



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**



**GÖMÜLÜ ALT 20 YAŞ DIŞI CERRAHİSİNDE
ODYOANALJEZİNİN HASTANIN KAYGI VE AĞRI
DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mine ALKAYA

**AĞIZ, DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Serpil ALTUNDOĞAN**

**ANKARA
2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**GÖMÜLÜ ALT 20 YAŞ DİŞİ CERRAHİSİNDE
ODYOANALJEZİNİN HASTANIN KAYGI VE AĞRI
DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mine ALKAYA

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

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Serpil ALTUNDOĞAN**

**ANKARA
2019**

Ankara Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'na,

Uzmanlık tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Gömülü Alt 20 Yaş Diş Cerrahisinde Odyoanaljezinin Hastanın Kaygı ve Ağrı Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez, bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan klinik çalışma tarafımdan yapılmış olup, tüm yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı : Mine ALKAYA

Tarih :

İmza :

Kabul ve Onay

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

..... Uzmanlık Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans/Doktora/Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

...../...../2019

.....
.....Üniversitesi

Jüri Başkanı

.....

..... Üniversitesi

Üye

.....

..... Üniversitesi

Üye

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	iii
Kabul ve Onay	iv
İçindekiler	v
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Gömülü 20 yaş dişleri	2
1.1.1. Gömülü Yirmi Yaş Dişleri Tanımı ve Gelişimi	2
1.1.2. Gömülülük Etiyolojisi	2
1.1.2.1. Lokal Faktörler	3
1.1.2.2. Sistemik faktörler	4
1.1.2.2.1. Prenatal Faktörler	4
1.1.2.2.2. Postnatal Faktörler	4
1.1.2.2.3. Gelişim Bozuklukları	4
1.1.3. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişlerinin Sınıflandırılması	4
1.1.4. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişi Çekim Endikasyonları	7
1.1.5. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişlerinin Neden Olduğu Komplikasyonlar	7
1.1.6. Gömülü Yirmi Yaş Dişi Çekiminin Postoperatif Komplikasyonları	8
1.1.7. Alt Gömülü Yirmi Yaş Dişi Çekiminin Perioperatif Komplikasyonları	8
1.2. Anksiyete	9
1.2.1. Anksiyete Tanımı ve Genel Bilgiler	9
1.2.2. Anksiyete Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar	11
1.2.2.1. Psikanalitik Yaklaşım	12
1.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım	13
1.2.2.3. Bilişsel Yaklaşım	14
1.2.2.4. Varoluşçu Yaklaşım	14
1.2.2.5. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı	15
1.2.2.6. Biyolojik Yaklaşım	15
1.2.3. Anksiyetenin Belirtileri	16
1.2.3.1. Bilişsel Belirtiler	16
1.2.3.2. Davranışsal Belirtiler	17
1.2.3.3. Duygusal Belirtiler	17
1.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler	17
1.2.4. Kaygı Türleri	18
1.2.4.1. Durumluk Kaygı	19
1.2.4.2. Sürekli Kaygı	19
1.2.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	20
1.2.5.1. Özgül Fobi	21
1.2.6. Dental Anksiyete	21
1.2.6.1. Dental Anksiyetenin Tanımı	21
1.2.6.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi	22
1.2.6.3. Genel Tutum ve Anksiyete Azaltıcı Tedavi Protokolü	23

1.2.6.4. Dental Anksiyete Ölçüm Yöntemleri	24
1.2.6.4.1. Spielberger Anksiyete Skalası (STAI): Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory)	24
1.2.6.4.2. Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS):	25
1.3. Ağrı	25
1.3.1. Ağrının Tanımı	25
1.3.2. Perioperatif Ağrı Kontrolü	27
1.3.3. Lokal Anestezi	27
1.3.4. Ağrı Ölçüm Yöntemleri	29
1.3.4.1. Vizüel (Görsel) Analog Skala-VAS	29
1.4. Anksiyete ve Ağrı Kontrol Aracı Olarak Müzik	30
1.4.1. Müziğin Tanımı	30
1.4.2. Tedavi Yöntemi Olarak Müzik	30
1.4.3. Müziğin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi	32
1.5. Beyaz Gürültü (White Noise)	33
1.5.1. Ağrı ve Anksiyete Kontrolünde Beyaz Gürültü	34
2. GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1. Hasta Tanımı ve Sayısı	35
2.2. Cerrahi Yöntem ve Uygulama	36
2.3. Veri Toplama Yöntemi	38
2.4. İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri	39
3. BULGULAR	41
3.1. Demografik Özellikler	41
3.1.1. Yaşa Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması	42
3.1.2. Cinsiyete Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması	42
3.1.3. Sosyoekonomik Duruma Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması	44
3.2. Anksiyetenin VAS Ölçümü ile Karşılaştırılması	46
3.3. STAI 1 Düzeylerinin Karşılaştırılması:	48
3.4. STAI 2 Düzeylerinin Karşılaştırılması	50
3.5. Cerrahi İşlem Sırasında Hissedilen Baskı ve Ağrının VAS Ölçümü ile Karşılaştırılması	51
3.6. Gruplar Arasında Bu Cerrahi İşlemi Tekrar Yaptırma İsteğinin Karşılaştırılması	52
4. TARTIŞMA	53
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
ÖZET	66
SUMMARY	67
KAYNAKLAR	68
EKLER	79
EK-1 Operasyon Öncesi Formu	79
EK-2 Operasyon sonrası Formu	80
EK-3 STAI TX-I	81
EK-4 STAI TX-II	82
EK-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	83
ÖZGEÇMİŞ	84

ÖNSÖZ

20 yaş diş çekimi; ağız, diş ve çene cerrahisinde uygulanan en sık prosedürlerden biridir. Aynı zamanda dental anksiyeteye en sık neden olan dental uygulamaların başında gelmektedir. Bu nedenle gömülü alt 20 yaş diş çekiminin neden olduğu anksiyeteyi azaltmak ve cerrahi uygulama sırasındaki hasta konforunu arttırmak için bu çalışma yapılmıştır.

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde emeği geçen, uzmanlık tezi çalışmamın planlanmasında ve yazılmasında yol gösteren, eğitimim boyunca bana yardımcı olan, sonsuz sabrı ve anlayışıyla bilgisini ve deneyimini benimle paylaşan, desteğini her zaman arkamda hissettiğim ve beni bu değerli camiaya kazandıran saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Serpil ALTUNDOĞAN'a,

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca hiç eksilmeyen desteğiyle birlikte gerek klinik gerek teorik bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Ayşegül Mine TÜZÜNER'e,

Eğitim sürecim boyunca yeri geldiğinde abi yeri geldiğinde arkadaş gibi konuşabildiğim her konuda bana yol gösteren, tez çalışmamın planlanmasında bana yardımcı olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan uzmanım Dr. Dt. Mehmet Emre YURTTUTAN'a,

Uzmanlık eğitim sürecimde, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, maddi ve manevi her zaman yanımda olan Uzm. Dt. Özün KARAAHMETOĞLU, Doktor Öğretim Üyesi Dr. Dt. Eda NAİFOĞLU, Dt. Kevser SANCAK, Dt. Orxhan HALİLOV ve Dt. İbrahim YANIK'a,

Uzmanlık eğitimim süresinde bilimsel ve mesleki bilgilerini benimle paylaşan Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'ndaki tüm değerli hocalarıma,

Mesleki ve özel yaşamımda hep yanımda olan tüm bölüm arkadaşlarıma,

Ankara üniversitesinin bana kazandırdığı en değerli insanlardan biri olarak, hem uzmanlık eğitimimde hem tez yazma sürecimde tüm içtenliğiyle yanımda olan Dr. Dt. Deniz YILMAZ'a,

Hayatım boyunca verdiğim her kararın arkasında durup, eğitim hayatım boyunca maddi manevi tüm imkanlarını sunarak her daim yanımda olan annem Nursen ALKAYA ve babam Vedat ALKAYA'ya, herşeyimi paylaştığım ve karşılaştığım her zorlukta bana yol gösteren ablam Emine ALKAYA TOPLU'ya,

Hayatıma girdiği günden beri karşılaştığım tüm zorlukları aşmamda bana yardımcı olan, sıkıntılarımı benimle birlikte göğüsleyen, sevincimi, mutluluğumu paylaştığım nişanlım Ahmet Serdar KARAGÖZ'e teşekkürü borç bilirim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

VAS	Vizüel Analog Skala
STAI	Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger Anksiyete Skalası)
STAI-I	Durumluk Kaygı Envanteri
STAI-II	Sürekli Kaygı Envanteri



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Vertikal	5
Şekil 1.2. Meziyoanguler	5
Şekil 1.3. Distoanguler	5
Şekil 1.4. Horizontal	5
Şekil 1.5. Bukkoanguler	5
Şekil 1.6. Linguloanguler	5
Şekil 1.7. Ters	5
Şekil 1.8. Klas I	6
Şekil 1.9. Klas II	6
Şekil 1.10. Klas III	6
Şekil 1.11. Klass A	7
Şekil 1.12. Klas B	7
Şekil 1.13. Klas C	7
Şekil 2.1. Ortam gürültüsünü engelleyen kulaklık	37
Şekil 3.1. Preoperatif ve postoperatif anksiyete VAS değerlerindeki değişim	48
Şekil 3.2. Preoperatif ve postoperatif STAI-I düzeylerinin değişimi	49
Şekil 3.3. Preoperatif ve postoperatif STAI-II düzeylerindeki değişim	51
Şekil 3.4. Gruplar arasında bu işlemi tekrar yaptırma isteğinin karşılaştırılması	52

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Gruplara göre olguların demografik özellikleri	41
Çizelge 3.2. Tüm olgular içerisinde yaş ile olguların skorsal özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri	42
Çizelge 3.3. Tüm olgular içerisinde cinsiyet ve izlem zamanlarına göre olguların klinik bulguları	44
Çizelge 3.4. Tüm olgular içerisinde çalışma durumu ve izlem zamanlarına göre olguların klinik bulguları	46
Çizelge 3.5. Gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların VAS ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri	47
Çizelge 3.6. Gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri	49
Çizelge 3.7. Gruplara göre olguların perioperatif ağrı düzeyleri	51
Çizelge 3.8. Gruplara göre işlem memnuniyeti açısından olguların dağılımı	52

1. GİRİŞ

Gömülü 20 yaş dişlerinin ağızda tutulması; enfeksiyonlara, kistlere, tümörlere, nevralfiform ağrılara, çiğneme işlev bozukluklarına, okluzyonda rahatsızlıklara, miyoartropatlere sebep olabilir. Bu dişlerin çekimi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi kliniklerinde en sık yapılan cerrahi işlemlerden biridir.

Gömülü yirmi yaş dişi operasyonları cerrahın tecrübesiyle ve günümüz diş hekimliği cerrahisinde sahip olunan geniş imkanlarla kolay, hızlı ve ağrısız bir şekilde yapılmaktadır. Ancak aksine anestezi ajanlarının diş hekimliğinde kullanılmadan önce yaşanan ağrılı ve kötü tecrübelerin kuşaktan kuşağa aktarılması ile hastaların büyük çoğunluğu diş hekimliğinde yapılacak olan uygulamalara karşı korku ve endişe yaşamaktadır; özellikle işlemlerin içerisine cerrahi müdahale girince bu korku ve endişe daha çok artmaktadır. Duyulan anksiyete hastanın tedaviye uyumunu bozmakta ve hasta-hekim kooperasyonunu olumsuz etkilemektedir.

Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Beyaz gürültünün de aynı şekilde ağrı ve anksiyeteyi azalttığı yönünde çalışmalar vardır. Tıp literatüründe bu yönde birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, gömülü diş çekimi operasyonu ile ilgili böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda gömülü alt 20 yaş dişi cerrahisinde odyoanaljezinin hastanın kaygı ve ağrı düzeyi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

1.1. Gömülü 20 yaş dişleri

1.1.1. Gömülü Yirmi Yaş Dişleri Tanımı ve Gelişimi

Sürme yaşı geldiği halde oklüzyon seviyesinde yerini alamayan, kemik ve yumuşak doku içerisinde tamamen veya kısmen kalmış olan dişler gömülü diş olarak tanımlanır (PETERSON et al., 1988). En sık gömülü kalan dişler alt yirmi yaş dişleridir. Bunun nedeni dental arkta süren son diş olmaları nedeniyle, sürmesi için arkta yeterince boşluk olmama ihtimalinin yüksek olmasıdır (PRAJAPATI et al., 2017).

Yirmi yaş diş germi oluşumu, 8-9 yaşlarında 2. Molar dişin distalinde radyografik olarak radyolüsent grlen bir oluşum olarak başlar. Radyografıta, kron oluşumu 14 yaş civarında görünür hale gelir ve bunu kök formasyonu izler. Kök oluşumunun tamamlanması 20-21' li yaşları bulur. 3. molar dişlerin sürmesi genellikle 20 yaş civarı geç dönem ergenlik dönemine rastlamakla birlikte sürme zamanı değişkenlik gösterir. Bazı durumlarda kök formasyonu gecikir ve bu durum; tam gelişememiş gömülü dişler ya da geç süren 20 yaş dişleriyle sonuçlanır. 20 yaş dişleri dental arktaki gelişimini son tamamlayan dişlerdir (ENG, 2009).

Yirmi yaş dişleri çeşitli nedenlerle bazen tam olarak, bazen parsiyel olarak gömülü kalır. Yetişkinlerde 3. Molar dişlerin gömülü olduğu durumlara çok sık rastlanmaktadır. En sık gömülülük gözlenen dişler mandibular 3. molar dişlerdir (PRAJAPATI et al., 2017).

1.1.2. Gömülülük Etiyolojisi

Günümüzde dişlerin gömülü kalma patogenezinde 3 teori geçerli olmaktadır (WAITE, 1978).

- Ortodontik Teori: Çene gelişimini engelleyen herhangi bir neden (ağız solunumu, erken diş kaybı) dişlerin gömülü kalmasına sebep olabilir.

