır	22,00 $\pm$ 2,64			32,66 $\pm$ 11,01			38,00 $\pm$ 4,54			31,60 $\pm$ 9,20		
Postop VAS	Evet	2,94 $\pm$ 2,13	-1,417	0,179	2,35 $\pm$ 2,26	-0,165	0,869	3,68 $\pm$ 1,77	-2,23	0,039	2,98 $\pm$ 2,10	-1,864	0,062
	Hayır	5,33 $\pm$ 3,05			2,00 $\pm$ 2,00			6,00 $\pm$ 1,63			4,60 $\pm$ 2,67		
7.gün VAS	Evet	1,06 $\pm$ 1,02	-0,61	0,616	0,82 $\pm$ 1,23	-0,121	0,899	1,12 $\pm$ 1,02	-2,006	0,064	1,00 $\pm$ 1,08	-0,859	0,39
	Hayır	0,66 $\pm$ 1,15			0,67 $\pm$ 1,15			3,00 $\pm$ 2,00			1,60 $\pm$ 1,83		

#### 4.11.Yaş ve Anksiyete İlişkisi

Hastaların yaşları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek üzere pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre tüm katılımcılar genel olarak değerlendirildiğinde yaş ile MDAS ve STAI-S skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ancak STAI-T skorları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). hastaların yaşları arttıkça preoperatif STAI-T skorları artış göstermektedir.

Gruplar düzeyinde bakıldığında ise preoperatif, bilgilendirme sonrası ve postoperatif uygulanan anksiyete testleri ile hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22:** Yaş ve anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki,  $*p<0,05$ .

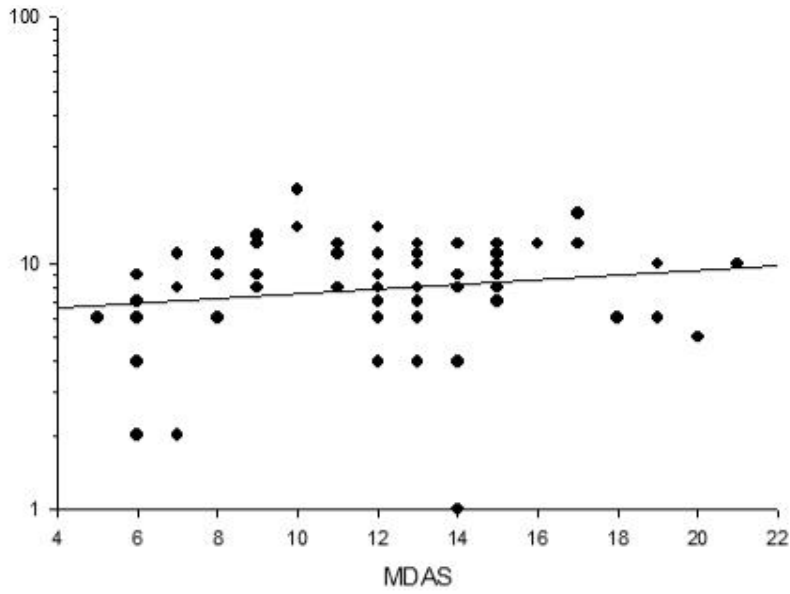
			Preop STAI-T	Preop MDAS	Bilgilen dire Sonrası MDAS	7.gün MDAS	Preop STAI-S	Bilgilen dirme Sonrası STAI-S	7.gün STAI-S	Postop VAS	7.gün VAS
Yaş	Genel	r	,328*	,170	,152	,237	,071	,076	,034	,196	,195
		p	,011	,194	,247	,068	,589	,562	,798	,134	,135
	Sözlü	r	,414	,325	,319	,405	,313	,298	,260	,116	,138
		p	,069	,161	,171	,076	,179	,201	,269	,627	,561
	Foto	r	,326	,339	,211	,384	,087	,114	-,205	,265	,262
		p	,161	,143	,373	,094	,716	,631	,386	,259	,265
	Video	r	,217	,032	-,013	-,009	-,180	-,214	-,145	,133	,167
		p	,359	,894	,956	,971	,447	,365	,542	,577	,481

#### 4.12. Ağrı Kesici Miktarı ve Anksiyete İlişkisi

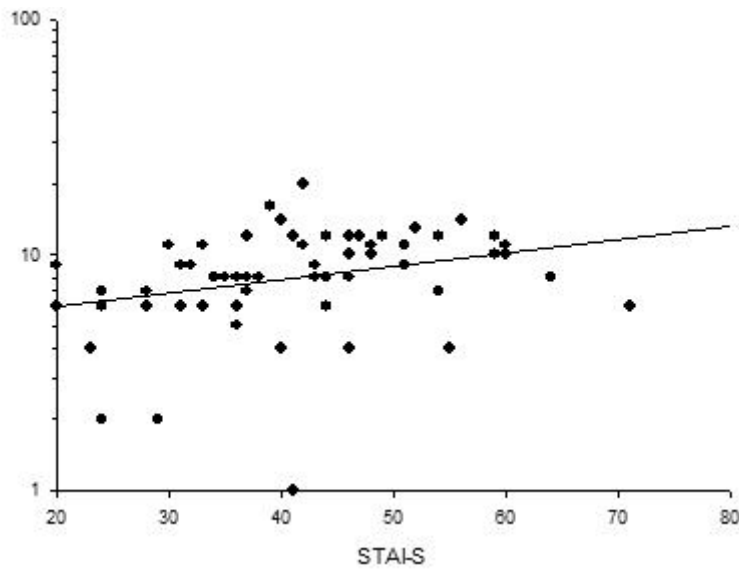
Tüm hastalar genel olarak değerlendirildiğinde; preoperatif MDAS, STAI-S ve STAI-T skorları ile kullandıkları ağrı kesici miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ )(Grafik 11,12,13). preoperatif MDAS, STAI-S ve STAI-T skorları arttıkça kullanılan ağrı kesici sayısı artmaktadır. hastaların bilgilendirme sonrası ve 7. gün STAI-S skorları ile kullandıkları ağrı kesici miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). postoperatif ve 7. gün STAI-S skorları arttıkça kullanılan ağrı kesici miktarı artmaktadır. hastaların postoperatif VAS skorları ile kullandıkları ağrı kesici miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). hastaların kullandıkları ağrı kesici miktarları arttıkça postoperatif VAS skorları artış göstermektedir. hastaların postoperatif 7. gün VAS skorları ile kullandıkları ağrı kesici miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). hastaların kullandıkları ağrı kesici miktarları arttıkça postoperatif VAS skorları artış göstermektedir.

**Tablo 23:**Kullanılan ağı kesici miktarı ve anksiyete skorları arasındaki istatistiksel ilişki, \*p<0,05

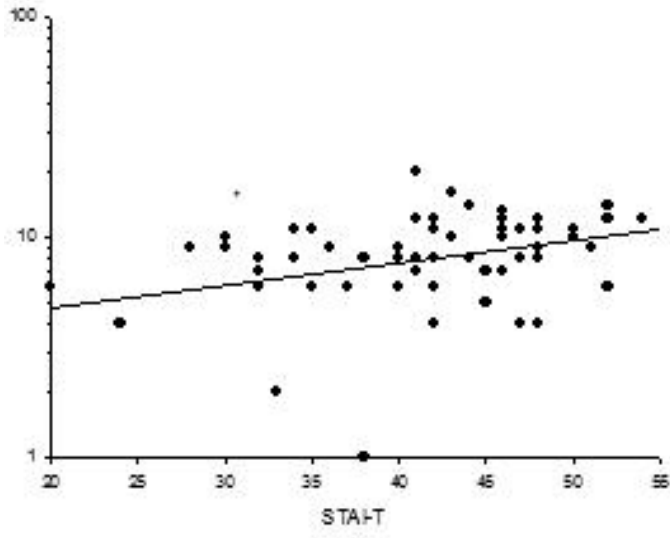
		Preop STAI-T	Preop MDAS	Bilg.Sonrası MDAS	7.gün MDAS	Preop STAI-S	Bilg. Sonrası STAI-S	7.gün STAI-S	Postop VAS	7.gün VAS	
<b>Ağı Kesici Miktarı</b>	<b>Genel</b>	r	,397**	,156	,225	,215	,305*	,400**	,350**	,267*	,423**
		p	,002	,238	,086	,103	,019	,002	,007	,041	,001
	<b>Sözlü</b>	r	,419	-,064	-,024	,005	,386	,484*	,589**	,232	,604**
		p	,066	,789	,919	,983	,093	,031	,006	,324	,005
	<b>Foto</b>	r	,464*	,202	,473*	,370	,338	,498*	,632**	,638**	,694**
		p	,039	,393	,035	,108	,145	,025	,003	,002	,001
	<b>Video</b>	r	,465*	,245	,315	,336	,269	,418	,131	,114	,233
		p	,045	,313	,189	,159	,265	,075	,594	,642	,337



**Grafik 11:**Preoperatif MDAS skorları ile ağı kesici sayısının korelasyon grafiği, \*p<0,05



**Grafik 12:**Preoperatif STAI-S skorları ile ağı kesici sayısının korelasyon grafiği, \*p<0,05



**Grafik 13:**Preoperatif STAI-T skorları ile ağrı kesici sayısının korelasyon grafiği, \*p<0,05



## 5.TARTIŞMA

Anksiyete; sempatik, parasempatik ve endokrin stimülasyonun bir sonucu olarak anormal hemodinamiğe neden olduğu bilinen, huzursuzluk ve gerginlik duygularını içeren duygusal durum olarak tanımlanabilir (Gonçalves ve ark. 2016). Elektif cerrahi müdahale geçirecek hastaların çoğu huzursuzluk hisseder, çünkü preoperatif evre hastanın en savunmasız olduğu ve duygusal dengesizliklere eğilimli olduğu dönem olarak kabul edilir (McClurkin ve Smith 2016).

Preoperatif anksiyete insidansı cerrahi işlemin türüne göre % 40-76 arasında değişmektedir. Büyük elektif cerrahi işlemlerde yüksek anksiyete skorları rapor edilmiştir (Matthias ve Samarasekera 2012).

Ameliyat sonrası ağrı beklentisi, aileden ayrılma, iş göremezlik, özgürlüğün kısıtlanması, uzuv kaybı ve ölüm korkusu preoperatif kaygı semptomlarını tetikleyen faktörlerdir (Mathews ve Ridgeway 1981). Bu sıkıntının derecesi depresyon, genel anksiyete bozukluğu gibi önceki psikiyatrik hastalıkların varlığı ile de artabilir (Clark ve ark.1998). Yüksek derece preoperatif anksiyetenin artmış postoperatif morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Williams ve ark. 2013). Ayrıca, şiddetli postoperatif ağrının bağımsız bir belirleyicisi olduğu ve buna bağlı olarak postoperatif ağrının artması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Williams ve ark. 2013; Kornilov ve ark. 2016;Kalkman ve ark. 2003).

Anksiyete derecelendirme ölçekleri klinik belirtileri saptamada kullanılan faydalı araçlardır. Spielberger'in durumluluk ve sürekli anksiyete ölçeğinin güvenilirliği kanıtlanmıştır (Spielberger ve ark. 1973).Sürekli anksiyete bir kişilik özelliğidir ve yaşam boyu sürer. Sürekli anksiyeteye sahip kişiler genellikle titiz, gergin, uyarılara aşırı duyarlı ve psikolojik olarak daha sıkıntılı bireylerdir. Sürekli anksiyete skorunun yüksek olması bireyin endişeli bir kişiliğe sahip olduğunu işaret etmektedir. (Spielberger 1983)

Anksiyete üzerine yürütülen çalışmalarda sürekli kaygı skoru yüksek olan hastalarda durumluluk kaygı skorlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir. Brezilya'da yetişkin hasta popülasyonu üzerinde yapılan bir çalışmada sürekli kaygı skorları ile durumluluk kaygı skorlarının oranının 3.83 olduğu bildirilmiştir (Caumo ve ark. 2001).

Lago-Méndez ve ark. (2006) sürekli anksiyete skorlarının, hastaların dental anksiyeteye yatkınlığı açısından etkili bir psikometrik parametre olabileceğini öne sürmüştür. Benzer şekilde Dođaner ve ark. (2017) 607 katılımcıyla yaptıkları anket çalışmasında MDAS anketi kullanmışlar ve MDAS skorları yüksek olan hastaların STAI-T skorlarının da yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

MDAS ile STAI skorları daha önceki çalışmalarda uyumlu sonuçlar göstermiştir. Bu nedenle çalışmamızda; dental anksiyete değerlendirilmesi için MDAS, durumluluk ve sürekli anksiyete değerlendirilmesinde STAI ölçeklerini kullandık. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olup preoperatif alınan MDAS, STAI-S ve STAI-T skorları arasında pozitif korelasyon tespit ettik. Dental anksiyetesi yüksek bireylerin durumluluk anksiyetelerinin de yüksek olduğunu ve aynı şekilde durumluluk anksiyetesi yüksek bireylerin sürekli anksiyetelerinin de yüksek olduğunu gözlemledik.

Preoperatif anksiyetenin derecesi; yaş, cinsiyet, ameliyatla ilgili geçmiş deneyimler, eğitim durumu, ameliyatın türü ve riskleri, mevcut sağlık durumu gibi birçok faktöre bağlıdır. Risk faktörlerini belirlemek hastaya preoperatif psikolojik destek sağlanması adına yardımcı olur, böylece stres azaltılabilir. Literatürde birçok çalışmada kadınların ve eğitim seviyesi düşük hastaların daha yüksek anksiyete skorlarına sahip oldukları bildirilmiştir. Japonya'da bir yapılan çalışmada, minör ve majör cerrahi işlem geçirecek hastaların preoperatif anksiyete seviyelerine bakılmıştır. Kadınlarda anksiyete skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ve kadın hastaların işlemle ilgili daha çok bilgi talebinde bulduklarını raporlamışlardır. (Nishimori ve ark. 2002)

Koivula ve ark. koroner arter bypass ameliyatı geçirecek olan hastalarda yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha yüksek anksiyete skorlarına sahip olduğunu ve eğitim seviyesi düşük olan hastaların daha fazla korktuklarını bildirmişlerdir. (Koivula ve ark. 2001)

Erten ve ark. (2006) dental anksiyete ölçümünde DAS kullanmışlar ve kadınların DAS skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu, ilkökul mezunu hastaların daha endişeli olduklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Apukkutan ve ark. (2012) kadınların ve eğitim seviyesi düşük hastaların MDAS skorlarının anlamlı

derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ancak literatürde cinsiyetin preoperatif anksiyeteyi etkilemediğine dair çalışmalarda mevcuttur. Khorsihidi ve ark. (2017) dental implant yerleştirilecek olan hastaların preoperatif anksiyetlerini değerlendirdikleri çalışmalarında kadın ve erkekler arasında DAS skorları açısından anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca eğitim seviyesinin dental anksiyeteyi etkilemediğini söylemişlerdir.

Eğitim seviyesi arttıkça dental anksiyetenin azaldığını bulduk. MDAS skorları eğitim seviyesi yükseldikçe anksiyete azalmaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlıydı. STAI\_S ve STAI-T skorları ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Ancak eğitim seviyesi arttıkça STAI-S skorlarının da düştüğünü gözlemledik. Eğitim seviyesi ne kadar yüksek olursa, sunulan bilgilerin anlaşılması daha kolay olmaktadır. Bu doğrultuda bilgilendirme sonrası alınan MDAS ve STAI-S anketlerinde en yüksek skorlar ilköğretim mezunu hastalara, en düşük skorlar ise üniversite mezunu hastalara aitti. Kadınlarda anksiyete seviyesinin erkeklere göre yüksek olması kadınların duygularını erkeklere göre daha iyi ifade edebiliyor olmaları ile bağdaştırılabilir. Ayrıca yapılan çalışmalar göstermiştir ki, östrojen ve progesteron seviyelerindeki dalgalanmalar duygu durum ve anksiyete bozukluklarının etiolojisine etki etmektedir. Bu hormonal dalgalanmalar kadınlarda görülen yüksek anksiyeteyi açıklayabilir(Weinstock 1999). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da kadınların dental anksiyete ve durumluluk anksiyete seviyelerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu saptadık. Ancak sürekli anksiyete skorlarında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark gözlemedik.

Literatürde, yaş ile preoperatif anksiyete düzeyi arasındaki ilişki hakkında çelişkili veriler bulunmaktadır. Shevde ve Panagopoulos (1991) geriyatrik hastalarda anksiyete seviyesinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Aykent ve ark. (2007) genç hastaların, iletişim araçlarından dolayı olumsuz sağlık olaylarına karşı daha çok farkındalıklarının olmasının anksiyete seviyelerinin yüksek olmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Turhan ve ark. (2012) elektif cerrahi geçirecek hastaların yaşları ile anksiyete seviyeleri arasında ilişki olmadığını ve Tellez ve ark. (2015) dental anksiyete üzerinde yaşın etkisi olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde, çalışmamızda hastaların yaşları ile STAI-T skorları arasında zayıf bir ilişki olmasına rağmen

MDAS ve STAI-S skorlarının yaşla anlamlı ilişkisini saptamadık. Yaş ile preoperatif anksiyete ve dental anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulmadık.