- Filojetik Teori: Beslenme şeklindeki değişiklikler sonucunda çenelerin gelişimi özellikle alveoler kısımların ve dişlerin erüpsiyonu için gerekli baskı kuvveti oluşamamaktadır. Bu nedenle alveoler kemikte yeterli gelişme ve büyüme olamamaktadır. Bunun sonucu 3. büyük azı dişleri arkta yerini alamamakta ve gömülü kalmaktadır. Filogenetik teoriye göre evrimle bu dişler zamanla yok olacaktır.

- Mendeliyen Teori: Kalıtımın etkileri söz konusudur. Eğer annede çene darlığı varsa veya küçük çene yapısı mevcutsa ve babada hacim olarak büyük dişlenme mevcutsa; anneden küçük çene yapısı ve babadan büyük diş yapısı aktarılacaktır. Bunun sonucunda dental ark yetersizliği ortaya çıkacaktır.

Patolojik olarak dişlerin gömülü kalmasına sebep olan lokal ve sistemik faktörleri iki grup altında toplayabiliriz:

1.1.2.1. Lokal Faktörler

- Komşu dişin pozisyon ve yapı bozukluğu sebebiyle oluşturduğu baskı
- Uzun süreli kronik inflamasyona bağlı dokuyu örten müköz membranda yoğunluk artışı
- Dişi örten kemik doku yoğunluğu
- Süt dişinin uzun süre düşmemesi veya süt dişinin erken kaybı
- Enfeksiyon veya apse sonucu nekroz oluşması
- Çenelerin gelişimlerini tamamlamalarına bağlı olarak ortaya çıkan yer darlığı
- Dişin sürmesi sırasında anatomik veya patolojik bir engelle karşılaşması
- Kron veya kök malformasyonu
- Çocuklarda ateşli hastalıklar sonucu kemikte meydana gelen değişiklikler

1.1.2.2. Sistemik faktörler

1.1.2.2.1. Prenatal Faktörler

- Heredite, değişik ırktan kişilerin çocukları, yanlış diyet ve özel infeksiyonlar (tüberküloz, sifiliz)

1.1.2.2.2. Postnatal Faktörler

- Rikets, anemi, konjenital sifiliz, tüberküloz, endokrin bozuklukları, beslenme bozuklukları, travma, ateşli hastalıklar, çene gelişim bozuklukları

1.1.2.2.3. Gelişim Bozuklukları

- Kleidokraniyal dizostozis, oksisefali, progeria, akondroplazi, damak yarığı (YÜCETAŞ & TÜRKER, 2004)

1.1.3. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişlerinin Sınıflandırılması

Gömülüliğin cerrahi zorluğunun değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla birçok sınıflama geliştirilmiştir.

- Gömülü dişin açısına göre sınıflandırma(WINTER, 1926): Vertikal, meziyoanguler, distoanguler, horizontal, bukkoanguler, linguloanguler, ters



Şekil 1.1. Vertikal



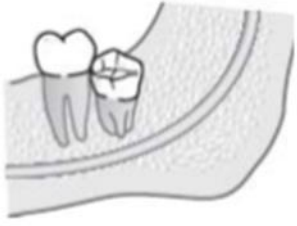
Şekil 1.2. Meziyoanguler



Şekil 1.3. Distoanguler



Şekil 1.4. Horizontal



Şekil 1.5. Bukkoanguler



Şekil 1.6. Linguloanguler



Şekil 1.7. Ters

Gömülü dişin ramusun ön kenar ile ilişkisine göre sınıflandırma (PELL & GREGORY, 1942): 3. molar dişin sürebilmesi için mandibula ramusun ön kenarı ile 2. molar dişin distalindeki mesafenin değerlendirildiği sınıflandırmadır.

Klas I: 3. molar dişin sürebilmesi için ramus anterior kenarı ve 2. molar diş arasında yeterli mesafenin olduğu pozisyonudur.

Klas II: 3. molar dişin sürebilmesi için ramus anterior kenarı ve 2. molar diş arasında yeterli mesafe dişin meziyodistal boyutundan kısa olduğu pozisyonudur.

Klas III: 3. molar diş tamamen veya çoğunluğu ramusun içinde yer aldığı durumdur.



Şekil 1.8. Klas I



Şekil 1.9. Klas II



Şekil 1.10. Klas III

3. molar dişin 2. molar dişin oklüzal düzlemiyle olan ilişkisine göre sınıflandırma (PELL & GREGORY, 1942):

Klas A: 3. molar dişin oklüzal planı, 2. molar dişin oklüzal planı ile aynı seviyededir.

Klas B: 3. molar dişin oklüzal planı, 2. molar dişin oklüzal planı ve servikal hattı içerisindedir.

Klas C: 3. molar dişin oklüzal planı, 2. molar dişin servikal hattının tamamen altındadır.



Şekil 1.11. Klass A



Şekil 1.12. Klas B



Şekil 1.13. Klas C

1.1.4. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişi Çekim Endikasyonları

Eski yıllara ait kaynaklarda yalnızca kemik bariyerini aşmış tamamen veya kısmen mukoza ile örtülü olan ve semptom veren veya komplikasyon oluşturan dişlerin çekilmesi önerilirdi (YÜCETAŞ & TÜRKER, 2004). Günümüzde ise, asemptomatik gömülü yirmi yaş dişlerinin çekimi, halen tartışmalı bir konu olmasına rağmen, genel kural spesifik bir kontrendikasyon olmadığı sürece tüm gömülü dişlerin çekilmesidir (HUPP et al., 2014).

Genç yaşta yapılan gömülü yirmi yaş dişi çekimleri işlem sonrası morbiditeyi düşürür ve iyileşmenin en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlar. Genç hastalar cerrahiye daha iyi tolere ederler ve daha çabuk iyileşirler ve günlük hayatlarına daha kısa sürede dönerler. Bu nedenlerle gömülü diş çekimlerinin 17-20 yaş aralığında yapılması önerilmiştir. Bu yaşlarda kemik yoğunluğu daha düşük olduğu için ve kök gelişimi henüz tamamlanmamış olduğu için dişlerin çekimi daha kolay olacaktır (HUPP et al., 2014).

1.1.5. Gömülü Alt Yirmi Yaş Dişlerinin Neden Olduğu Komplikasyonlar

Gömülü dişler çeşitli komplikasyonlara neden olabilirler. Bu komplikasyonlardan bazıları perikoronitis, komşu dişin distal yüzeyinde kemik kaybına neden olarak periodontal hastalık, komşu dişin kökünde rezorbsiyon oluşturmaları, diş çürüğü meydana getirmeleri, protez kullanımına engel olmaları,

odontojenik kist veya tümör oluşturmaları, çene kırıklarına sebep olmaları ve ortodontik tedaviye engel oluşturmalarıdır. Gömülü yirmi yaş dişleriyle ilişkili patoloji varlığıyla ilgili yeni bilgilerin elde edilmesiyle ve gömülülüğün potansiyel uzun dönem sonuçlarını daha iyi anlaşılmasıyla birlikte, bu dişlerin semptom göstermese bile çekilmesinin gerektiği öngörülmüştür (HUPP et al., 2014).

1.1.6. Gömülü Yirmi Yaş Dişi Çekiminin Postoperatif Komplikasyonları

Gömülü alt yirmi yaş cerrahisi sonrasında istenmeyen durumlar oluşabilmektedir. Bunlar:

- Ağrı
- Ödem
- Trismus
- İnfeksiyon
- Kanama
- Sinir hasarı (alveolaris inferior ve lingual sinir)
- Fraktür
- Komşu dişte hasar
- Temporomandibuler eklem hasarı (HUPP et al., 2014)

1.1.7. Alt Gömülü Yirmi Yaş Dişi Çekiminin Perioperatif Komplikasyonları

Alt gömülü yirmi yaş dişi cerrahisi sırasında meydana gelebilecek komplikasyonlar aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir;

- Yumuşak dokularda hasar meydana getirilmesi
- Çekilen dişin ya da kökün kırılması
- Dişin ya da köklerinin anatomik boşluklar içerisine kaçırılması
- Komşu dişin kırılması ya da hareketlendirilmesi

- Yanlış diş çekilmesi
- Alveol kırığı meydana gelmesi
- Kanama
- N. Alveolaris inferior veya N. Lingualisin yaralanması

Üçüncü molar dişlerin cerrahi olarak çıkartılması, rutinde sıklıkla uygulanan bir işlemdir ve bütün operasyonlar gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Hiçbir cerrahi operasyon için komplikasyon yaşanmayacağına garanti verilemez (CONTAR et al., 2010; HUPP et al., 2014).

Cerrahi ne kadar iyi planlansa da; bazı problemler öngörülemez biçimde meydana gelebilirler. Cerrah, cerrahi öncesi hastayı bu komplikasyon olasılıkları hakkında detaylı olarak bilgilendirmelidir. Hasta bilinçli bir şekilde bu cerrahi operasyonu isteyip istemediğine karar verebilmelidir. Cerrah, oluşabilecek herhangi bir komplikasyonun, çabuk ve doğru şekilde çözebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (CONTAR et al., 2010).

1.2. Anksiyete

1.2.1. Anksiyete Tanımı ve Genel Bilgiler

Anksiyete psikodinamik açıdan id (alt benlik), ego ve süper ego arasındaki çatışmanın bir göstergesi olarak ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen endişe ve huzursuzluk hali olarak tanımlanmaktadır (ÇİFTER, 1986). Anksiyete, sıkışma ve darlık anlamına gelen "angh" kökünden türetilmiştir, literatürde de bu şekliyle kullanılmaktadır. Türkçe'de ise anksiyete "bun", "bunaltı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tanımlanabilmektedir. (SÜRMELE, 1997)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ICD (International Classification of Diseases) sistemi ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sistemi olarak psikiyatride kabul gören iki büyük anksiyete

bozukluklarını tanımlama ve sınıflama sistemi vardır. Bu sistemlerin birbirine oldukça yakın olmasına rağmen DSM daha etkin ve baskın olan, daha çok tercih edilen sistem olma özelliğini halen korumaktadır (BERKSUN, 2003). DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre kaygı, içten gelen belirsiz bir korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalıtı duygusudur. Bir tehdidin ya da sadece tehdit olarak algılanan bir uyarıcının varlığı durumunda vücudun bir tür alarmıdır. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir. Kaygının patolojik özellikleri yanı sıra uyuma dönük işlevi de vardır. iç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı önlem alınmasını sağlar (APA, 1994).

Kaygı insanların günlük davranışında en sık gözlenen hallerden biridir. Herkes değişik derecelerde kaygı duyar ve hiç kaygı hissetmeyen kimse hemen hemen yoktur. Ancak kaygının türü ve derecesi önemlidir. Kaygı bireyin günlük yaşamının merkezi olur ve birey kaygı üzerine odaklanırsa, o zaman kişi normal yaşamını sürdüremez hale gelir (CÜCELOĞLU, 2006).

Literatürde anksiyete ve korku terimlerinin birbirleri yerine kullanılıyor olmaları nedeniyle ayırt edilmeleri güçtür. Korku, dış dünyadan gelen, nedeni bilinen, kesin ve iç çatışmadan kaynaklanmayan bir tehdide verilen yanıt olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete (kaygı-bunalıtı), bilinmeyen bir tehlikeye karşı bilinçaltında oluşan yoğun bir huzursuzluk ve endişe halidir (AY et al., 2005). Korku sayesinde tehdit edici unsura karşı gerekli önlemler alınmakta ve bu sayede yaşam güven içinde sürdürülmektedir. Anksiyete ile korku birbirine çok benzeyen iki duygudur ancak korkuda neden bellidir, kişi kendine korku veren şeylerden kaçma ve kurtulma yolları arar, anksiyetede ise kaynağın nereden geldiği her zaman belli olmadığı için kişi karmaşık tepkiler verebilir. Ancak bireyin anksiyete halinde gösterdiği fizyolojik tepkilerin niteliği korkuya verilen tepkilerle benzerlik göstermektedir (GÜNDÜZ, 2009). Kaygı ile korku arasındaki farka değinen araştırmacılar kaygının duygusal bir süreç, korkunun ise bilişsel bir süreç olmasına dikkat çekmiştir. Yani korku, tehdit edici uyarana karşı zihinsel bir değerlendirme, kaygı ise bu değerlendirmeye verilen duygusal tepkidir (BECK et al., 2006).

Kaygının üç temel bileşeni vardır. Bunlar:

1. Endişeli-rahatsız edici düşünceler ve hisler: Kaygının bu bileşeninde, dış bir sebeple oluşan panik duygusu ve katastrofik imgelerle ve düşüncelerle oluşan bellek ve dikkat eksiklikleri vardır. Problem çözümündeki yetersizlikten ötürü performansta bozulmaya neden olurlar.

2. Bedensel tepkiler: Sempatik sinir sisteminin aşırı çalışması; anormal derecede uzun ve derin solunuma ve kalp hızında artışa neden olur. Kaygıya bağlı olarak oluşan diğer fiziksel belirtiler ise, gerilim tipi baş ağrısı, yorgunluk ve uykusuzluktur.

3. Davranış değişiklikleri: Kaygı, rahatsız edici durumlardan kaçmaya ve bu durumlardan kaçınmayı öğrenmeye sebep olur. Hem kaçma hem de kaçınma, benzer bir durumla yüzleşmeyi daha güçleştirir ve güvenin kaybolmasına neden olur. Kaçınma, rahatsız edici düşüncelerden bilişsel kaçınmayı ve görevlerden kaçınmayı kapsar; aktivitelerde ve performansta azalmaya neden olur. Kaygının bileşenleri birbirleriyle etkileşim içerisindedirler. Kaygının fiziksel belirtileri kaygılı düşünceleri beslemekte, kaygılı düşünceler de endişeli hislerde artışa neden olmaktadır (FRANCE & ROBSON, 1997).