Kvaal ve ark. (2005) en yüksek anksiyetenin, ilk defa operasyon geçirecek olanlar, genç hastalar ve kadınlar olduğunu bildirmiştir. Matthias ve ark. (2012) araştırmalarında daha önce ameliyatla ilgili deneyimi olan hastalarda daha düşük anksiyete olduğunu belirtmişlerdir. Prado ve ark. (2019) ilk kez cerrahi bir müdahale geçirecek olan hastaların daha önce cerrahi müdahale geçirmiş olanlara göre anlamlı derecede yüksek anksiyete gösterdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmalarında önceki kötü cerrahi deneyimi araştırmışlar ve kötü bir deneyimi olan hastaların anksiyete seviyelerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Önceki olumlu deneyimleri olan hastaların ise cerrahi müdahale hakkında bilgi sahibi olduklarından ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin de düşük olduğunu bulmuşlardır. Fardal ve ark. (2012) periodontal cerrahi ve dental implant cerrahisi geçirecek hastaların preoperatif anksiyetelerini inceledikleri çalışmalarında, kötü bir cerrahi deneyimi olan hastaların olumlu deneyimi olan hastalara göre daha rahatsız ve endişeli olduklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda tedavisi başarısız olmuş ve tekrar ameliyat olacak hastaların VAS skorlarının da yükseldiğini bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda preoperatif alınan MDAS anketlerine göre ilk defa oral cerrahi geçirecek olan hastalarla daha önce oral cerrahi deneyimi olanlar arasında anlamlı bir fark saptamadık. Aynı şekilde operasyon deneyimi olanlarla olmayanların STAI-S ve STAI-T skorları arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Benzer şekilde daha önce dental implant deneyimi olan hastalarla ilk defa dental implant cerrahisi geçirecek olan hastaların MDAS, STAI-S ve STAI-T skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamadık. Ancak dental implant deneyimi olan hastaların dental anksiyete, durumluluk ve sürekli anksiyete skorları ilk kez dental implant uygulanacak hastalara göre daha düşüktü. Çalışmaya daha önce kötü bir oral cerrahi deneyimi olan hastaları dahil etmediğimiz için bu sonuç beklenen bir sonuçtu.

İlginç bir şekilde oral cerrahi ve dental implant cerrahisi deneyimi olmayan, sözlü bilgilendirme yapılan gruptaki hastaların 7. günde alınan STAI-S skorlarının deneyimi olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu gözlemledik. 7. gün kontrolünde dikişlerin alınacağı ve deneyimi olmayan hasta için bu durumun da anksiyeteye neden olduğunu düşünmekteyiz. Fotoğraflı ve videolu bilgilendirme

yapılan gruplarda dikiş aşamasını içeren bir görselin olması hastayı bilinmezlik hissinden kurtarıp rahatlmasını sağlamış olabilir. Sözlü bilgilendirme grubundaki deneyimi olmayan hastaların dikişlerin alınmasından önce artmış durumluluk anksiyeteleri bu belirsizlik hissi ile açıklanabilir

Preoperatif anksiyete, hastada birtakım postoperatif komplikasyonlara neden olabilir ve bu komplikasyonlardan biri de ağrıdır. Ağrı, ameliyat sonrası hastaların preoperatif anksiyete nedeniyle sık görülen şikayetidir. Ameliyat öncesi yüksek anksiyetenin mide bulantısı, kusma, taşikardi ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi birçok soruna yol açtığı ve enfeksiyon riskini arttırdığı tespit edilmiştir. (Kalkman ve ark. 2003)

Literatürde yüksek anksiyeteli hastaların daha çok ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarını gösteren çalışmalara mevcuttur. Görkem ve ark. (2016) sezeryan geçiren hastaların anksiyete seviyeleri ve postoperatif ağrı durumlarını incelemiştir. VAS skorları yüksek olan hastaların postoperatif dönemde daha çok ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Raichle ve ark. (2015) cerrahi sonrası 5 gün hastaların analjezik ihtiyacını kaydettikleri çalışmalarında, preoperatif yüksek anksiyeteye sahip hastaların postoperatif günlük analjezik dozunun daha yüksek olması ile aralarında pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir.

Kazancıoğlu ve ark. (2017) ve Torres-Laragers ve ark. (2014) gömülü 3. molar dişlerin cerrahi çekiminden sonra, bir hafta boyunca hastaların kullandığı analjezik sayısını kaydetmişler ve anksiyete skorları yüksek olan hastaların daha fazla miktarda ağrı kesici kullandıklarını bildirmişlerdir.

Weisensee ve ark. (2012) dental implant cerrahisi uygulanacak olan hastalarda yaptıkları araştırmada, yüksek anksiyeteye sahip hastaların postoperatif ağrı beklentilerinin daha yüksek olduğunu, en yüksek ağrı skorlarının ameliyat gününe ait olduğunu ve zamanla azaldığını belirtmişlerdir. Bu çalışmalar yüksek anksiyetenin ağrı algısı ve beklentisini artırdığını, iyileşme sürecini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

Kim ve ark. (2013) ağrı seviyesinin ameliyattan hemen sonra ve ameliyat günü en yüksek seviyede olduğunu, fazla sayıda dental implant yerleştirilecek olan hastalarda anksiyete seviyesinin ve postoperatif ağrı skorlarının daha yüksek

olduğunu bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda, anksiyete ve ağrı algısının implant sayısına bağlı değişimini ekarte etmek için bir veya iki adet dental implant uygulanacak hastaları dahil ettik. Kim ve ark.'nın bulguları ile uyumlu olacak şekilde operasyondan hemen sonra alınan VAS skorlarının operasyondan sonra 7. günde anlamlı bir şekilde azaldığını gördük. Ağrı kesici sayısının ise anksiyete skorları ile pozitif korelasyon gösterdiğini tespit ettik. Sonuçlarımız yüksek dental anksiyete ve durumluluk anksiyetesinin postoperatif dönemde kullanılan ağrı kesici sayısında artışa neden olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda operasyondan hemen sonra alınan VAS skorları ile 7. günde alınan VAS skorları güçlü korelasyon göstermekteydi. VAS skoru yükseldikçe kullanılan ağrı kesici miktarının da arttığını gözlemledik. Operasyondan hemen sonra yüksek VAS skoru olan hastalar iyileşme döneminde daha çok ağrı kesici kullanmıştı.

Preoperatif dönemde hastanın her aşamada ne işlem yapılacağı ve neden yapıldığı konusunda bilgilendirilmesinin anksiyete seviyesini azalttığı da bildirilmiştir (Haugen ve ark.2009). Yapılan araştırmalar preoperatif yazılı bilgilendime yapılan birçok hastanın tıbbi terimleri anlamakta zorlandığını ve metinleri çok karmaşık buldukları gerekçesiyle verilen bilgileri tam kavrayamadıklarını göstermiştir (Caress 2003).

Son zamanlarda hasta eğitimi, cerrahi işlem geçiren hastalarda preoperatif anksiyeteyi azaltmanın bir yolu olarak tanımlanmıştır. Bunun için yüz yüze eğitim, video ile eğitim, televizyon veya telefon aracılığıyla olmak üzere birçok öneride bulunulmuştur (Ayril ve ark. 2002; Blumenthal ve ark. 2006). İngiltere'de cerrahi işlemden önceki eğitimin kaygı düzeyini azaltmada yardımcı olup olmadığını belirlemek için bir çalışma yürütülmüştür. Hastanelerin, hastalarını eğitmek için kullandıkları en yaygın eğitim programlarından beşi gözlemlenmiştir. Ayrıca programa katılan hastalarla röportaj yapılmıştır. Sonuçlar, preoperatif eğitimin hastalara bilinmeyenleri ve belirsizlikleri anlatarak preoperatif anksiyeteyi azaltmada önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Spalding 2003).

Ameliyat öncesi bilgilendirme, hastaların kaygılarını azaltmak için gereklidir. Ameliyat öncesi hastaların bilgilendirilmesi için en sık kullanılan format yazılı onamdır. Bununla birlikte, tüm hastalar bu bilgileri anlamak için yeterli bilgiye sahip değildir ve bu bilgilerin yorumlanması kişiden kişiye değişmektedir (Jlala ve ark.

2010). Yazılı bilgilerin kısıtlılıklarının üstesinden gelmek için daha yakın zamanda video gibi multimedya yöntemleri benimsenmiştir. Video bilgileri, tüm hastalara eşit kalitede temel bilgiler sağlayabilmesi açısından avantajlıdır (Pearson ve ark. 2005).

Hastaların preoperatif sözlü, yazılı, animasyon veya video ile bilgilendirilmesi birçok cerrahi prosedürde kullanılmaktadır. Kim ve ark. (2019) kolorektal kanser cerrahisi geçirecek hastaların preoperatif anksiyetelerini azaltmak için video ile bilgilendirmenin etkinliğini araştırmışlardır. 32 hastayı dahil ettikleri çalışmalarında, hastalara 3 cerrah tarafından hazırlanan 5 dakikalık bir video izletilmiştir. Videoda operasyon gününü anestezi aşaması, cerrahi prosedür ve postoperatif bakımı içerecek şekilde tüm ayrıntılarıyla göstermişlerdir. Hastalardan anksiyete değerlendirilmesi için alınan anketlerde anksiyete skorlarının video izledikten sonra anlamlı bir şekilde azaldığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların video izledikten sonra ameliyatla ilgili daha az bilgiye ihtiyaç duyduklarını, video ile bilgilendirmenin yeterli olduğunu söylemişlerdir.

Jlala ve ark. (2010) rejyonel anestezi altında alt ve üst ekstremitte cerrahisi geçirecek 110 hastanın preoperatif anksiyetelerini azaltmak için video ile bilgilendirme yapmışlardır. El cerrahisi geçirecek olan hastalar için 9 dakikalık bir video hazırlamışlardır. Video anestezi süreci ile başlamış ve anesteziye ait tüm riskler anlatılmıştır. Video cerrahi prosedür, postoperatif dikkat edilmesi gerekenler ve postoperatif komplikasyonlar dahil tüm süreci içermektedir. Hastaların anksiyete seviyelerini STAI ve VAS ölçekleri ile belirledikleri çalışmalarında, video izlememiş olan kontrol grubu hastalarının anlamlı derecede yüksek anksiyeteye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Dental tedavilerin birçoğu lokal anestezi altında, hasta hekim kooperasyonu ile gerçekleşmektedir. Dental anksiyetesi yüksek olan hastalar koopere olmakta güçlük çeker ve bu durum işlemin uzamasına, başarısız olmasına hatta işlemin ertelenmesine bile neden olabilmektedir. Oral cerrahi işlemler, cerrahi olmayan dental girişimlere göre daha fazla korku ve endişeye neden olabilir. Bazı yazarlar cerrahi prosedür hakkında bilgi eksikliğinin hastaların preoperatif anksiyetesini artıran en önemli faktörlerden biri olduğunu savunmaktadır ( White Jr ve ark. 2003). Anksiyetenin bilinmeyene ve belirsizliğe karşı geliştiği düşünüldüğünde

cerrahi işlemle ilgili bilgi miktarı ve bilginin kalitesi, ameliyat öncesi endişelerin azaltılmasına katkıda bulunabilir(Kiyohara ve ark. 2004).

Brasilerio ve ark. gömülü 3. molar cerrahisi için başvuran hastaların preoperatif,operasyon süresince ve operasyondan sonra hangi bilgilere ihtiyaç duyduklarını belirlemek için bir anket çalışması yapmışlardır.Çalışmada hastalar 2 gruba ayrılmıştır.1. gruba daha önce diş çekimi deneyimi olanlar, 2. gruba ise daha önce hiç diş çekimi deneyimi hastalar dahil edilmiştir. Daha önce deneyimi olmayan hastaların ne tür anestezi yapılacağı ve postoperatif dönemde ne tür ilaçlar kullanacakları konusunda daha çok bilgi talep ettiklerini belirtmişlerdir.Yazarlar önceki deneyime bakılmaksızın hastaların operasyon süreci ve sonrası ile ilgili aynı derecede bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Brasileiro ve ark. 2012).

Gelişen teknoloji ile birlikte diş hekimliği alanında da hastaları bilgilendirmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Mladenovski ve ark. (2008) gömülü 3. molar cerrahisi için başvuran hastalara preoperatif bilgilendirmek için operasyon sürecini anlatan resimli bir broşür ile bilgilendirme ve animasyon bir video izletmenin etkinliğini araştırmışlardır.Yazarlar animasyon bir video ile bilgilendirilen hasta grubunda bilgilerin daha kalıcı olduğunu ve hastaların animasyon video ile bilgilendirmeyi daha yararlı bulduklarını bildirmişlerdir.

Video ile bilgilendirme yapılmasının anksiyete seviyelerine etkisi ile ilgili değişik görüşler mevcuttur.Kazancıoğlu ve ark. (2015) gömülü 3. molar dişlerin cerrahi çekimi hakkında bilgi vermek için video kullanmışlardır.Çalışmaya 333 hasta dahil edilmiştir ve hastalar 3 gruba ayrılmıştır.1.gruptaki hastalara diş çekimi ile alakalı temel bilgiler sözel olarak, 2.gruptaki hastalara diş çekimi ve cerrahi prosedür ile ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde sözel olarak verilmiştir.3. gruptaki hastalara ise cerrahi prosedürü anlatan 5 dakikalık bir video izletilmiştir.Yazarlar video izleyen gruptaki hastaların DAS ve STAI-S skorlarının yükseldiğini bildirmişlerdir.Yazarlar benzer bir çalışmayı dental implant cerrahisi uygulanacak hastalarla yapmışlardır.Çalışmaya dental implant tedavisi uygulanacak 60 hastayı dahil etmişleridir.Hastaları 3 gruba ayırmışlardır.1. gruptaki hastalara sözlü olarak genel bilgiler,2. gruptaki hastalara sözlü olarak detaylı bilgiler vermişlerdir.3. gruptaki hastalara ise dental implant cerrahisini anlatan 2 dakikalık bir video izletmişlerdir.



Benzer şekilde video izleyen gruptaki hastaların anksiyete seviyelerinin arttığını gözlemlemiştirlerdir (Kazancıoğlu ve ark. 2017).

Biz çalışmamızda video ile bilgilendirme yaptığımız çalışma grubundaki hastaların preoperatif MDAS değerlerinin video izledikten sonra istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığını gözlemledik. Cerrahi süreci gösteren bir video izletmenin hastaların anksiyete seviyeleri üzerinde yazılı ve sözlü bilgilendirmeye göre daha etkili olacağımız düşünüyoruz.

Weisensee ve ark.(2012) dental implant cerrahisi uygulanacak olan hastaların anksiyete seviyelerinin ve ağrı beklentilerini araştırdıkları bir çalışma yapmışlardır. Hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde alınan anket skorlarına göre postoperatif dönemde anksiyetenin belirgin bir şekilde azaldığını gözlemlemiştirlerdir. Preoperatif anksiyete yükseldikçe hastaların ağrı beklentisinin de yükseldiğini bildirmişlerdir. Yazarlar en yüksek anksiyetenin, ağrı beklentisinin ve hissedilen ağrının ameliyat öncesi dönemde olduğunu postoperatif dönemde giderek azaldığını bildirmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları benzer şekilde preoperatif anksiyete seviyesi ile postoperatif 7. gün anksiyete seviyesi arasında anlamlı fark bulduk. Aynı şekilde 7. günde alınan VAS skorları hemen ameliyat sonrası alınan VAS skorlarından düşüktü. Hastaların anksiyete seviyeleri operasyondan hemen önce en yüksek seviyedeydi. Bilgilendirmeler sonrasında anksiyete seviyeleri azaldı. Postoperatif iyileşme döneminde anksiyete seviyeleri ve hissedilen ağrı giderek azaldı.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda dental implant cerrahisi ile ilgili bilgilendirme yapmak için 3 farklı yöntem kullandık. Sonuçlarımız gösteriyor ki:

- Sözlü, fotoğraflı ve videolu bilgilendirme yöntemleri hastaların preoperatif anksiyetelerini azaltmada etkilidir.
- Üç grupta da preoperatif dental anksiyete skorları bilgilendirme yapıldıktan sonra azalmıştı.
- Durumluluk anksiyete skorları bilgilendirme sonrasında azalmıştı.
- İstatistiksel olarak anlamlı azalma videolu bilgilendirme grubunda gözlemlendi.
- Yüksek anksiyeteye sahip hastaların postoperatif dönemde daha fazla ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarını gözlemledik. Postoperatif ağrı kontrolünde yüksek anksiyete dikkate alınmalıdır.
- Ortalama dental ve durumluluk anksiyetesi kadınlarda daha yüksekti.
- Eğitim seviyesi, verilen bilgileri anlama açısından bilgilendirme türü seçilirken göz önünde bulundurulmalıdır.
- Önceki cerrahi deneyime bakılmaksızın işlem öncesi yüksek anksiyete görülebileceği dikkate alınmalıdır.
- Cerrahi prosedürü anlatan bir video izletmenin yazılı ve sözlü bilgilendirmeye göre daha kalıcı ve etkili olabileceği kanaatindeyiz.