1.2.2. Anksiyete Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar

Günümüzde insanların neden anksiyete bozukluğuna yakalandıkları tam olarak bilinmemektedir. Ancak anksiyete bozukluğu olan kişilerin tepkilerinin, tehdit olarak algıladıkları durumlarda yetersizlik duygularına kapıldığı ve bu duyguları yansıttığı görülmektedir. Anksiyete bozukluklarını anlamaya yönelik olarak açıklayıcı kuramlar vardır. Bunlar:

1.2.2.1. Psikanalitik Yaklaşım

Freud'un ortaya attığı fikirlerle temelleri oluşan psikanalitik görüşte anksiyete oluşması bilinç dışı tehdit ve uyaranlarla olmaktadır. 1970'li yıllara kadar bu kuram geçerliliğini korumuştur (BERKSUN, 2003; STEIN et al., 2009). Anksiyete hakkındaki ilk kuramında Freud, açığa çıkamayan dürtülerin anksiyeteye dönüştüğünü söyler. Cinsel engellenmeler, dış tehditler nedeniyle olabilir ve dürtü kontrolünün kaybedilmesi korkusu ile sonuçlanabilir. Uyarıların bastırılması ve kontrolün kaybedilmesi korkusu ise anksiyeteye neden olabilir. Freud daha sonra bu kuramın yetersizliğini görmeye başlamış ve anksiyeteyi nevrozun bir parçası olarak tanımlamıştır. Sonraki çalışmalarında ise, anksiyetenin doğal olduğunu, biyolojik olarak yaşamı devam ettirmek için gerekli olan bir cevap mekanizması olduğunu söylemiştir. Cinsel enerjinin anksiyeteye dönüşmesi kavramını terk etmiş ve anksiyetenin tehdit sonucu ortaya çıktığını söylemiştir (EBERT et al., 2003).

Freud'a göre insan davranışlarının tümü uyum sağlamaya yöneliktir. Hiçbir davranış rastlantısal değildir ve organizmanın yaptığı herşey yaşamı sürdürme çabasının farklı biçimleridir. Burada kaygının rolü ise, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı kişiyi uyararak, gerekli uyumun sağlanması ve yaşamın sürdürülmesini sağlanmasıdır. Freud kaygıyı; gerçeklik kaygısı, ahlaki kaygı ve nevrotik kaygı olarak üç türde incelemiştir. Gerçeklik kaygısı, dış dünyadaki gerçek bir tehlike karşısında yaşanmakta olan kaygı ve korkudur. Korku ile eş anlamlıdır. Vicdani kaygı, egoda suçluluk ya da utanç duygusu yaratır. Özellikle süperegonun vicdan diye bilinen bölümünün tehlikeli saydığı durumlarda ortaya çıkar. Nevrotik kaygı, içgüdülerden gelen tehlikenin algılanması ile ortaya çıkar. Bu, ego içgüdülerin birden boşalma istemlerini engelleyemezse sonucun ne olabileceği korkusudur. Nevrotik kaygı ruhsal aygıtın bileşenlerinden olan id ve ego arasındaki yaşanan çatışma sonucunda ortaya çıkmaktadır. Nevrotik kaygı da Bağlantısız kaygı, Fobik kaygı ve Panik kaygı olmak üzere üç türe ayrılmaktadır. Bağlantısız kaygı, o anda ortaya çıkabilecek herhangi bir duruma bağlanmaya hazır genel bir kaygı durumudur. Bu tür kaygıyı yaşamakta olan kişi sürekli korku içindedir ve karamsardır. Fobik kaygı, belirli bir nesne ya da durum karşısında mantık dışı olarak kaygı duyulmasıdır.

Panik kaygı ise çarpıntı, nefes alma güçlüğü, bayılıyormuş gibi hissetme, terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra kişide kontrolü kaybetme hissi ve ölüm korkusu olarak gözlenen kaygıdır (GEÇTAN, 2004).

1.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışçı psikologlar normal dışı davranışların, aynen diğer davranışlar gibi öğrenilmiş olduğunu savunurlar. Öğrenmenin temelinde, ödül elde edilmesi ya da ağrıdan kaçınılması gibi davranışların desteklenmesi yatar. Öğrenme kuramına göre, bir anksiyete bozukluğu, gelişim sırasında anksiyete oluşturan olaylarla çevresel faktörlerin birlikte olması durumunda gelişir. Yaygın anksiyete bozukluğunun oluşumunda endişe ve korku yatar ve aralıklı olarak olumsuz pekiştirmeler tekrarlanır. Yapılan pek çok araştırma kaygı ve korkuların temelinde koşullama süreçlerinin bulunduğuna işaret etmektedir. Hayvanlarla ve insanlarla yapılan laboratuvar deneylerinden sağlanan önemli miktarda bulgu, nötr bir nesneyle korkutucu bir durumun birleşmesinin nötr nesneden korkulmasına yol açtığını göstermektedir. 1920 yılında yapılan "Albert" deneyi, bu araştırmaların bir örneğidir. 11 aylık olan Albert boş bir odada fareyle biraraya getirilmiştir. Albert fareden korkmamış aksine ona gülümsemiştir. Daha sonra araştırmacılar çocuğa her fare gösterdiklerinde demir çubuklarla şiddetli bir gürültü yapıp, çocuğun aslında bu gürültüden korkmasını sağlamışlardır. Burada gürültü çocuğun korkması (doğal tepki) için doğal uyarıcı, fare ise koşullu uyarıcıdır. Bir süre sonra çocuk fareyi her görüşünde koşullu bir tepki göstererek korkmaya başlamıştır ve böylece korku davranışı öğrenilmiştir (ATKINSON et al., 2010; CÜCELOĞLU, 2006; EBERT et al., 2003; FELDMAN, 2000). Davranışçı yaklaşımı savunan psikologlar korkuların öğrenildikleri gibi unutturulmasının da mümkün olduğunu savunmaktadırlar (DO, 2004).

1.2.2.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel görüşlerde, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında bilişsel sürecin rol oynadığı düşünülmektedir. Bilişsel öğrenme taraftarı psikologlara göre klasik ve edinsel koşullamanın temelinde yatan çağrışım ilişkisi yetersizdir. Onlara göre öğrenmenin temelinde organizmanın algılaması, hatırlaması, düşünmesi gibi süreçler yani bilişsel süreçler yatar (CÜCELOĞLU, 2006).

Anksiyete bozuklukları ile ilgili bilişsel bir analiz, anksiyetesi olan kişilerin durumlar ve potansiyel tehlikeler hakkındaki düşünme tarzları üzerine yoğunlaşır. Bu görüşe göre, anksiyete ve depresyon gibi anormal duygusal durumlar, kişinin gelecek, dünya ve kendisi ile ilgili çarpıtılmış inançlarının bir sonucudur. Bu nedenle anksiyete bozuklukları, tehlikeli ve hayatı tehdit eden olayların gerçekçi olmayan bir şekilde yanlış yorumlanmasının sonucudur. Bu kemikleşmiş inaçlar, iç ya da dış olaylara karşı otomatik biçimde anksiyete yanıtıyla sonuçlanır. Bu gibi anormal düşünce gelişimi belirgin biçimde anksiyete bozuklukları belirtilerini oluşturur (EBERT et al., 2003). Kişi devamlı tetikte, tehlike belirtileri arayan biri haline gelir. Örneğin, evdeki ani bir gürültü hırsız olarak yorumlanır, caddeden gelen ani bir gürültü, bir fren sesi bir çocuğun tehlikede olduğu anlamına gelir. Bu devamlı tetikte olma ve zarar bekleme hali vücudun sürekli olarak tehlike için seferber edilmesi ile sonuçlanır. Titreme, kalp atışlarının hızlanması, el terlemesi, kas gerilmesi gibi savaşa ya da kaçma tepkisine gösterilen karakteristik psikolojik tepkiler çok sık görülür (ATKINSON et al., 2010).

1.2.2.4. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu görüşe göre; anksiyetenin oluşması insanın varlığının ortadan kalkabileceği korkusuna dayanmaktadır. İnsanlar durumları direkt olarak kendi benliğine tehdit olarak algılarlar (ÖZTÜRK & ULUŞAHİN, 2008). Bireyin var olmasının getirileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan çatışma üzerinde durmaktadır. Bireyin ölüm, özgürlük,yalıtım ve anlamsızlık gibi hayat gerçeklerinden biriyle karşı

karşıya kalması varoluşçu dinamik çatışmanın içeriğini oluşturmaktadır (YALOM & BABAYIĞIT, 2001).

1.2.2.5. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı

Sullivan, Freud gibi kaygıya kuramında büyük yer vermiştir. Fakat kavramı daha farklı ele almıştır. Freud kaygının kişiden kaynaklanan nedenlerine yönelmişken Sullivan ise kişiler arası ilişkilere dikkat çekmiştir (BURGER, 2006). Ona göre davranışlarımız içgüdüler ile değil sosyal süreçler ile şekillenir. Kaygı bebeklikte bile ortaya çıkabilir ve her yaşta sağlıklı kişiler arası ilişkileri engelleyici etki yapmaktadır. Kaygının ana kaynağı anne bebek ilişkisidir (İNANÇ & YERLIKAYA, 2009). Sullivan'a göre, anksiyete anneden çocuğa empati yoluyla geçmektedir. Yani annenin bakışları, ses tonu ve genel yaklaşımı bu geçişi sağlamaktadır. Anneden anksiyetenin geçmesiyle çocuk, parataksik düşünce bağlantıları kurmakta, yakın çevresindeki diğer insanlara karşı anksiyete duygusu geliştirmekte ve kendisi için anksiyete yaratan durumlardan uzak durmayı öğrenmektedir (GEÇTAN, 2004).

1.2.2.6. Biyolojik Yaklaşım

Son yıllarda anksiyete bozukluklarının oluşmasında biyolojik faktörlerin de rol oynadığına değinilmiştir. Kalıtımsal geçiş, organizma işleyişi, sinir sistemi, genetik yapı ve endokrin sistemde ortaya çıkan hatalardan kaynaklandığı düşünülmüştür. Anksiyete bozukluklarının aynı ailede birden fazla kişide görülme eğilimi vardır. Tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan araştırmaların sonucunda panik atak görülmesinde kalıtımsal geçişin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (ATKINSON et al., 2010).

1.2.3. Anksiyetenin Belirtileri

1.2.3.1. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin ya abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi), ya da normal işlevlerin inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur. Kişi kendini rahatsız eden düşünce ve duygulardan rahatsızlık duyar. Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır:

Duyusal-Algısal Belirtiler; Normal bilişsel belirtilerin görsel bileşenlerle bağlantısının kesilmesi burada önemli rol oynar. Kişi “sanki” ile açıkladığı algısal sapmalar yaşar. Aklın sisli, bulanık olması; çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali (hipervijilans), kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışılık duygularıdır (AKBULUT, 2011).

Kavramsal zorluklar:

Hafif bir sıkıntı hissinden, şiddetli bir kontrolünü kaybetme, çıldırma ya da ölüm korkusuna kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan duygusal belirtilerdir. Beklenen olası tehlikenin olabilirliği ne kadar fazlaysa, hastanın korkuları da o oranda yoğun şekilde izlenir. Kontrolü kaybetme korkusu, başa çıkamama korkusu, yaralanma ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkaları tarafından negatif değerlendirilme/dışlanma, beğenilmeme korkusu, tekrar eden olumsuz düşünceler, endişeler, korku veren gerçek dışı görsel algılar ve bilişsel sapmalardır (distorsiyon) (ÖNER & LECOMPTE, 1998; STEIN et al., 2009).

Düşünce zorlukları:

Önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), düşüncede duraksamalar ve kesintiler (blok), objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür (TASDEMİR, 2012).

1.2.3.2. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde görülür. Davranışsal belirtiler; Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz dona kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğudur. Bu davranışlar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı ile ortaya çıkar. Ancak sonrasında anksiyeteyi arttırıcı özellik göstermeye başlarlar . (CIMILLI, 2001; ÖNER & LECOMPTE, 1998) .

1.2.3.3. Duygusal Belirtiler

Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır. Bu duygular; korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizliktir (AKBULUT, 2011).

1.2.3.4. Fizyolojik Belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar. Örneğin kalp hızı, kan basıncı, solunumda izlenen artışlar kişinin tehlikeden kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler. Fizyolojik belirtilerin başlıcaları şunlardır.

- Kalp-Damar Sistemi Belirtileri; çarpıntı, kalp hızında artma, arteriel kan basıncı değişiklikleri (düşme ya da yükselme), bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi

- Solunum Sistemi Belirtileri; solunum sayısında artma ve derin soluma, bazen kalp krizini çağrıştırarak düzeyde yaşanan göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi, nefes darlığı, hava açlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşial spazm

- Kas-İskelet ve Sinir Sistemi Belirtileri; kaslarda gerginlik, spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında daha fazla olmak üzere seyirme, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, kâbuslar, ertesi gün dinlenmemiş şekilde uyanma

- Sindirim Sistemi Belirtileri; karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, nöbetler şeklinde yaşanan acıkma ya da susama

- Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri; sık idrara çıkma, idrar miktarında artma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, cinsel soğukluk

- Cilt Belirtileri; yaygın terleme, lokal terleme (avuç içi gibi), soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması (AKBULUT, 2011).

1.2.4. Kaygı Türleri

Sürekli ve durumluk kaygı olarak birbirinden farklı özellikleri bulunan iki tür kaygı bulunmaktadır. Bu anlayış ilk kez 1958 yılında faktör analizi çalışmalarıyla ileri

sürülmüştür. Daha sonra Spielberger iki faktörlü kaygı kuramının temelini oluşturmuştur (SPIELBERGER, 1966). Sürekli ve Durumluk kaygı fizikte farklı iki tür enerji çeşidi olan potansiyel ve kinetik enerjiye benzetilmiştir. Durumluk kaygı kinetik enerjiye, sürekli kaygı ise potansiyel enerjiye benzetilmiştir. Çünkü kinetik enerji belirli bir zamanda oluşan enerji türüdür. Benzer şekilde durumluk kaygı da belirli bir zamanda ortaya çıkan bir kaygı türüdür. Potansiyel enerji ise maddenin belirli bir reaksiyonu gösterme yatkınlığıdır. Kaygının oluşmasına neden olduğu düşünülen bu gizli güce (potansiyele) ise sürekli kaygı benzetmesi yapılmıştır (ÖNER & COMPTE, 1985).