## KAYNAKÇA

- Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Payam AS, Monfared AH. Effect of Hypnosis on Induction of Local Anaesthesia, Pain Perception, Control of Haemorrhage and Anxiety during Extraction of Third Molars: A Case-Control Study. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*.2013; 41 (4): 310–15.
- Abraham CM. A brief historical perspective on dental implants, their surface coatings and treatments. *The open dentistry journal*. 2014; 8: 50–5.
- Acar HV, Cuvaş O, Ceyhan A, Dikmen B. Acupuncture on Yintang Point Decreases Preoperative Anxiety. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*.2013; 19 (5): 420–24.
- Al-Dajani M. Incidence, Risk Factors, and Complications of Schneiderian Membrane Perforation in Sinus Lift Surgery: A Meta-Analysis. *Implant Dentistry*. 2016; 25 (3): 409–15.
- Alhassani AA, AlGhamd AS. Inferior Alveolar Nerve Injury in Implant Dentistry: Diagnosis, Causes, Prevention, and Management. *The Journal of Oral Implantology*. 2010; 36 (5): 401–7.
- Alladin A. Mindfulness-Based Hypnosis: Blending Science, Beliefs, and Wisdoms to Catalyze Healing. *The American Journal of Clinical Hypnosis*.2014; 56 (3): 285–302.
- Allison N. Hypnosis in modern dentistry: Challenging misconceptions. *Faculty Dental Journal*.2015; 6(4): 172–175.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Annibali S, Maurizio R, Gerardo LM, Federica T, Maria PC. Local Accidents in Dental Implant Surgery: Prevention and Treatment. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*.2009; 29 (3): 325–31.
- Appukuttan D, Mythireyi D, Deborah SP, Hirudayaraj GJ, Tadepalli A, Victor DJ. Reliability and Validity of the Tamil Version of Modified Dental Anxiety Scale. *Journal of Oral Science*.2012; 54 (4): 313–20.
- Appukuttan D, Mythreyi V, Tadepalli A. Utility and Validity of a Single-Item Visual Analog Scale for Measuring Dental Anxiety in Clinical Practice. *Journal of Oral Science*.2014; 56 (2): 151–56.
- Armfield JM. How Do We Measure Dental Fear and What Are We Measuring Anyway. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2010; 8 (2): 107–15.
- Armfield JM, Judy F, Stewart A, John S. The Vicious Cycle of Dental Fear: Exploring the Interplay

- between Oral Health, Service Utilization and Dental Fear. *BMC Oral Health*. 2007; 7 (1): 1–15.
- Armfield JM, Heaton LJ. Management of Fear and Anxiety in the Dental Clinic: A Review. *Australian Dental Journal*. 2013; 58 (4): 390–407, quiz 531.
- Armour M, Smith CA. Treating Primary Dysmenorrhoea with Acupuncture: A Narrative Review of the Relationship between Acupuncture ‘Dose’ and Menstrual Pain Outcomes. *Acupuncture in Medicine: Journal of the British Medical Acupuncture Society*. 2016; 34 (6): 416–24.
- Armstrong K, Dixon S, May S, Patricolo GE. Anxiety Reduction in Patients Undergoing Cardiac Catheterization Following Massage and Guided Imagery. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2014; 20 (4): 334–38.
- Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. Ankara; 2008.
- Aykent R, Kocamanoğlu IS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*. 2007; 5 (1): 7–13.
- Ayral X, Gicquere C, Duhalde A, Boucheny D, Dougados M. Effects of Video Information on Preoperative Anxiety Level and Tolerability of Joint Lavage in Knee Osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 2002; 47 (4): 380–82.
- Ay ZY, Çağlar F, Orun B, Uskun E. The Consistency of the Patient Expressions with the Surveys Results about the Oral Health Status, Dental Anxiety Levels and Its Possible Determinants. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(2): 56-61.
- Bae, H, Bae H, Min BI, Cho S. Efficacy of Acupuncture in Reducing Preoperative Anxiety: A Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014; 850367.
- Barbalho CA, Nunes-de-Souza RL, Canto-de-Souza A. Similar Anxiolytic-like Effects Following Intra-Amygdala Infusions of Benzodiazepine Receptor Agonist and Antagonist: Evidence for the Release of an Endogenous Benzodiazepine Inverse Agonist in Mice Exposed to Elevated plus-Maze Test. *Brain Research*. 2009; 1267, 65–76.
- Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J. The Effects of Music Interventions on Anxiety in the Patient after Coronary Artery Bypass Grafting. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 1995; 24 (2): 124–32.
- Barnett AT, Crandon I, Lindo JF, Gordon-Strachan G, Robinson D, Ranglin D. An Assessment of the Process of Informed Consent at the University Hospital of the West Indies. *Journal of Medical Ethics*. 2008; 34 (5): 344–47.

- Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global Prevalence of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Regression. *Psychological Medicine*. 2013; 43 (5): 897–910.
- Berksun OE . Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları.Turgut Yayıncılık.Ankara , 2003.
- Blankfield RP. Suggestion, Relaxation, and Hypnosis as Adjuncts in the Care of Surgery Patients: A Review of the Literature. *The American Journal of Clinical Hypnosis*. 1991; 33 (3): 172–86.
- Blumenthal JA, Babyak MA, Carney RM,Keefe FJ, Duane DR, LaCaille RA, Parekh PI, Kenneth EF, Trulock E, Palmer SM. Telephone-Based Coping Skills Training for Patients Awaiting Lung Transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.2006;74(3), 535–544
- Bobbio A.The First Endosseous Alloplastic Implant in the History of Man. *Bulletin of the History of Dentistry*.1972; 20 (1): 1–6.
- Bowery NG. Historical Perspective and Emergence of the GABAB Receptor. *Advances in Pharmacology*.2010; 58: 1–18.
- Branemark PI. Osseointegration and Its Experimental Background. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1983; 50 (3): 399–410.
- Branemark PI,Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, Ohman A. Osseointegrated Implants in the Treatment of the Edentulous Jaw. Experience from a 10-Year Period. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*.1977; Supplementum 16: 1–132.
- Brasileiro BF, Fontes de Bragança RM, Van Sickels JE. An Evaluation of Patients' Knowledge about Perioperative Information for Third Molar Removal. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2012; 70 (1): 12–18.
- Brewer S, Gleditsch SL, Syblik D, Tietjens ME, Vacik HW. Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*.2006; 21 (1): 13–22.
- Bryant C, Jackson H, Ames H. The Prevalence of Anxiety in Older Adults: Methodological Issues and a Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 109 (3): 233–50.
- Buckley A, Savage E. Preoperative Information Needs of Children Undergoing Tonsillectomy. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19 (19-20): 2879–87.
- Camargo IB, Van Sickels JE. Surgical Complications after Implant Placement. *Dental Clinics of North America*. 2015; 59 (1): 57–72.

- Camps-Font O, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Gay-Escoda C. Postoperative Infections After Dental Implant Placement: Prevalence, Clinical Features, and Treatment. *Implant Dentistry*.2015; 24 (6): 713–19.
- Caress AL. Giving Information to Patients. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing*.2003; 17 (43): 47–54; quiz 55–56.
- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. Risk Factors for Preoperative Anxiety in Adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2001; 45 (3): 298–307.
- Clark DA, Cook A, Snow D. Depressive Symptom Differences in Hospitalized, Medically III, Depressed Psychiatric Inpatients and Nonmedical Controls. *Journal of Abnormal Psychology*.1998; 107 (1): 38–48.
- Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research*.1969;48(4):596
- Cornoiu A, Beischer AD, Donnan L, Graves S, Steiger R. Multimedia Patient Education to Assist the Informed Consent Process for Knee Arthroscopy. *ANZ Journal of Surgery*.2011; 81 (3): 176–80.
- Crocq MA. A History of Anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015; 17 (3): 319–25.
- Crocq MA. The History of Generalized Anxiety Disorder as a Diagnostic Category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017; 19 (2): 107–16.
- Cüceloğlu D. (2005). İnsan ve davranışı: psikolojinin temel kavramları. Remzi Kitapevi,14.Basım, İstanbul, 2005.
- Daitch C. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder. *The American Journal of Clinical Hypnosis*.2018; 61 (1): 57–69.
- Danino AM, Chahraoui K, Frachebois L, Jebrane A, Moutel G, Herve C, Malka G. Effects of an Informational CD-ROM on Anxiety and Knowledge before Aesthetic Surgery: A Randomised Trial. *British Journal of Plastic Surgery*.2005; 58 (3): 379–83.
- Davidson A, McKenzie I. Distress at Induction: Prevention and Consequences. *Current Opinion in Anaesthesiology*.2011; 24 (3): 301–6.
- Davis M, Walker DL, Miles L, Grillon C. Phasic vs Sustained Fear in Rats and Humans: Role of the Extended Amygdala in Fear vs Anxiety. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*.2010; 35 (1): 105–35.

- Dhillon VK, Russell JO, Al Khadem MG, Tufano RP. Preoperative Information for Thyroid Surgery. *Gland Surgery*. 2017; 6 (5): 482–87.
- Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC. Does the Trait Anxiety Affect the Dental Fear? *Brazilian Oral Research*. 2017; 31 (May): e36.
- Eli I, Baht R, Kozlovsky A, Simon H. Effect of Gender on Acute Pain Prediction and Memory in Periodontal Surgery. *European Journal of Oral Sciences*. 2000; 108 (2): 99–103.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Eksen Tanıtım, Ankara, 1998.
- Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental Fear and Anxiety Levels of Patients Attending a Dental Clinic. *Quintessence International*. 2006; 37 (4): 304–10.
- Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003; 13(2): 78-87.
- Etkin A, Klemenhagen KC, Dudman JT, Rogan MT, Hen R, Kandel ER, Hirsch J. Individual Differences in Trait Anxiety Predict the Response of the Basolateral Amygdala to Unconsciously Processed Fearful Faces. *Neuron*. 2004; 44 (6): 1043–55.
- Facco E, Zanette G, Casiglia. The Role of Hypnotherapy in Dentistry. *SAAD Digest*. 2014; 30 (1): 3–6.
- Fardal O, McCulloch CA. Impact of Anxiety on Pain Perception Associated with Periodontal and Implant Surgery in a Private Practice. *Journal of Periodontology*. 2012; 83 (9): 1079–85.
- Fatseas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Relationship between Anxiety Disorders and Opiate Dependence--a Systematic Review of the Literature: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 38 (3): 220–30.
- Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental Anxiety among Adults in Turkey. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2006; 7 (3): 75–82.
- Flory J, Emanuel E. Interventions to Improve Research Participants' Understanding in Informed Consent for Research: A Systematic Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2004; 292 (13): 1593–1601.
- Ghashghaei HT, Barbas H. Pathways for Emotion: Interactions of Prefrontal and Anterior Temporal Pathways in the Amygdala of the Rhesus Monkey. *Neuroscience*. 2002; 115 (4): 1261–79.
- Gonçalves KKL, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the Preoperative Period of Heart Surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69 (2):

397–403.

- Gorkem U, Togrul C, Sahiner Y, Yazla E, Gungor T. Preoperative Anxiety May Increase Postcesarean Delivery Pain and Analgesic Consumption. *Minerva Anestesiologica*. 2016; 82 (9): 974–80.
- Greenfield EJ. Implantation of Artificial Crown and Bridge Abutments. 1913. *The International Journal of Oral Implantology: Implantologist*.1991; 7 (2): 63–68.
- Grillon C. Models and Mechanisms of Anxiety: Evidence from Startle Studies. *Psychopharmacology*. 2008; 199 (3): 421–37.
- Grillon C, Levenson J, Pine DS. A Single Dose of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Citalopram Exacerbates Anxiety in Humans: A Fear-Potentiated Startle Study. *Neuropsychopharmacology*.2007; 32 (1): 225–31.
- Handley SL. 5-Hydroxytryptamine Pathways in Anxiety and Its Treatment. *Pharmacology & Therapeutics*. 1995; 66 (1): 103–48.
- Harro JE, Bradwejn VJ. CCK in Animal and Human Research on Anxiety. *Trends in Pharmacological Sciences*.1993; 14 (6): 244–49.
- Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl KA. Anxiety in the Operating Theatre: A Study of Frequency and Environmental Impact in Patients Having Local, Plexus or Regional Anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*.2009;18(16):2301-10.
- Hen R. Structural and Functional Conservation of Serotonin Receptors throughout Evolution. *EXS*.1993; 63: 266–78.
- Humphris GM, Morrison T,Lindsay ST. The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*. 1995; 12 (3): 143–50.
- Huskisson EC. Measurement of Pain. *The Lancet*.1974; 2 (7889): 1127–31.
- İlgüy D, İlgüy M, Dinçer S, Bayırlı G. Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish Patients. *Journal of International Medical Research*.2005;;33(2):252-9
- Janak PH, Tye KM. From Circuits to Behaviour in the Amygdala. *Nature*. 2015; 517 (7534): 284–92.
- Janssen DJA, Spruit MA, Wouters EFM, Schols JMGA. Daily Symptom Burden in End-Stage Chronic Organ Failure: A Systematic Review. *Palliative Medicine*. 2008; 22 (8): 938–48.
- Jeddy N, Nithya S, Radhika T, Jeddy N. Dental Anxiety and Influencing Factors: A Cross-Sectional Questionnaire-Based Survey. *Indian Journal of Dental Research: Official Publication of Indian Society for Dental Research*. 2018; 29 (1): 10–15.



- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures under Regional Anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2010; 104 (3): 369–74.
- Kalkman J, Visser K, Moen J, Bonsel J, Grobbee E, Moons M. Preoperative Prediction of Severe Postoperative Pain. *Pain*. 2003; 105 (3): 415–23.
- Karst M, Winterhalter M, Münte S, Francki B, Hondronikos A, Eckardt A, Hoy L, Buhck H, Bernateck M, Fink M. Auricular Acupuncture for Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesia and Analgesia*. 2007; 104 (2): 295–300.
- Kazancioglu HO, Tek M, Ezirganli S, Demirtas N. Does Watching a Video on Third Molar Surgery Increase Patients' Anxiety Level? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2015; 119 (3): 272–77.
- Kazancioglu HO, Dahhan AS, Acar AH. How Could Multimedia Information about Dental Implant Surgery Effects Patients' Anxiety Level. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*. 2017;22 (1): e102–7.
- Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Beldia G. Assessment of State and Trait Anxiety in Subjects with Anxiety and Depressive Disorders. *The Psychiatric Quarterly*. 2001; 72 (3): 263–76.
- Khorshidi H, Lavaee F, Ghapanchi J, Golkari A, Kholousi S. The Relation of Preoperative Stress and Anxiety on Patients' Satisfaction after Implant Placement. *Dental Research Journal*. 2017; 14 (5): 351–55.
- Kim MJ, Oh HK, Lee KC, Yang HH, Koo BW, Lee J, Kim MH, Kang SI, Kim DW, Kang SB. Effects of an Internet-Based Informational Video on Preoperative Anxiety in Patients with Colorectal Cancer. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2019; 96 (6): 290–95.
- Kim S, Lee YJ, Lee S, Moon HS, Chung MK. Assessment of Pain and Anxiety Following Surgical Placement of Dental Implants. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 2013; 28 (2): 531–35.
- Kim YK, Kim MS, Myoung H. Musical Intervention Reduces Patients' Anxiety in Surgical Extraction of an Impacted Mandibular Third Molar. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2011; 69 (4): 1036–45.
- Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, Gonzales PSM. Surgery Information Reduces Anxiety in the Pre-Operative Period. *Revista Do Hospital Das Clinicas*. 2004; 59 (2): 51–56.
- Koivula M, Ilmonen MP, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P. Fear and Anxiety in Patients Awaiting

- Coronary Artery Bypass Grafting. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 2001; 30 (4): 302–11.
- Koray M, Dülger O, Ak G, Horasanli S, Uçok A, Tanyeri H, Badur S. The Evaluation of Anxiety and Salivary Cortisol Levels in Patients with Oral Lichen Planus. *Oral Diseases*. 2003; 9 (6): 298–301.
- Kornilov N, Lindberg FM, Gay C, Saraev A, Kuliaba T, Rosseland LA, Muniz K, Lerdal A. Factors Related to Postoperative Pain Trajectories Following Total Knee Arthroplasty: A Longitudinal Study of Patients Admitted to a Russian Orthopaedic Clinic. *Pain Research and Treatment*. 2016; 3710312
- Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): The State Scale in Detecting Mental Disorders in Geriatric Patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 20 (7): 629–34.
- Labuschagne I, Phan KL, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC, Nathan PJ. Medial Frontal Hyperactivity to Sad Faces in Generalized Social Anxiety Disorder and Modulation by Oxytocin. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012; 15 (7): 883–96.
- Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, Gándara-Rey JM, Garcia-Garcia A. Dental Anxiety before Removal of a Third Molar and Association with General Trait Anxiety. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006; 64 (9): 1404–8.
- Leung MCP, Yip KK, Ho YS, Siu FKW, Li WC, Garner B. Mechanisms Underlying the Effect of Acupuncture on Cognitive Improvement: A Systematic Review of Animal Studies. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*. 2014; 9 (4): 492–507.
- Linkow LI, Dorfman JD. Implantology in Dentistry. A Brief Historical Perspective. *The New York State Dental Journal*. 1991; 57 (6): 31–35.
- Locker DA Shapiro LD. Diagnostic Categories of Dental Anxiety: A Population-Based Study. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37 (1): 25–37.
- Locker DRP, Thomson WM. Psychological Disorders and Dental Anxiety in a Young Adult Population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001; 29 (6): 456–63.
- Lydiard RB, Brawman-Mintzer O, Bradwejn J, Emmanuel N, Johnson MR, Ware MR, Ballenger JC. Human CSF CCK in Anxiety Disorders and CCK Agonist Challenge in GAD. *European Neuropsychopharmacology*. 1996; 6(3): 213
- Marowsky A, Yanagawa Y, Obata K, Vogt KE. A Specialized Subclass of Interneurons Mediates Dopaminergic Facilitation of Amygdala Function. *Neuron*. 2005; 48 (6): 1025–37.