1.2.4.1. Durumluk Kaygı

Doğal koşulların dışında, belirli durumlarda bireyin benliğinin ya da çıkarlarının tehdit edildiği durumlarda ortaya çıkan subjektif korkudur. Söz konusu olan tehdit unduru ortadan kalkınca; tedirginlik, gerginlik, duyarlık, korku ya da mutsuzluk yok olur. Örneğin bir sınava girerken yaşanan kaygı ya da bir sporcunun spor karşılaşmasına çıkmadan önce soyunma odasında hissettiği kaygı durumluk kaygıya örnektir. Bireyde fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda anlık kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalktığında ise düşme olur (ÖNER & COMPTE, 1985). Durumluk kaygıyı yaşayan birey gözlenebilen çeşitli davranış kalıpları gösterir. Bu davranışsal belirtiler; sinirsel huzursuzluk, dudakları yalama, koparma, avuçlarını tişörtüne veya pantolonuna sürme, solunumsal değişikliklerdir (ÖNER, 1977).

1.2.4.2. Sürekli Kaygı

Sürekli kaygı, “çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk, vesvese-endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlılık gösterme ve yoğun

heyecansal reaksiyonlarda bulunma eğilimidir” şeklinde tanımlanır. Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları çoğunlukla stresli olarak algılama ya da o durumu stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Sürekli kaygı için objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu da denilebilir. Sürekli kaygı doğrudan gözlenemez. Ancak farklı zamanlarda ve şartlarda görülen durumluk kaygı ve reaksiyonlarının şiddetinden ve sıklığından çıkarılabilir. Sürekli kaygısı yüksek olan kişiler kolay incinebilirler ve karamsarlığa bürünebilirler. Aynı zamanda bu bireyler durumluluk kaygısını diğer bireylerden daha çok yaşarlar. (ÖNER & COMPTE, 1985).

1.2.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

- Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
- Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu
- Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi
- Özgül Fobi
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Posttravmatik Stres Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Genel Tıbbi bir Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu
- Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (GÜNDÜZ, 2009)

1.2.5.1. Özgül Fobi

Kişilerin belirli cisimlerden, durumlardan aşırı derecede korku duyması ve bu durumlardan uzak durmasıdır. Özgül fobiler; hayvanlar, yükseklik, fırtınalar, karanlık, kapalı dar yerler, uçak, yüzme, diş hekimi ya da kan görme gibi özgül durumlar üzerinde odaklanmış ve bunlarla sınırlıdır. Özgül fobiler diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi kişinin hayatını güçleştirmektedir (GÜNDÜZ, 2009; KILIÇ, 2015).

1.2.6. Dental Anksiyete

1.2.6.1. Dental Anksiyetenin Tanımı

Genel anksiyete kavramı göz önüne alınırsa dental anksiyete, diş tedavileri ve diş hekimine karşı gelişen korku ve kaygı durumu kişiyi etkisi altına alınca kişide beliren rahatsızlık hissi olarak ifade edilebilir (ARMPFIELD et al., 2006a). Dental anksiyete pek çok klinik anksiyete bozukluklarıyla, özellikle de spesifik korku ve fobi tipleriyle benzer özellikler taşımaktadır. Dental anksiyetenin de fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenleri bulunmaktadır (CORAH, 1969). Yapılan birçok çalışmada dental anksiyetenin korkudan izole edilemeyeceği görüşü çıkmaktadır (NEVERLIEN & JOHNSEN, 1991). Dental korku gerçek, çabuk oluşan spesifik uyarılar (huzursuzluk) tarafından tetiklenirken, anksiyete herhangi bir tehlike (tehdit) olmadan, belirsiz ve ani oluşmayan bir durumdur. Ancak bireyin duygusal tepkileri her ikisinde de aynıdır (JAAKKOLA et al., 2009). Dental fobi DSM-IV-TR'de özgül fobi olarak sınıflandırılmıştır. Şiddetli dental korku ve dental fobi arasındaki başlıca fark normal işlevselliğin üzerindeki etkisiyle ilişkilidir (KVALE et al., 2002).

Modern diş hekimliğindeki tüm teknolojik gelişmelere karşın dental tedavilere ait anksiyete ve tedavi sırasındaki ağrı korkusu devam etmektedir (DEMİRALP, 2010). Diğer işlemlerle karşılaştırıldığında diş çekimi ve ağız cerrahisi girişimlerinin

hastalar için en büyük kaygı nedeni olduğu bildirilmiştir (MUĞLALI & KÖMERİK, 2005; YUSA et al., 2004).

1.2.6.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Diş hekimliği korkusu ve kaygısı, randevu alma işlemi, tedavi öncesi bekleme odasında bekleme, dental tedavi sırasında kullanılan aletler ve/veya yapılan işlemlere karşı gelişebilmektedir. En fazla korku ve kaygıya neden olan etkenler; dental enjektörün görülmesi, enjeksiyon işlemi ve aerotör kullanımındır (ERTEN et al., 2006; TAANI, 2001).

Bu anksiyetenin etiolojisinde rol oynayan faktörler; karakter özellikleri, doğrudan şartlanma, dolaylı şartlanma ve sınıflandırılmayan diğer etmenler olarak dört grupta incelenmektedir (KÖROĞLU & DURKAN, 2010).

Hastaların dental korkuları ve travmatik dental deneyimleri doğrudan şartlanma faktörünü ortaya çıkartmaktadır. Olumsuz deneyim, tedavi sırasında duyulan ağrı, diş hekiminin davranışları veya diğer hoş olmayan durumlar olabilir. Bu deneyim, korku veya anksiyete yanıtları için tetiği çeken bir başlangıç uyararı görevi görür (ELI et al., 1997; KÖROĞLU & DURKAN, 2010).

Kişilik özellikleri, ruhsal farklılıklar ve değişen reaksiyon eğilimleri doğrultusunda ayırıcı olmaktadır (KÖROĞLU & DURKAN, 2010). Çocuklukta nevroitik özellikler, geçmiş psikiyatrik öykü, ailenin diğer fertlerinde özellikle de annede dental tedavi korkusu bulunması, dental fobi gelişiminde etken olarak sayılabilir (LAUTCH, 1971). Nevrotik bireyler göreceli olarak daha durağan bir kişiliğe sahiptir. Nevrotik kişilik özelliği sergileyen bireylerde anksiyete, korku, üzüntü, utanç ve suçluluk duygusu gibi bazı negatif deneyimler daha sık görülmektedir (ECONOMOU, 2003).

Aile, toplum, medya ve çevre koşulları dental korku ve kaygı gelişiminde dolaylı şartlanmaya neden olur (KÖROĞLU & DURKAN, 2010). Anksiyete ve korku, gözlemlene, kendiyile özdeşleştirme ve telkin yoluyla rol modellerden öğrenilerek indirek şartlanmayla benimsenir (ELI et al., 1997).

Kontrol kaybı duygusu, hekimin yabancı bir insan olması düşüncesi, tedavi işlemleri konusundaki belirsizlikler ise dental anksiyetenin etiolojisinde rol alan diğer faktörlerdir (KÖROĞLU & DURKAN, 2010).

1.2.6.3. Genel Tutum ve Anksiyete Azaltıcı Tedavi Protokolü

1. Güven sağlama

- Doğru bilgi ile kişiyi tam olarak bilgilendirme
- Kontrol sağlama
- Yüksek oranda olabilecek olasılıklardan bahsetme

2. Spesifik farmakolojik destek

- premedikasyon uygulanması
- nitroz oksit sedasyonu yapılması

3. Başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi

- Dikkatin dağıtılması (distraction)
- Rahatlama
- Hipnoz (DEE JONGH et al., 2005).

1.2.6.4. Dental Anksiyete Ölçüm Yöntemleri

Dental anksiyetenin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçekler (EROL, 2017):

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

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

STAI (state-trait anxiety inventory) testi; Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan bir testtir (SPIELBERG et al., 1970b). 1974-1977 yıllarında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Klinik olarak anksiyetenin teşhis edilmesinde ve depresif sendromlardan ayırt edilmesinde kullanılabilir (ÖNER & COMPTE, 1985). Diş hekimliğine özgü bir anket değildir. Ancak diş hekimliğinde yapılan çalışmalarda çok sık kullanılmıştır (FUENTES et al., 2009).

STAI-I (Durumluk Kaygı Envanteri): ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmek için kullanılır. 20 maddeden oluşan bir envanterdir.

STAI-II (Sürekli Kaygı Envanteri): belirgin bir sebep olmadan ortaya çıkan, durumluk kaygısına göre durağan ve sürekli olan kaygıyı ölçmede kullanılan 20 maddeden oluşan envaterdir (SPIELBERG et al., 1970a).

Ölçeğin maddelerini okurken o anki duyguların şiddetine göre; 1- Hiç, 2- Biraz, 3-Oldukça, 4- Tamamiyle seçeneklerinden bir tanesinin işaretlenmesi gerekir (ÖNER, 1977). Ölçek değerlendirilirken 20-39 puan arası düşük, 40-59 puan arası orta, 60-80 puan arası değerler yüksek anksiyete skoru olarak kabul edilebileceği bildirilmiştir (ÖNER & COMPTE, 1985).

1.2.6.4.2. Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale: VAS):

Kelimelerin ve dijital verilerin kullanılmadığı durumlarda ideal bir ölçüm metodudur (AITKEN, 1969). Görsel Analog Skala ‘‘0’’ ile ‘‘10’’ arasında değerlerin bulunduğu 10 cm’lik bir çizgi üzerinde kişinin ağrı seviyesini skorlamasıyla kullanılan basit bir ölçektir. ‘‘0’’ ağrı olmadığını, ‘‘10’’ ise maksimum derecedeki ağrıyı ifade etmektedir (ERDINE, 2000).

1.3. Ağrı

1.3.1. Ağrının Tanımı

Literatüre bakıldığında farklı araştırmacılar tarafından yapılmış bir sürü ağrı tanımı görülmektedir. 1994’te Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı ‘vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu’ olarak tarif etmiştir. Bu tanım tüm dünyada kabul edilmiş ve geçerlidir (MORGAN & MIKHAIL, 1996; YÜCEL, 1997).

Ağrı tanımlamasında kullanılan tanımlar (ALDEMİR, 2000; AYDIN, 2002; KAYHAN, 2004; GE. MORGAN & MIKHAIL, 1996):

Allodini: ağrı olmaması gereken dokunmayı, ağrı olarak algılama

Analjezi: ağrı duyusunun olmaması

Anestezi: ağrı dahil bütün hislerin kaybı

Anestezi dolorosa: duyu kaybı olan bölgede ağrı

Dizestezi: uyarı ile veya uyarısız olarak nahoş ve anormal duyu

Hipoaljezi: ağrılı uyaranlara azalmış reaksiyon

Hiperestezi: ağrılı uyaranlara artmıő reaksiyon, sensoryal liflerin aşırı duyarlılığı

Hiperpati: hiperestezi, allodini, hiperaljezi+artmıő reaksiyon+uyarı kesildikten sonra da duyunun devamı

Hipoestezi: azalmış cilt duyarlılığı (hafif dokunma, bası ve ısıya karşı)

Kozalji: periferik sinirlerdeki tahribat sonucu gelişen, yanıcı karakterdeki ağrıdır. İlgili bölgeye çok hafif dokunma bile ağrı oluşturabilir.

Nöralji: bir spinal veya kranial sinirim dağılım alanında görölen, tekrarlayıcı, şiddetli ve genellikle ilgili cildin uyarılması le başlayan bir ağrıdır.

Parestezi: belirli bir bölgede, herhangi bir uyarı olmadan, spontan olarak iğnelenme, karıncalanma veya uyuşma hissedilmesidir. Dorsal kök, periferik sinir veya sanral sinir sistemi irritasyonuna bağlı olabilir.

Radikülopati: bir veya birden fazla sinir kökünün anormal fonksiyonu

Hiperaleji: zararlı uyarılara abartılı reaksiyondur.

Fizyolojik ağrı: Doku hasarı yapabilecek şiddete yakın, ancak belirgin bir enflamasyon ya da sinir hasarı uyarılarının neden olduğu duyu şeklidir. Mekanik, kimyasal veya termal uyarıların etkileri, bası, yanma, sıcak ve soğuk şeklinde algılandıkları derecenin biraz üstüne çıktıklarında artık ağrı olarak algılanmaktadır.

Patolojik ağrı: doku enflamasyonu ve sinir hasarı sonunda ortaya çıkmaktadır.

1.3.2. Perioperatif Ağrı Kontrolü

Yirmi yaş dişlerinin gömülü kalma sıklığı fazla olduğundan ve cerrahi operasyonun çoğunlukla genç yaşlarda uygulanmasından dolayı, hastalar için endişe verici olmaktadır. Hastalar genellikle operasyona giderken endişe ve ağrı algısını yükseltecek düzeyde anksiyete duyarlar (AYDINTUĞ et al., 2008; KÖYMEN, 2008). Bu nedenle, ağrı kontrolünde mükemmelliğe ulaşmak, diş hekimliğinde en önemli hedeflerden biridir (MALAMED, 2011). Lokal anestezi, özellikle ayakta tedavi edilen hastalarda oral cerrahi uygulamalarında ağrı kontrolünün temelini oluşturmaktadır (MEECHAN, 2008).

1.3.3. Lokal Anestezi

Lokal anestezikler sinir iletimini reversibl olarak kesen ilaçlardır. Klinikte lokal anestezik olarak kullanılan ajanlar aminoesterler veya aminoamidlerdir. Sinir iletimini

bloke eden diğer ajanlardan lokal anesteziğin temel farkı blokajın geri dönüşümlü olması ve sinir lifi veya hücresinde hiç bir hasar oluşturmamasıdır. Bu ilaçların primer etkisi periferik sinirde iletim mekanizmasını inhibe etmektir. Lokal anesteziğin sistemik olarak verilirse santral sinir sisteminde impulsların iletimi (kardiyovasküler fonksiyon, iskelet ve düz adaleler) ve kalbin özel iletim sistemini etkileyebilir (KÖYMEN, 2008).

Diş hekimleri maksillada çalışırken, ağrısız cerrahi işlemleri kolaylıkla gerçekleştirebilmektedirler. Çünkü maksillanın pörözlü yapısı, anestezi tekniklerinin başarılı olmasına izin verir. Maksiller dişleri kök uçlarını çevreleyen kemik yoğunluğunun düşük olması, büyük sinir dallarına ulaşımın kolay olması; iyi eğitilmiş bir uygulayıcının başarı şansını %95 ve yukarısına taşımaktadır (HAAS, 2011; MALAMED, 2011; MALAMED, 2014). Ancak mandibulada durum farklıdır. Mandibuladaki dişlerin anesteziğini istikrarlı bir şekilde sağlamak zordur. Kortikal kemiğin dış tabakası kalın ve pörözsüzdür. Bu yüzden tedavi edilecek dişin uzağında bir bölgeden sinirin bloke edilmesi gerekir (ASLANTÜRK, 2013; HAAS, 2011; MALAMED, 2011; YADAV & KUMAR, 2010).

Alt çene 20 yaş diş cerrahisinde N. Alveolaris inferiorun blok anestezi ve N. Buccalis anestezi uygulanır. N. alveolaris inferiorun blokajı o tarafta orta hatta kadar dişlerin ve kemiğin, dudak, premolar bölgeden ön tarafta kalan dişeti ve mukozanın, çene derisi ve subkütan dokuların hissizliğini sağlar. Genellikle bu anestezi sırasında lingual sinir blokajı da yapıldığı için lingual dişeti, ağız tabanı ve dilin 2/3 ön kısım da uyuşmuş olur. Mandibular anestezi için pek çok metod önerilmiştir. N. Buccalis ise alt molar bölgede dişlerin bukkal dişeti için uygulanır (PETERSON et al., 1988).

Çeşitli tipte sinir liflerinin lokal anesteziğe farklı hassasiyet göstermesi; sinirin çapı, miyelinizasyon oranı, fizyolojik ateşleme hızı ve anatomik yerleşimi gibi birçok faktörden etkilenir. Kalın bir sinir gövdesinin periferindeki lifler, yüksek konsantrasyonlara daha erken maruz kaldıkları için, ortadaki liflere oranla daha hızlı bloke edilirler (KÖYMEN, 2008). Ağrı duyusunu ileten A-delta ve C lifleri gibi küçük çaplı ve iletim hızı yavaş lifler daha erken bloke olurlar. Bu nedenle anestezi

yapıldığında, en önce ağrı duyusu kaybolur; sonra sırasıyla sıcaklık duyusu, dokunma duyusu ve en son olarak derin basınç duyusu (proprioepsiyon) kaybolur. Uygulama yerinden absorpsiyonla uzaklaşırken duyuların geri gelmesi bunun tersi sırayla olur ve en son ağrı duyusu döner (FİLİZ, 2012).

Düşük yoğunlukta kullanıldıklarında C lifleri ile ince ve orta kalınlıktaki A- δ lifleri bloke olduğundan ağrı ve ısı duyusu kaybolmakta; dokunma, proprioseptif ve motor fonksiyon etkilenmemektedir (KAYHAN, 2004; GE MORGAN et al., 2008). Lokal anestezi altında diş çekimi sırasında ağrı hissedilmemesine rağmen baskı ve dişin yerinden çıktığı hissedilebilir. Özellikle alt 20 dişlerinin çekimi sırasında kemiği daha kortikal yapıda olmasından dolayı baskı hissi daha fazla hissedilebilir.

1.3.4. Ağrı Ölçüm Yöntemleri

Ağrı, tarifinden de anlaşılacağı gibi sonuçta subjektif bir duygudur. Bu nedenle objektif yöntemlerle kolaylıkla ölçülemeyebilir. Yine de değişik ağrı ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Ağrı ölçüm yöntemleri üçe ayrılır: Skalalar, fizyolojik ve davranışsal ölçümler, çok boyutlu ölçümler. Bunlar arasında en yaygın olarak skalalar kullanılmaktadır. Skalalar, sözel tanımlayıcı ağrı sorgulamaları ve görsel ağrı sorgulamaları olmak üzere ikiye ayrılır. Sözel ağrı sorgulamaları ülkeden ülkeye ağrı ifade biçimleri değişkenlik gösterdiğinden her dilde kullanılması mümkün olamamıştır. Görsel yöntemler içerisinde vücut diyagramları, yüz skalaları, Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS) bulunmaktadır (ERDINE, 2000; ESEN et al., 2005).

1.3.4.1. Vizüel (Görsel) Analog Skala-VAS

Vizüel Analog Skala (VAS, görsel ağrı skoru), ağrı derecesinin belirlenmesinde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden bir tanesidir. VAS, yatay veya dikey ekseninde çizilmiş 10 cm (veya 100 mm) uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Bu 10 cm'lik

düz çizgi üzerinde "0" ağrısızlığı, "10" ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Hasta bunu kendisi tanımlayacağı için geçmişteki bir ağrı deneyimini geçirdiği bir ağrıyı gözünün önüne getirmesi, bunu 10 olarak kabul etmesi ve ona göre ağrıyı değerlendirmesi istenir (ERDINE, 2000; MEHTA et al., 2008).

1.4. Anksiyete ve Ağrı Kontrol Aracı Olarak Müzik

1.4.1. Müziğin Tanımı

Müzik, dünya üzerindeki tüm toplumlarda var olan, dil kadar kültürel ve evrensel bir yaratıcı sanat biçimidir. Bu tanımda geçen “evrensel” kelimesi, müziğin dünya üzerinde her yerde var olması özelliğini yansıtmaktadır (ÖZTÜRK et al., 2009). Müziğin, insanlık tarihi boyunca çeşitli kültürlerde insan duygularını etkilemek, kendini ifade etmek ve hastalıkları tedavi etmek amacı ile kullanıldığı bilinmektedir. Müzik, insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır ve insan üzerindeki etkisinin çok yönlü olması, tedavide de kullanılmasına neden olmuştur (COVINGTON, 2001; KÖMÜRCÜ, 1999).

1.4.2. Tedavi Yöntemi Olarak Müzik

Amerikan Müzikterapi Birliği'nin 1997 yılında yaptığı tanıma göre müzik terapi; bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dalıdır (COLWELL et al., 2013).

Müzik terapi en eski tedavi yöntemlerinden biri olup, dört bin yıldan beri çeşitli kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir (ESCH et al., 2004). Tarihin bilinen ilk hekim modeli oldukları düşünülen Şamanların ritim, müzik ve dansın etkisiyle insanları adeta hipnotize ederek tedavi etmeye çalıştıkları bilinmektedir (GÜN & ŞAHİNOĞLU, 2011; SEZER & ATICI, 2010). Eski Yunanlılar'da da “Paignon” denilen müzikal parçaların bir avuntu ve ilaç olarak

hastalıklardan ve dertlerden kurtulmada etkili olduğuna inanılmaktadır. M.Ö. 585-500 yıllarında yaşayan Pythagoras, mutsuzluk ve çabuk öfkelenmeyi melodilerle tedavi edebilmenin yollarını aramıştır (EELLS, 2014; KARAKUL, 2014). Eski Roma’da ise Celcus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırdığı, ruh hastalıklarına iyi geldiğini ifade etmiştir (BAL, 2001).

Müziğin terapötik olarak kullanılması 18. yüzyılın erken dönemlerinde Paragiter tarafından ve 1830’da Dogiel tarafından başlatılmıştır. Sonra müziğin kan dolaşımına ve kan basıncına etki ederek fizyolojik cevapları etkilediği fikri öne sürülmüştür (LE SCOURANEC et al., 2001; UYAR & AKIN KORHAN, 2011). Thomas Edison’un 1877’de fonografi buluşu ve 1886’da disk kayıt cihazını geliştirmesi ile hastalar üzerinde müziğin etkisi incelenmeye başlanmıştır. Müzik 20. yüzyılın ilk yarısında hastane ortamında kullanılmaya başlanmıştır. Türklerde ilk sistematik müzikle tedavi çalışmaları Selçuklular ve Osmanlılarda görülmektedir (SEZER & ATICI, 2010). Hastanelerdeki ilk müzik terapi uygulamaları çoğunlukla anestezi ve analjezi ile birlikte olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müziğin etkilerinin nörolojik temelleri hakkında teoriler geliştirmeye başlamışlar ve müziğin fizyolojik parametreler üzerine etkilerini deneysel olarak araştırmışlardır (CUNNINGHAM et al., 1997; PRATT, 2004; UYAR & AKIN KORHAN, 2011). Müzik terapi 1950 yılından itibaren çeşitli üniversitelerde program olarak yer almaya ve profesyonel olarak gelişmeye başlamış, son 10 yılda ise hastanelerde ve çeşitli klinik alanlarda terapötik amaçlı kullanımı artmıştır (METZGER, 2004; SEKELES, 1996; UYAR & AKIN KORHAN, 2011).

Müzik terapi, tıpta belli bir form olarak kullanılan bir tedavi yöntemi değildir. Müzik terapi, farklı bireysel durumlar, özel ortamlar içinde gerekli değişimler yapılarak uygulanabilecek bir forma sahiptir (AASGAARD, 2001).

1.4.3. Müziğin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi

Günümüzde müzik, yaşamımızın bir parçası olarak görülmekte, hem beyinsel hem de fiziksel olarak bizi etkilediği kabul edilmektedir (KÖYLÜ İLKAYA, 2009). Müzik terapinin otonom sinir sistemine etki ederek, relaksasyonu sağladığı savunulmaktadır. Rossi (1993) müziğin zihin-beden sürecimizde ve otonomik immun, endokrin ve nöropeptin sistemlerde değişime neden olduğunu bildirmektedir. Müzik beyinde işitme merkezi olan temporal lob tarafından algılanıp, talamus, medulla, hipotalamus, orta beyin ve ponsta uyarıya neden olmaktadır. Müzik beynin sağ hemisferini etkileyip, limbik sistem üzerinden psikofizyolojik yanıtlara neden olup, enkefalin ve endorfin salınımına neden olarak ağrının şiddetinin azalmasına neden olmaktadır. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp yavaşlatılabilmekte, kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak, anksiyolitik etki yapmaktadır (JENKINS, 2001; NILSSON, 2008; THAUT, 2005; UYAR & AKIN KORHAN, 2011). Merkezde nörotransmitterlere baskının artması ile birlikte ruh halinin değişimi sağlanıp, Medulla Oblongata'daki sinirlerin ıslah edilmesiyle anksiyete azalmaktadır (SALAMON et al., 2003; UYAR & AKIN KORHAN, 2011).

Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Müzik kalp hızını, kan basıncını, vücut ısısını ve solunum hızını düşüren, hastanın dikkatini başka yöne çeken, kemoterapiye bağlı bulantıyı azaltan, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini yükselten önemli bir araçtır (COVINGTON, 2001; KÖYLÜ İLKAYA, 2009).

Müzik, dikkati ağrıdan uzaklaştırmada da oldukça etkili bir uyarandır. Ses uyarımı etkili bir şekilde hastayı oyalay ve ağrı kontrolü, ağrı cevabını bastırması için bilişsel bir strateji sağlar (HARTLING et al., 2009; KEMPER & DANHAUER, 2005; KISILEVSKY et al., 2004; STANDLEY, 2001). Yapılan çalışmalarda, rejyonel anestezi altında ameliyat olan hastalardan seçtikleri müziği dinleyenlerin, daha rahat ve kaygısız olduğu, müzik dinlemeyen hastalarda ise sedatiflerin tüketiminin daha fazla olduğu bulunmuştur (AYOUB et al., 2005; KÖYLÜ İLKAYA, 2009; LEPAGE

et al., 2001; ZHANG et al., 2005). Müzik dinleyerek ameliyat olanlarda hasta memnuniyeti belirgin derecede yüksek olup, hastaların çoğu gelecekte benzer bir ameliyat olurlarsa yine müzik dinlemeyi isteyeceklerini belirtmişlerdir (KÖYLÜ İLKAYA, 2009; MENEGAZZİ et al., 1991; ZHANG et al., 2005).

1.5. Beyaz Gürültü (White Noise)

Beyaz gürültü çevreden gelen dağınık ve değişik frekansların karışımından oluşan, ağaçların üzerinden gelen rüzgar sesi, şelale, radyo dalgaları ya da okyanus dalgalarına benzeyen farklı frekanslardaki seslerin kombinasyonundan oluşan sürekli monoton sestir. İnsan kulağının duyabileceği frekanstaki seslerin tüm özelliklerini kapsar. 1, 2, 3 kişinin çıkardığı sesleri beyin algılayabilmekte, ancak sayı 1000 kişiye çıktığı zaman bu sesler uğultuya dönüşmektedir. Kulağımıza gelen bu seslere “beyaz gürültü” denmektedir (BALCI, 2006). Beyaz gürültü kaynakları arasında akvaryum sesi, yağmur, şelale gibi su sesleri, saç kurutma makinesi sesi, aspiratör sesi, saat sesi, kalp sesi, intrauterin sesler sayılabilir (OVALI, 2005). Beyaz gürültü laboratuvarında dijital olarak, frekanslardan eşit miktarda karıştırılarak da hazırlanır. Daha sonra bu sesin içindeki bütün frekanslar kalibre edilerek hoş giden bir ses olan beyaz gürültü haline getirilir (BALCI, 2006).

Hayatta bir dolu hoş gitmeyen sesle karşılaşmaktadır. Örneğin; horlama, sren sesi, etraftaki insanların bağırarak konuşması gibi. Beyaz gürültü bu çevre seslerinin üzerine bir ilave etki yapmaz tam tersine bizi rahatsız eden çevre seslerinin üzerine maskeleyen etkisi yapar çünkü monoton olarak kullanılan sakin bir sestir, bu ses sakinleştirir, uyku getirir aynı zamanda çevreden gelen rahatsız edici sesleri de bastıracağı için rahatlatıcıdır (KÖYLÜ İLKAYA, 2009).

1.5.1. Ağrı ve Anksiyete Kontrolünde Beyaz Gürültü

Beyaz gürültü; diğer seslerin maskelenmesinde, tinnitusun tedavisinde, uykusuzluk problemi olanlarda ve relaksasyon sağlamak için kullanılmaktadır (HALLAM et al., 1984; HANDSCOMB, 2006; JASTREBOFF, 2000).