- Mathews A, Ridgeway V. Personality and Surgical Recovery: A Review. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*. 1981; 20 (Pt 4): 243–60.
- Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative Anxiety in Surgical Patients - Experience of a Single Unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica: Official Journal of the Taiwan Society of Anesthesiologists*. 2012; 50 (1): 3–6.
- Maulina T, Djustiana N, Shahib MN. The Effect of Music Intervention on Dental Anxiety During Dental Extraction Procedure. *The Open Dentistry Journal*. 2017; 11 (October), 565–72.
- McClurkin SL, Smith CD. The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2016; 31 (3): 196–208.
- Mcdonald AJ, Mascagni F, Guo L. Projections of the Medial and Lateral Prefrontal Cortices to the Amygdala: A Phaseolus Vulgaris Leucoagglutinin Study in the Rat. *Neuroscience*. 1996; 71 (1): 55–75.
- Mejia-Rubalcava C, Alanis-Tavira J, Mendieta-Zeron H, Sanchez-Perez L. Changes Induced by Music Therapy to Physiologic Parameters in Patients with Dental Anxiety. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2015; 21 (4): 282–86.
- Michalek-Sauberer A, Gusenleitner E, Gleiss A, Tepper G, Deusch E. Auricular Acupuncture Effectively Reduces State Anxiety before Dental Treatment--a Randomised Controlled Trial. *Clinical Oral Investigations*. 2012; 16 (6): 1517–22.
- Milgrom P, Weinstein P, Getz T. *Treating Fearful Dental Patients: A Patient Management Handbook* 1995
- Misch K, Wang HL. Implant Surgery Complications: Etiology and Treatment. *Implant Dentistry*. 2008; 17 (2): 159–68.
- Mladenovski A, Kieser JA. The Efficacy of Multimedia Pre-Operative Information for Patients: A Pilot Study. *The New Zealand Dental Journal*. 2008; 104 (2): 36–43.
- Moerman N, Van Dam FS, Oosting J. Recollections of General Anaesthesia: A Survey of Anaesthesiological Practice. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 1992; 36 (8): 767–71.
- Moss D, Willmarth E. Hypnosis, Anesthesia, Pain Management, and Preparation for Medical Procedures. *Annals of Palliative Medicine*. 2019; 8 (4): 498–503.
- Nilsson U. The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. *AORN Journal*. 2008; 87(4): 780-807

- Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, Van Dam FSAM, Muller MJ, Hanaoka K, Yamada Y. Translation and Validation of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) for Use in Japan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 2002; 11 (4): 361–64.
- Nuss, Philippe. *Anxiety Disorders and GABA Neurotransmission: A Disturbance of Modulation. Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015; 11 (1): 165–75.
- Noyes R, Hoehn-Saric R. *Anksiyete Bozuklukları. Çeviri Editörü Şar V. İstanbul: Csa Medikal&Paramedikal Yayıncılık; 1998. S:1-46 .*
- Okoro CA, Strine TW, Eke PI, Dhingra SS, Balluz LS. The Association between Depression and Anxiety and Use of Oral Health Services and Tooth Loss. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2012; 40 (2): 134–44.
- Öner N, Le Compte A. *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1983.*
- Pani SC, AlGarni B, AlZain LM, AlQahtani NS. Assessment of the Impact of Stress and Anxiety on Pain Perception in Patients Undergoing Surgery for Placement of Their First Dental Implant. *Oral Health and Dental Management*. 2014; 13 (2): 464–68.
- Pearson S, Maddern GJ, Hewett P. Interacting Effects of Preoperative Information and Patient Choice in Adaptation to Colonoscopy. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2005; 48 (11): 2047–54.
- Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*. 2009; 21 (2): 127–30.
- Prado-Olivares J, Chover-Sierra E (2019). Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Diseases*. 2019; 7 (2): 46.
- Pritchard MJ. Managing Anxiety in the Elective Surgical Patient. *The British Journal of Nursing*. 2009; 18 (7): 416–19.
- Raichle KA, Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Smith DG, Robinson LR. Preoperative State Anxiety, Acute Postoperative Pain, and Analgesic Use in Persons Undergoing Lower Limb Amputation. *The Clinical Journal of Pain*. 2015; 31 (8): 699–706.
- Redmond JDE, Huang YH. Current Concepts II. New Evidence for a Locus Coeruleus-Norepinephrine Connection with Anxiety. *Life Sciences*. 1979; 25(26):2149-2162
- Reisine T. Adaptive Changes in Catecholamine Receptors in the Central Nervous System. *Neuroscience*. 1981; 6 (8): 1471–1502.

- Remes O, Brayne C, Van der Linde R, Lafortune L. A Systematic Review of Reviews on the Prevalence of Anxiety Disorders in Adult Populations. *Brain and Behavior*. 2016; 6 (7): e00497.
- Sanders SK, Shekhar A. Regulation of Anxiety by GABAA Receptors in the Rat Amygdala. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*. 1995; 52 (4): 701–6.
- Sevinçok L. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007; 10(Ek 5): 3-12.
- Seydaoglu G , Dogan M , Uğuz Ş , Yazgan İnanç, B , Celik M.. Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2006; 7: 1-14
- Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 Patients' Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*. 1991; 73 (2): 190–98.
- Shi GX, Liu BZ, Wang J, Fu QN, Sun SF, Liang RL, Li J, Tu JF, Tan C, Liu CZ. Motion Style Acupuncture Therapy for Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain Research*. 2018; 11 (September): 2039–50.
- Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press, 2005 Oxford, UK, s:188.
- Sieghart W. Structure and Pharmacology of Gamma-Aminobutyric acidA Receptor Subtypes. *Pharmacological Reviews*. 1995; 47 (2): 181–234.
- Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The Impact of Preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management. *Patient Education and Counseling*. 2003; 51 (2): 169–76.
- Smith CA, Armour M, Lee MS, Wang LQ, Hay PJ. Acupuncture for Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 3 (3): CD004046.
- Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31 (1): 58–69.
- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2006; 51 (2): 100–113.
- Spalding NJ. Reducing Anxiety by Pre-Operative Education: Make the Future Familiar. *Occupational Therapy International*. 2003; 10 (4): 278–93.
- Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn TM, Taulbee ES. Emotional Reactions to

- Surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1973;40(1): 33–38.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press.Inc,1970, Palo Alto,USA
- Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bakışlarına Temel Bir Bakış. In:Psikiyatri Temel Kitabı.Editörler: Güleç C, Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği,1997, Ankara, s: 449–526.
- Swerdlow NR., Geyer MA, Vale WW, Koob GF. Corticotropin-Releasing Factor Potentiates Acoustic Startle in Rats: Blockade by Chlordiazepoxide. *Psychopharmacology*.1986;88:147–152
- Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The Effect of Inter-Implant Distance on the Height of Inter-Implant Bone Crest. *Journal of Periodontology*. 2000; 71 (4): 546–49.
- Tellez MC, Potter M, Kinner DG, Jensen D, Waldron E, Heimberg RG, Virtue SM, Zhao H, Ismail AI. Computerized Tool to Manage Dental Anxiety: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Dental Research*. 2015; 94 (9 Suppl): 174S – 80S.
- Terlevic R, Isola M, Ragogna M, Meduri M, Canalaz F, Perini L, Rambaldelli G. Decreased Hypothalamus Volumes in Generalized Anxiety Disorder but Not in Panic Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 146 (3): 390–94.
- Tong, D, Chung F,Wong D. Predictive Factors in Global and Anesthesia Satisfaction in Ambulatory Surgical Patients. *Anesthesiology*. 1997; 87 (4): 856–64.
- Torres-Lagares D, Recio-Lora C, Castillo-Dalí G, León-Hernández GR, Hita-Iglesias P, Serrera-Figallo MA, Segura-Egea JJ, Gutiérrez-Pérez JL. Influence of State Anxiety and Trate Anxiety in Postoperative in Oral Surgery. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*.2014; 19 (4): e403–8.
- Tovote P, Fadok JP, Lüthi A. Neuronal Circuits for Fear and Anxiety. *Nature Reviews. Neuroscience*. 2015; 16 (6): 317–31.
- Tully PJ, Cosh SM. Generalized Anxiety Disorder Prevalence and Comorbidity with Depression in Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *Journal of Health Psychology*. 2013; 18 (12): 1601–16.
- Tunc EP, Fırat D, Onur OD, Sar V. Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish Population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33 (5): 357–62.
- Turhan, Y., R. Avcı, D. Özcengiz. Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012; 20 (1): 27–33.

- Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002; (Ek Sayı 1): 5-13.
- Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. . 2006; 37: 115-120.
- Walker JA. What Is the Effect of Preoperative Information on Patient Satisfaction. The British Journal of Nursing. 2007; 16 (1): 27–32.
- Weiger WA. Serotonergic Modulation of Behaviour: A Phylogenetic Overview. Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society. 1997; 72 (1): 61–95.
- Weinstock LS. Gender Differences in the Presentation and Management of Social Anxiety Disorder. The Journal of Clinical Psychiatry.1999; 60 Suppl 9: 9–13.
- Weisensee W, Scheer M, Müller L, Rothamel D, Kistler F, Bayer G, Jöhren P, Neugebauer J. Impact of Anxiety Parameters on Prospective and Experienced Pain Intensity in Implant Surgery. Implant Dentistry. 2012; 21 (6): 502–6.
- WhiteJM. Music as Intervention: A Notable Endeavor to Improve Patient Outcomes. The Nursing Clinics of North America. 2001; 36 (1): 83–92.
- White PF. Pharmacologic and Clinical Aspects of Preoperative Medication. Anesthesia and Analgesia. 1986; 65 (9): 963–74.
- White RP, Shugars DA, Shafer DM, Laskin DM, Buckley MJ, Phillips C. Recovery after Third Molar Surgery: Clinical and Health-Related Quality of Life Outcomes. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.2003; 61 (5): 535–44.
- Williams JB, Alexander K, Morin JF, Langlois Y, Noiseux N, Perrault LP, Smolderen K. Preoperative Anxiety as a Predictor of Mortality and Major Morbidity in Patients Aged >70 Years Undergoing Cardiac Surgery. The American Journal of Cardiology.2013; 111 (1): 137–42.
- Yang YL, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang XS, Wang JN, Wang L. The Prevalence of Depression and Anxiety among Chinese Adults with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Cancer.2013; 13 (August): 393.

## EKLER

### Ek 1: Etik kurul onayı



**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  
**İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: 2018/09 13.12.2018

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENZİLETOĞLU**

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.12.2018 tarihinde yapılan 2018/09 sayılı toplantısında, yürütücüsü olduğunuz "İmplant Cerrahisinde Farklı Bilgilendirme Tekniklerinin Hastaların Anksiyete Seviyeleri Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı projenin bilimsel etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.*

*Saygılarımla...*



**Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN**  
NEÜ Diş Hekimliği Fakültesi  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar  
Etik Kurul Bşk.



## EK 2:Çalışmaya gönüllü olduğuna dair onam formu

Tarihi: 29/11/2018

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Kliniğimizde uygulanacak olan bu çalışma, bir tez çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı kliniğimize implant uygulaması için başvuran hastaların kaygı seviyelerini ölçmek ve azaltmak için uygulayacağımız farklı bilgilendirme tekniklerini uygulamaktır.

Çalışma 4 formdan oluşan bir ankettir ve tüm bilgileriniz gizlidir.

Bu araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Diş Hekimliği Fakültesi Kurumu ve diğer ilgili sağlık otoriteler sizin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilecektir ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu formu (yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu) imzaladığınızda siz veya yasal temsiliciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Bu klinik araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde size veya yasal temsilcinize zamanında bilgi verilecektir.

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers (yan etki-beklenmeyen durum) olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için temasa geçebileceğiniz kişiler ile bunlara günün 24 saatinde erişebileceğiniz telefon numaraları:

Dt Funda BAŞTÜRK: 0 553 190 60 23

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmada benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net bir şekilde bildirilmiştir. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

### Ek 3-Sözlü bilgilendirme metni

#### İMPLANT CERRAHİSİ SÖZLÜ BİLGİLENDİRMEDE KULLANILCAK METİN

Çene kemiğinizin ilgili bölgesine (implant uygulanacak bölge) diş kökü yerine geçecek olan titanyum vida yerleştirilecektir.

Ameliyat öncesinde çenenizin ilgili bölgesine lokal anestezi uygulanacaktır. Dokunma , bastırma gibi şeyler hissedebilirsiniz ancak canınız yanmayacaktır.

Lokal anestezinin etkisi 1-3 saat içinde geçecektir.

Her ameliyatta olduğu gibi bu operasyonunda bazı komplikasyonları vardır.

İşlem süresi 1 implant uygulaması için 15-60 dk sürebilir.

İşlem sonrası ilgili bölgede ağrı, şişlik, kızarıklık ve morarma görülebilir.

İşlem sonrası sızıntı şeklinde kanamanız olabilir.

Operasyon travmasına bağlı ağız açıklığında kısıtlılık görülebilir.

İyileşme süreci tamamlanırken şikayetleriniz azalarak sona erecektir.

#### AMELİYAT SONRASI DİKKAT EDİLECEKLER İÇİN KULLANILACAK METİN

İlk 30 dk ağızınıza yerleştirilen gazlı bezi ısırın.

Sızıntı şeklinde kanama olması normaldir, ağızınızda biriken kanı tükürmeyin.

2 saat yiyip içmeyin.

İlk 24 saat çok sıcak ve çok soğuk gıdalar tüketmeyin.

İlaçlarınızı düzenli kullanın.

Yüzünüze (ilgili bölgeye) soğuk kompres uygulayabilirsiniz

Operasyonu takiben 3.gün ve sonrasında yara bölgesini yumuşak uçlu bir fırça ile gıda artıklarından temizleyin.

Kontrol ve dikiş randevularınıza mutlaka gelin.

**Ek 4-**Fotoğraf grubundaki hastalara gösterilen ameliyat fotoğrafları









**Ek 5-**Anksiyete değerlendirilmesinde kullanılan anket formları



## MDAS(Modifiye Dental Anksiyete Skalası)

### Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

1.Yarın diş hekimine gitmeniz gerekse kendinizi nasıl hissedersiniz?

a. Eğlenceli bir deneyim olacağını düşünerek diş hekimine gitmeyi sabırsızlıkla beklerim.

b. Bu durumu önemsemem.

c. Biraz huzursuzluk hissederim.

d. Hoş olmayacağı ve ağrılı olacağı için korkarım.

e. Diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur.

2.Diş hekimi muayenehanesinde sıranızı beklerken nasıl hissedersiniz?

a. Rahat hissederim.

b. Biraz huzursuz hissederim.

c. Gergin hissederim.

d. Kaygılı hissederim.

e. O kadar kaygılanırım ki aşırı terler veya kendimi fiziksel olarak hasta hissederim

3.Diş hekiminin koltuğunda, doktorun diş tedaviniz için döner aletleri hazırlamasını beklerken kendinizi nasıl hissedersiniz?

a. Rahat hissederim.

b. Biraz huzursuz hissederim.

c. Gergin hissederim.

d. Kaygılı hissederim.

e. O kadar kaygılanırım ki aşırı terler veya kendimi fiziksel olarak hasta hissederim.

4.Dişlerinizin temizlenmesi için diş hekiminin koltuğundasınız. Siz beklerken, diş hekimi diş taşlarınızı temizlemek için kazıyıcı aletleri çıkarıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

a. Rahat hissederim.

b. Biraz huzursuz hissederim.

c. Gergin hissederim.

d. Kaygılı hissederim.

e. O kadar kaygılanırım ki aşırı terler veya kendimi fiziksel olarak hasta hissederim.

5.Diş hekiminiz üst arka dişinizin diş etine lokal anestezi enjeksiyonu yapacak olsa ne hissedersiniz?

a. Rahat hissederim.

b. Biraz huzursuz hissederim.

c. Gergin hissederim.

d. Kaygılı hissederim.

e. O kadar kaygılanırım ki aşırı terler veya kendimi fiziksel olarak hasta hissederim



### STAI-S (Durumluluk Anksiyete Ölçeği)

		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)

### STAI-T Sürekli Anksiyete Ölçeği

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok 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 hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine 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 endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette 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	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)



VAS(Görsel Analog Skala)