Yapılan araştırmalarda kolik bebeklere beyaz gürültü dinletilmesiyle bebeklerin dinletiden önceki duruma göre ağlama, haykırma ve uyanık kalma sürelerinin azaldığı görülmüştür. Beyaz gürültü CD'sinin kolikli bebekleri olumlu yönde etkilediği ve bebeklerin sakinleştirilmesinde etkin ve kullanılabilir bir araç olduğu saptanmıştır (BALCI, 2006).

Müzik, ortam gürültüsü ve beyaz gürültünün spinal anestezi ile uyanık olarak ameliyat olan hastalarda, sedasyon ve anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada; müziğin perioperatif anksiyeteyi ve kaygıyı azaltıp, bu sürecin daha mutlu ve memnun olarak geçirilmesine yardımcı olduğu bulunmuştur. Ortam gürültüsünü maskeleyen özelliğine sahip olması nedeniyle dinletilen beyaz gürültünün de, anksiyeteyi ve kaygıyı müziğe göre daha az olmak üzere azalttığı saptanmıştır (KÖYLÜ İLKAYA, 2009).

Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir. Beyaz gürültünün de aynı şekilde ağrı ve anksiyeteyi azalttığı yönünde çalışmalar vardır. Tıp literatüründe bu yönde birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, gömülü diş çekimi operasyonu ile ilgili böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada amacımız gömülü alt 20 yaş diş cerrahisinde odyoanaljezinin hastanın kaygı ve ağrı düzeyi üzerindeki etkisini araştırmaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Hasta Tanımı ve Sayısı

Çalışmaya; 2018 yılında Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na alt gömülü ve kemik retansiyonlu yirmi yaş dişini çektirmek için gelen 66 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Gömülü 20 yaş diş çekimi sırasında müzik ve beyaz gürültü (White noise) dinletisinin STAI TX-1 ve 2 (durumluk ve sürekli kaygı envanteri) üzerindeki etkisini incelendiği çalışmada standart yönteme göre müzik ve beyaz gürültü dinletilen hastalarda 5 birimlik farkın anlamlı kabul edildiği varsayımı altında 80 güç ve $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde her gruba en az 22 şer hasta alınması hesaplanmıştır. Bu hastalar tedavi uygulanmasından önce ve uygulandıktan sonra anksiyete seviyeleri (0=hiç kaygılı değilim, 10=çok fazla kaygılıyım) sorgulanmış, durumluk-sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Tedavi uygulandıktan sonra işlem sırasında hissettikleri ağrı ve baskı hissi (0=hiç ağrı yok, 10= çok fazla ağrılı) VAS skalasıyla değerlendirilmiştir ve bu işlemi tekrar yaptırma isteği (1=asla, 2=belki/emin değilim, 3 =istekli) sorgulanmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- 1) Çalışma başlangıç tarihinden itibaren gömülü 20 yaş dişi çekimi için kliniğimize başvuran hastalar
- 2) Teşhis konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan hastalar
- 3) Çalışmaya kendileri tarafından gönüllü olur veren hastalar

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

- 1) Gönüllü olmayı kabul etmeyen hastalar.
- 2) Teşhis konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan hastalar
- 3) Kooperasyona engel teşkil edecek mental ve fiziksel rahatsızlığı olan hastalar

Çalışma öncesinde; Ankara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 16.05.2018 tarihli ve 09/01 karar no'lu etik kurul onayı alınmıştır.

2.2. Cerrahi Yöntem ve Uygulama

Çalışmada; Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilimdalı'na başvuran mezio-angular veya disyo-angular pozisyonda gömülü, kemik retansiyonlu alt 20 yaş diş çekilecek hastalar uygulayıcı tarafından muayene edilmiştir. Uygulanacak tedavi ve çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Araştırmaya dahil olmayı kabul eden 66 hastaya “Bilgilendirilmiş Onam Formu“ (EK:5) okunmuş ve imzaları alınmıştır. Rızaları alınan çalışmaya uygun hastalara operasyon öncesi formu (EK:1) uygulanarak tedavi öncesi anksiyete düzeyini VAS skalasında 1' den 10' a kadar değerlendirmesi istenmiştir. Ardından STAI FORM TX-1 (durumluk kaygı ölçeği, EK:3) ve STAI FORM TX-2 (sürekli kaygı ölçeği, EK:4) uygulanmıştır.

İşlem öncesinde lokal anestezi solüsyon olarak 1/100 000 epinefrin içeren % 2,5'lük Articain HCI (Ultracain D-S forte ampul, Sanofi Aventis) ile Nervus Alveolaris inferior blok anestezi ve bukkal infiltratif anestezi yapılmıştır. Her üç grupta da, 15 no'lu bistüri ile yapılan horizontal ve bukkal rahatlatma insizyonunu takiben mukoperiosteal üçgen flep kaldırılarak kemiğe ulaşılmıştır. Kemik kaldırma işlemi 20000 devir/dakika olacak şekilde ayarlanmış mikromotor başlığına takılan 1,6 mm çaplı çelik rond frez yardımıyla serum fizyolojik irrigasyonu altında gerçekleştirilmiştir. Yeterli miktarda kemik kaldırılmasını takiben bein elevatörü yardımıyla diş soketten çıkarılmıştır. Çekim soketi yirmi yaş diş epitel artıkları kürete edilerek temizlenmiş ve serum fizyolojik ile iyice yıkanmıştır. Flebin orjinal pozisyonu korunarak yara ağızları 3/0, 16 mm'lik 3/8 yuvarlak iğneli atravmatik ipek suturla primer olarak kapatılmıştır.

Hastalarda postoperatif infeksiyon kontrolü sağlamak amacıyla amoksisilin+klavunat içeren antibiyotik günde 2 kere ve klorheksidin glukonat içeren

ağız gargarası (Andorex 200 ml gargara) günde 3 kere, 7 gün süre ile verilirken analjeziğe gereksinim duyulması halinde alınmak üzere nonsteroid antiinflamatuvar grubu analjezik (Majezik 100 mg tablet) reçeteye dahil edilmiş ve hastalara ilk 24 saat buz uygulaması önerilmiştir.

İşlem bittikten sonra hastalara tekrar STAI FORM TX-1 ve 2 anketleri uygulanmıştır. Operasyon sonrası formu (EK:2) doldurularak; anksiyete (0=hiç kaygılı değilim, 10=çok fazla kaygılıyım) ve işlem sırasında hissedilen ağrı ve baskı hissi (0=hiç ağrı yok, 10= çok fazla ağrılı) VAS skalasıyla değerlendirilmiştir. Bu işlemi tekrar yaptırma isteği (1=asla, 2=belki/emin değilim, 3 =istekli) sorgulanmıştır.

Her grubun 22 hastadan oluştuğu 3 grup bulunan çalışmada toplam 66 hasta değerlendirilmiştir. İlk gruptaki 22 hastaya işlem sırasında ortam gürültüsünü engelleyen kulaklıkla (şekil 2.1) önceden hazırlanmış standart “white noise” yani “beyaz gürültü” fonunda belirli şarkılar dinletilmiştir. İkinci gruptaki hastalara işlem sırasında kulaklıkla müzik dinletilmiştir. Üçüncü gruptaki hastalara standart ameliyathane koşullarında doğal ortam gürültüsü eşliğinde cerrahi işlem uygulanmıştır.



Şekil 2.1. Ortam gürültüsünü engelleyen kulaklık

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Hastalara işlem öncesi ve sonrası için ayrı ayrı STAI FORM TX-1 (EK:3) ve STAI FORM TX-2 (EK:4) envanteri uygulanmıştır. İşlem öncesi kaygı düzeyleri için VAS skalası yer alan formda işaretleme yaptırılmıştır. İşlem sonrası ayrı bir formda kaygı düzeyleri ve ağrı/baskı hissi için VAS skalası yer alan işaretleme yaptırılmış ve işlemi tekrar yaptırma isteği (1=asla, 2=belki/emin değilim, 3 =istekli) sorgulanmıştır.

STAI FORM TX-1 ve 2 değerlendirilmesi:

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla. Bu çalışmada elle puanlama yapılmıştır.

Bilgisayarla Puanlama: büyük örneklem gruplarında ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılması için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Puanların yorumlanması:

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (N ÖNER, 1994; NEJLA ÖNER & COMPTE, 1985).

2.4. İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri

Kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile varyansların homojenliği ise Levene testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler kesikli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterilirken kategorik değişkenler olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi.

Gruplar arasında yaş ortalamaları yönünden farkın önemliliği Tek Yönlü Varyans analizi ile değerlendirildi. Gruplar arasında parametrik test istatistiği

varsayımlarının sağlanmadığı kesikli sayısal değişkenler yönünden farkın önemliliği bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testi ile incelendi. Kruskal Wallis test istatistiği sonuçlarının önemli bulunması halinde Conover'ın çoklu karşılaştırma testi kullanılarak farka neden olan grup(lar) tespit edildi.

2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler; Fisher'in Kesin Sonuçlu Olasılık testiyle değerlendirilirken beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testiyle inceleme yapılırken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testi kullanıldı. RxC (satır ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda) çapraz tablolarındaki kategorik verilerin analizlerinde ise gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda Olabilirlik Oran testiyle değerlendirme yapılırken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testi kullanıldı.

Yaş ile olguların diğer skorsal özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olup olmadığı Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi ile incelendi. Her bir grup içerisinde preoperatif ve post-operatif anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon İşaret testiyle araştırıldı.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. Aksi belirtilmedikçe $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ancak, olası tüm çoklu karşılaştırmalarda Tip I hatayı kontrol edebilmek için Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya 42 kadın, 24 erkek olmak üzere toplam 66 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş dağılımları 18-55 yaş arasında değişmekte olup cerrahi operasyon sırasında müzik uygulama yöntemine göre üç gruba ayrılmıştır:

Grup 1: beyaz gürültü ve müzik

Grup 2: sadece müzik

Grup 3: kontrol grubu (ortam gürültüsü)

3.1. Demografik Özellikler

Gruplar arasında yaş ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,605$). Kadın ve erkeklerin dağılımı gruplar arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,822$). Gruplar arasında herhangi bir işte çalışanların oranları açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,822$). (Çizelge 3.1)

Çizelge 3.1. Gruplara göre olguların demografik özellikleri

	Grup 1 (n=22)	Grup 2 (n=22)	Grup 3 (n=22)	p-değeri
Yaş (yıl)	22,6±7,2	22,9±5,6	25,0±8,7	0,605†
Cinsiyet				0,822‡
<i>Kadın</i>	15 (68,2)	13 (59,1)	14 (63,6)	
<i>Erkek</i>	7 (31,8)	9 (40,9)	8 (36,4)	
İş durumu				0,822‡
<i>Çalışmayan</i>	13 (59,1)	15 (68,2)	14 (63,6)	
<i>Çalışan</i>	9 (40,9)	7 (31,8)	8 (36,4)	

† Veriler; ortalama ± standart sapma biçiminde gösterildi, Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), ‡ Tanımlayıcı istatistikler olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi, Pearson'un Ki-Kare testi.

3.1.1. Yaşa Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tüm olgular içerisinde yaş ile olguların diğer skorsal özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmedi ($p>0,05$). (Çizelge 3.2)

Çizelge 3.2. Tüm olgular içerisinde yaş ile olguların skorsal özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Pre-op	Post-op	Değişim
Anksiyete			
<i>Korelasyon katsayısı</i>	-0,171	-0,179	0,052
<i>p-değeri</i> †	0,170	0,151	0,677
STAI 1			
<i>Korelasyon katsayısı</i>	-0,024	0,056	0,071
<i>p-değeri</i> †	0,847	0,655	0,571
STAI 2			
<i>Korelasyon katsayısı</i>	0,120	0,158	-0,026
<i>p-değeri</i> †	0,336	0,206	0,833
Ağrı (VAS)			
<i>Korelasyon katsayısı</i>	-	-0,079	-
<i>p-değeri</i> †	-	0,527	-

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi.

3.1.2. Cinsiyete Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması

Erkekler göre kadınların preoperatif anksiyete (VAS) düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,015$). Kadınlar içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete (VAS) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Erkekler içerisinde de preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete (VAS) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p=0,002$). Gruplar arasında postoperatif anksiyete (VAS) düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,233$). Preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete (VAS) düzeylerinde meydana gelen azalma miktarları kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,055$).

Kadınlar ve erkekler arasında preoperatif STAI 1 düzeyleri istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,060$). Kadınlar içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Erkekler içerisinde de preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Gruplar arasında postoperatif STAI 1 düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,280$). Preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 1 düzeylerinde meydana gelen azalma miktarları kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,212$).

Kadınlar ve erkekler arasında preoperatif STAI 2 düzeyleri istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,058$). Kadınlar içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p=0,003$). Erkekler içerisinde ise preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeyinde Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmedi ($p=0,033$). Gruplar arasında postoperatif STAI 2 düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,084$). Preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeylerinde meydana gelen değişim miktarları kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,894$).

Kadın ve erkekler arasında postoperatif ağrı (VAS) düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,102$). (Çizelge 3.3)

Çizelge 3.3. Tüm olgular içerisinde cinsiyet ve izlem zamanlarına göre olguların klinik bulguları

	Pre-op	Post-op	p-değeri †	Değişim
Anksiyete				
<i>Kadın</i>	6,0 (3,75-8,0)	2,0 (1,0-4,0)	<0,001	-3,0 (-6,0 – -1,0)
<i>Erkek</i>	3,5 (1,0-7,75)	1,5 (0,0-3,0)	0,002	-1,0 (-4,75 – 0,0)
p-değeri ‡	0,015	0,233		0,055
STAI 1				
<i>Kadın</i>	47 (39-53)	34 (27-41)	<0,001	-13 (-21,25 – -3,75)
<i>Erkek</i>	41 (34,75-48,75)	33,5 (23,25-37,5)	<0,001	-8 (-18,75 – -1,0)
p-değeri ‡	0,060	0,280		0,212
STAI 2				
<i>Kadın</i>	42 (34,75-47,25)	36 (33-46)	0,003	-1,5 (-3,25 – -0,25)
<i>Erkek</i>	35,5 (32-43,75)	34 (29-40)	0,033	-1,5 (-4,75 – 1,0)
p-değeri ‡	0,058	0,084		0,894
VAS				
<i>Kadın</i>	-	2 (1-4)	-	-
<i>Erkek</i>	-	1 (0-2)	-	-
p-değeri ‡	-	0,102		-

Veriler; medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterildi, † Cinsiyet grupları içerisinde preoperatif ve postoperatif arasında yapılan karşılaştırmalar, Wilcoxon İşaret testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, ‡ Cinsiyet grupları arasında yapılan karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi, preoperatif ve postoperatif dönemler içerisinde yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, preoperatife göre postoperatif dönemde meydana gelen değişim miktarları açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada ise $p<0,05$ için sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.1.3. Sosyoekonomik Duruma Göre Ölçeklerin Sonuçlarının Karşılaştırılması

Çalışan ve çalışmayan olgular arasında preoperatif anksiyete (VAS) düzeyleri istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,271$). Çalışmayan olgular içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete (VAS) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Çalışan olgular içerisinde de preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete (VAS) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Gruplar arasında postoperatif anksiyete (VAS) düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,978$). Preoperatife göre postoperatif

dönemde anksiyete (VAS) düzeylerinde meydana gelen azalma miktarları çalışan ve çalışmayan gruplar arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,414$).

Çalışan ve çalışmayan olgular arasında preoperatif STAI 1 düzeyleri istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,496$). Çalışmayan olgular içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Çalışan olgular içerisinde de preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete STAI 1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p<0,001$). Gruplar arasında postoperatif STAI 1 düzeyleri istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,557$). Preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 1 düzeylerindeki azalma miktarları çalışan ve çalışmayan gruplar arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,553$).

Çalışan ve çalışmayan olgular arasında preoperatif STAI 2 düzeyleri istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,857$). Çalışmayan olgular içerisinde preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p=0,010$). Çalışan olgular içerisinde de preoperatife göre postoperatif dönemde anksiyete STAI 2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü ($p=0,012$). Gruplar arasında postoperatif STAI 2 düzeyleri istatistiksel olarak benzer bulundu ($p=0,810$). Preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeylerindeki azalma miktarları çalışan ve çalışmayan gruplar arasında istatistiksel olarak benzer idi ($p=0,556$). (Çizelge 3.4)

Çalışan ve çalışmayan gruplar arasında postoperatif ağrı (VAS) düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,978$).

Çizelge 3.4. Tüm olgular içerisinde çalışma durumu ve izlem zamanlarına göre olguların klinik bulguları

	Pre-op	Post-op	p-değeri †	Değişim
Anksiyete				
<i>Çalışmayan</i>	6,0 (3,0-8,0)	2,0 (1,0-3,0)	<0,001	-3,0 (-6,0 – 0,0)
<i>Çalışan</i>	5,0 (1,25-8,0)	1,0 (0,0-3,75)	<0,001	-2,5 (-5,0 – 0,0)
p-değeri ‡	0,271	0,978		0,414
STAI 1				
<i>Çalışmayan</i>	46 (37-53)	33,5 (26-39)	<0,001	-13 (-19,5 – -2,0)
<i>Çalışan</i>	45 (37,75-48)	34 (25,25-42,5)	<0,001	-9,5 (-19,75 – -1,0)
p-değeri ‡	0,496	0,557		0,553
STAI 2				
<i>Çalışmayan</i>	40 (33,5-47)	36 (30,75-46)	0,010	-2 (-3 – 1)
<i>Çalışan</i>	40 (33-45)	36 (30,5-40,75)	0,012	-1,0 (-7,25 – 0)
p-değeri ‡	0,857	0,810		0,556
VAS				
<i>Çalışmayan</i>	-	1,5 (0-3)	-	-
<i>Çalışan</i>	-	1 (0,25-3)	-	-
p-değeri ‡	-	0,978		-

Veriler; medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterildi, † Çalışan ve çalışmayan olgular içerisinde preoperatif ve postoperatif arasında yapılan karşılaştırmalar, Wilcoxon İşaret testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, ‡ Çalışan ve çalışmayan gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi, pre- ve post-op dönemler içerisinde yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, preoperatife göre postoperatif dönemde meydana gelen değişim miktarları açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada ise $p < 0,05$ için sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.2. Anksiyetenin VAS Ölçümü ile Karşılaştırılması

Gruplar arasında VAS ile değerlendirilen preoperatif anksiyete düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,158$).

Grup 1’de preoperatif anksiyete düzeyine göre postoperatif anksiyete düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p < 0,001$). Grup 2’de preoperatif anksiyete düzeyine göre postoperatif anksiyete düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi

($p<0,001$). Grup 3'te de preoperatif anksiyete düzeyine göre postoperatif anksiyete düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p=0,002$).

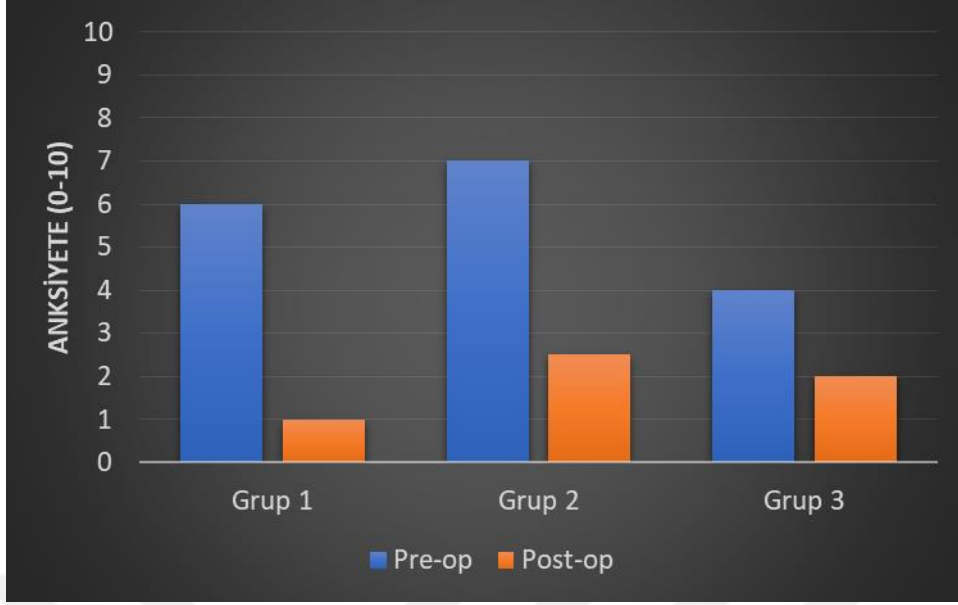
Gruplar arasında VAS ile değerlendirilen postoperatif anksiyete düzeyleri yönünden de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,158$).

Grup 3'e göre Grup 1 ve 2'de anksiyete düzeyi preoperatife göre postoperatif dönemde klinik olarak daha fazla azalmış olmasına karşın gruplar arasında anksiyete değişimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,055$). Şekil 3.1 ve çizelge 3.5'de gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların anksiyete düzeyleri gösterilmiştir.

Çizelge 3.5. Gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların VAS ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri

	Pre-op	Post-op	p-değeri †	Değişim
Grup 1	6 (1,75 – 8)	1 (0 – 3)	<0,001	-3 (-6 – 0)
Grup 2	7 (4,75 – 8)	2,5 (0,75 – 4)	<0,001	-4 (-6,25 – -1)
Grup 3	4 (1,75 – 7)	2 (1 – 4)	0,002	-1 (-4,25 – 0)
p-değeri ‡	0,158	0,214		0,055

Veriler; medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterildi, † Gruplar içerisinde preoperatif ve postoperatif arasında yapılan karşılaştırmalar, Wilcoxon İşaret testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, ‡ Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar, Kruskal Wallis testi, preoperatif ve postoperatif dönemler içerisinde yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, preoperatif göre postoperatif dönemde meydana gelen değişim miktarları açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada ise $p<0,05$ için sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



Şekil 3.1. Preoperatif ve postoperatif anksiyete VAS değerlerindeki değişim

3.3. STAI 1 Düzeylerinin Karşılaştırılması:

Gruplar arasında preoperatif STAI 1 düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,305$).

Grup 1’de preoperatife göre postoperatif STAI 1 düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p<0,001$). Grup 2’de preoperatife göre postoperatif STAI 1 düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p<0,001$). Grup 3’te de preoperatife göre postoperatif STAI 1 düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p=0,012$).

Gruplar arasında post-op STAI 1 düzeyleri yönünden de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,645$).

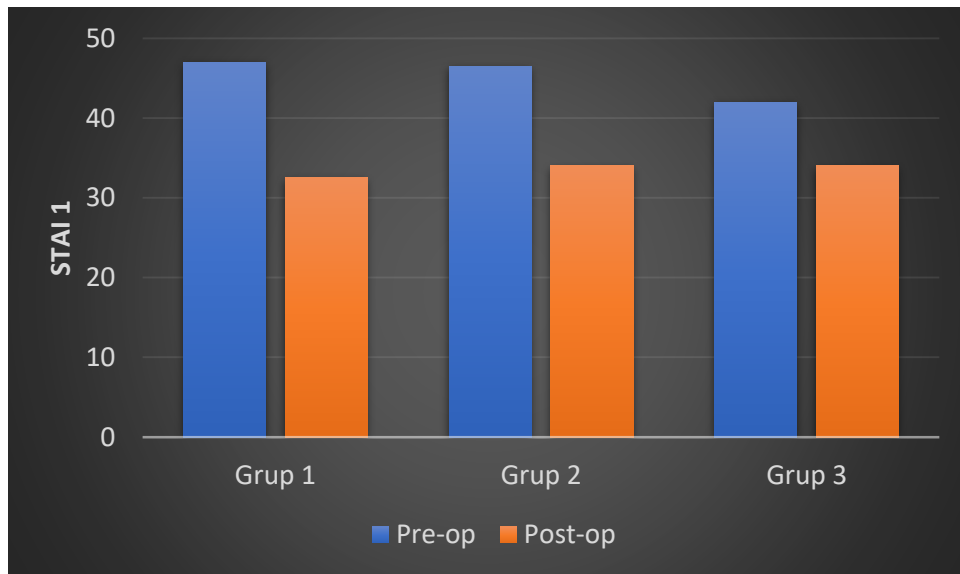
Grup 3’e göre Grup 1 ve 2’de STAI 1 düzeyi preoperatife göre postoperatif dönemde klinik olarak daha fazla azalmış olmasına karşın gruplar arasında STAI 1 değişimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,053$). (Şekil 3.2 ve çizelge 3,6)

Şekil 3.2 ve çizelge 3.6’da gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların STAI 1 düzeyleri verilmiştir.

Çizelge 3.6. Gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri

	Pre-op	Post-op	p-değeri †	Değişim
STAI 1				
<i>Grup 1</i>	47 (39,75 – 53,25)	32,5 (24 – 39)	<0,001	-14,5 (-24,25 – -7,5)
<i>Grup 2</i>	46,5 (37 – 50,75)	34 (25,75 – 41)	<0,001	-13,5 (-19,25 – -1,75)
<i>Grup 3</i>	42 (31,25 – 50,25)	34 (29,75 – 41)	0,012	-5 (-14,5 – -0,25)
p-değeri ‡	0,305	0,645		0,053
STAI 2				
<i>Grup 1</i>	44,5 (38,5 – 47,25)	37 (30,75 – 42)	0,002	-3,5 (-12,5 – -0,75) ^{a,b}
<i>Grup 2</i>	35,5 (32,75 – 46,25)	36 (32,25 – 44,75)	0,376	0 (-2,25 – 1) ^a
<i>Grup 3</i>	35,5 (31,25 – 44)	34,5 (27,75 – 41,5)	0,080	-2 (-3 – 1,25) ^b
p-değeri ‡	0,029	0,605		0,019

Veriler; medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterildi, † Gruplar içerisinde preoperatif ve postoperatif arasında yapılan karşılaştırmalar, Wilcoxon İşaret testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, ‡ Gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar, Kruskal Wallis testi, preoperatif ve postoperatif dönemler içerisinde yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, preoperatife göre postoperatif dönemde meydana gelen değişim miktarları açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda ise $p < 0,05$ için sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, a: Grup 1 ile Grup 2 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,001$), b: Grup 1 ile Grup 3 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,037$).



Şekil 3.2. Preoperatif ve postoperatif STAI-I düzeylerinin değişimi

3.4. STAI 2 Düzeylerinin Karşılaştırılması

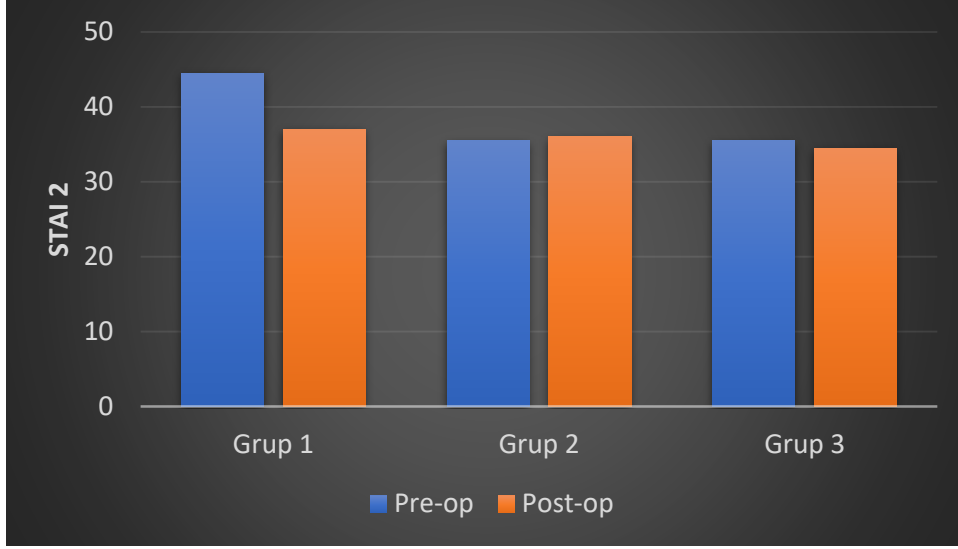
Gruplar arasında preoperatif STAI 2 düzeyleri yönünden Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,029$).

Grup 1’de preoperatife göre postoperatif STAI 2 düzeyi istatistiksel anlamlı olarak daha düşük idi ($p=0,002$). Grup 2’de preoperatif ve postoperatif STAI 2 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,376$). Grup 3’te de preoperatif ve postoperatif STAI 2 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,080$).

Gruplar arasında postoperatif STAI 2 düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,605$).

Grup 2 ve 3’e göre Grup 1’de STAI 2 düzeyi preoperatife göre postoperatif dönemde istatistiksel anlamlı olarak daha fazla azalmıştı ($p<0,001$ ve $p=0,037$). Grup 2’ye göre Grup 3’te preoperatife göre postoperatif dönemde STAI 2 düzeyi klinik olarak daha fazla azalmış olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,232$).

Şekil 3.3 ve çizelge 3.3’te gruplara ve izlem zamanlarına göre olguların STAI 2 düzeyleri verilmiştir.



Şekil 3.3. Preoperatif ve postoperaif STAI-II düzeylerindeki değişim

3.5. Cerrahi İşlem Sırasında Hissedilen Baskı ve Ağrının VAS Ölçümü ile Karşılaştırılması

Gruplar arasında perioperatif ağrı düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,341$).

Çizelge 3.7. Gruplara göre olguların perioperatif ağrı düzeyleri

VAS	
Grup 1	1 (0 – 2,25)
Grup 2	1 (0 – 2,25)
Grup 3	2 (1 – 4)
p-değeri †	0,341

Veriler; medyan (25. – 75.) yüzdeler biçiminde gösterildi, † Kruskal Wallis testi.

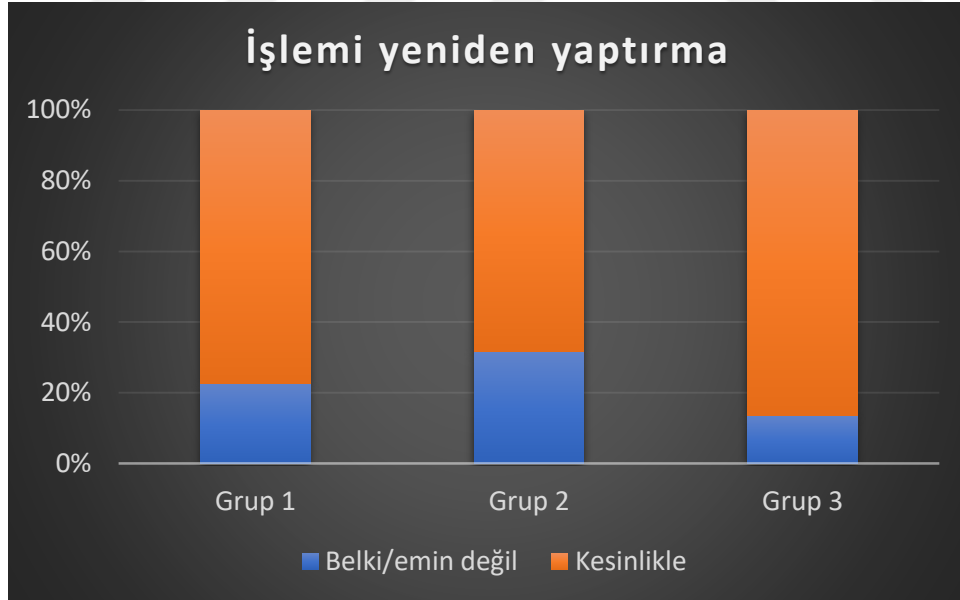
3.6. Gruplar Arasında Bu Cerrahi İşlemi Tekrar Yaptırma İsteğinin Karşılaştırılması

Grup 1 ve 2'ye göre Grup 3'te işlemi "kesinlikle tekrar yaptırım" diyenlerin oranı ve Grup 2'ye göre Grup 1'de işlemi "kesinlikle tekrar yaptırım" diyenlerin oranı klinik olarak daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında işlemi tekrar yaptırma görüşleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,355$). (Çizege 3.8 ve Şekil 3.4).

Çizelge 3.8. Gruplara göre işlem memnuniyeti açısından olguların dağılımı

	Grup 1 (n=22)	Grup 2 (n=22)	Grup 3 (n=22)	p-değeri
İşlemi tekrar yaptırma				0,355†
<i>Belki/Emin değil</i>	5 (22,7)	7 (31,8)	3 (13,6)	
<i>Kesinlikle</i>	17 (77,3)	15 (68,2)	19 (86,4)	

† Tanımlayıcı istatistikler olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi, Pearson'un Ki-Kare testi.



Şekil 3.4. Gruplar arasında bu işlemi tekrar yaptırma isteğinin karşılaştırılması

4. TARTIŞMA

Günlük yaşantımızın bir parçası olan sesler, çeşitli psikolojik ve duygusal cevaplara neden olurlar. Örneğin; polis arabasının sireni korkuya, bir bebeğin ağlama sesi sinirlenmeye ya da irritasyona, radyodan gelen bir şarkının sesi neşelenmeye neden olabilir (BRUNGES & AVIGNE, 2003).

Beyaz gürültü genellikle frekans ve sinyal olarak, ağaçların üzerinden gelen rüzgar, şelale, radyo dalgaları ya da okyanus dalgalarının sesine benzeyen sinyal ve frekanslar gibidir (JASTREBOFF, 2000). Beyaz gürültü horlama, siren sesi, etraftaki insanların bağırarak konuşması gibi çevre seslerinin üzerine maskeleyen etkisi yapar çünkü monoton olarak kullanılan sakin bir sestir, bu ses sakinleştirir, uyku getirir aynı zamanda çevreden gelen rahatsız edici sesleri de bastırıldığı için rahatlatıcıdır (KÖYLÜ İLKAYA, 2009). Ayrıca bu seslerin anne karnındaki seslerle benzerlik gösterdiği bebeklerin sakinleşmesine yardımcı olduğu söylenmiştir (YALÇIN, 2010).

Müzikle ilgili yapılan çalışmalarda müziğin strese karşı oluşan psikolojik ve fizyolojik yanıtta etkileri araştırılmıştır. Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını, hasta veya sağlıklı bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir (KÖYLÜ İLKAYA, 2009).

Modern diş hekimliğindeki tüm teknolojik gelişmelere karşın dental tedavilere ait anksiyete ve tedavi sırasındaki ağrı korkusu devam etmektedir (DEMİRALP, 2010). Diğer işlemlerle karşılaştırıldığında diş çekimi ve ağız cerrahisi girişimlerinin hastalar için en büyük kaygı nedeni olduğu bildirilmiştir (MUĞLALI & KÖMERİK, 2005; YUSA et al., 2004). Hastalar cerrahi girişim, rejyonel ve lokal anestezi veya diğer uygulamalara ilişkin anksiyete duymakta, ağrı, rahatsızlık hissetme korkusu yaşamakta, tanımadıkları ortamda uyanık iken görsel ve işitsel birçok uyarana karşılaşmaktadır (IRWIN et al., 1997; PARK & WATKINS, 1991).

Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na başvuran gömülü 20 yaş dişini çektirmek isteyen 42 kadın, 24 erkek olmak üzere 66 hasta dahil edilmiştir. Bireylerin cerrahi işlem önce demografik bilgileri kaydedilmiş, durumluk ve sürekli kaygıları STAI-I ve II ölçekleriyle değerlendirilmiştir. Anksiyete düzeyleri VAS skalasıyla ölçülmüştür. Cerrahi işlem sonrasında tüm gruplara yine STAI-I ve II ölçeği uygulanmış, işlem sonrası anksiyete düzeyleri VAS skalasıyla ölçülmüştür. Cerrahi işlem sırasında hissettikleri ağrı ve baskı hissi VAS skalasıyla değerlendirilmiştir. Bu işlemi tekrar yaptırma istekleri sorgulanmıştır. Bu çalışmanın amacı; müziğin ve beyaz gürültünün bireylerin işlem sırasında hissettikleri ağrı ve baskı hissi ve anksiyete düzeylerine etkisini araştırarak odyoanaljezinin hastaların mevcut kaygı, ağrı ve konforuna etkilerini ortaya koymaktır.

Dental anksiyeteyi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda dental anksiyeteyi belirlemek amacıyla kullanılan testlerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörlerden, oral sağlık düzeyinden, diş hekimine gitme sıklığı, geçmiş tedavi deneyimleri, dental tedavinin türü ve süresi gibi pek çok faktörden etkilendiği bildirilmiştir (BEDI & MCGRATH, 2000).

Literatürdeki birçok çalışmada, dental tedavi geçmişi, yani dental tecrübenin, anksiyete oluşumunda en etkili faktör olduğu belirtilmiştir. Locker ve ark.'nın 2001 yılında yaptıkları çalışmaya göre çocukluk döneminde yaşanan olumsuzluklar anksiyete oluşmasında çok etkili olmaktadır (LOCKER et al., 2001).

Geçmiş deneyimler bireyin korkularının artmasına neden olur. Kişi ilk defa bir travmatik olayla karşılaştığında bunu tolere edebilir ancak aynı konuda ikinci bir travmaya maruz kalırsa bu konuya karşı fobi geliştirebilir. Lauth'un çalışmasına göre; dental işlemlerde yaşanan mental ve fiziksel travmalar nedeniyle insanlarda fobi durumu gelişebildiği belirtilmiştir (LAUTCH, 1971). Vassend, 1993 yılındaki çalışmasında, geçmiş dental tecrübe ile anksiyete arasında bir ilişki olduğunu rapor etmiştir (VASSEND, 1993). Stabholz ise çoğu çalışmanın aksine, dental tecrübe ile

dental anksiyete arasında herhangi bir bağlantı saptamamıştır (STABHOLZ & PERETZ, 1999).

Dental anksiyete ve bireylerin yaşı arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda incelenmiştir (ILGÜY et al., 2005; MUĞLALI & KÖMERİK, 2005). Sosyodemografik değişkenlerden biri olan yaş ve dental anksiyete seviyesi arasında, bireylerin bilişsel ve duygusal gelişiminden kaynaklanan bir ilişki olabileceği öne sürülmekte ve yaş arttıkça stresli durumlarla başa çıkabilme yetisinin arttığı bildirilmektedir. Genel anksiyetede olduğu gibi, dental anksiyetenin de her yaşta görülebilmesine rağmen, sıklıkla çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıktığını söyleyebiliriz (ÖST, 1987; SMYTH, 1993). Literatüre bakıldığında, genç yaşlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (RAGNARSSON, 1998; HOLTZMAN, 1997). Genç hasta grubunun kaygı düzeyinin yüksek olması başetme mekanizmalarının yaşam deneyimleriyle de ilişkili olarak daha zayıf olmasıyla açıklanabilir. İlerleyen yaşla birlikte anksiyetenin azalması ise; ortaya çıkabilen çeşitli sağlık sorunları dolayısıyla sağlık kuruluşuna başvurma, çeşitli tetkik ya da tedavilere maruz kalma gibi deneyimler, kişinin yeni karşılaştığı sağlık sorunlarına yönelik algısının, kaygıyla baş etme mekanizmalarının gelişmesiyle açıklanabilir. Daha önce yapılmış birçok çalışmada yaşın artmasıyla dental anksiyetenin azaldığı gösterilmesine rağmen (FOLAYAN et al., 2003; MAJSTOROVIC & VEERKAMP, 2005; WOGELIUS et al., 2003), bazı çalışmalarda da yaş ile anksiyete arasında bir ilişki tespit edilememiş ve bu durumun sadece yaş ile ilişkili olmadığı, bu nedenle, sosyokültürel farklılıkların da göz önüne alınması gerektiği savunulmuştur (ARAPOSTATHIS et al., 2008; NAKAI et al., 2005).

Kolonoskopi ve endoskopi işlemi sırasında müziğin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda da yine anksiyetenin yaştan bağımsız olduğunu saptamışlardır (EL-HASSAN et al., 2009; MARTINDALE et al., 2014). Bu çalışmanın sonuçlarıyla bizim çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Tüm olgular içerisinde yaş ile olguların diğer skorsal özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmedi.

Anksiyete multifaktöryel etyolojiye sahip bir olgudur. Literatür incelendiğinde yaş ile anksiyete ilişkisine dair çok çeşitli sonuçların olmasının nedeni bununla açıklanabilir.

Sosyodemografik değişkenlerden biri de cinsiyettir. Cinsiyetin, dental anksiyete seviyesi üzerinde etkili olduğu ve genellikle kızların anksiyete seviyesinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmektedir (LEE et al., 2007; NAKAI et al., 2005). Literatür taramalarında; kadınların evrensel olarak daha yüksek anksiyete seviyeleri gösterdikleri Ter Host ve ark.'nın yaptığı çalışmada da belirtilmiştir (TER HORST & DE WIT, 1993). Yetişkin kadınlarda yetişkin erkeklere göre dental anksiyetenin genel olarak daha fazla görüldüğü bildirilmekteyse de, bazı çalışmalarda belirgin bir fark bulunamamıştır (MILGROM et al., 1995). Bunun aksine bazı toplumlarda erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek anksiyete seviyeleri olduğu belirtilmiştir. Rowe ve Moore'un 1998 yılında yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla dental anksiyete sergilediğini gösterilmiştir (ROWE & MOORE, 1998). Yine Udoye ve ark.'nın 2005 yılında yaptıkları çalışmada, erkeklerdeki anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (UDOYE et al., 2005). Genel olarak ağrı ve anksiyete açısından kadın-erkek farklılıkları iyi dökümanente edilmiş durumdadır. Kadınlar klinik ağrıların pek çoğu açısından daha büyük risk altındadır. Gonadal hormonlar, genetik faktörler ve pek çok psikososyal değişken ağrı sensitivitesindeki cinsiyet farklılıklarına etki etmektedir (FILLINGIM, 2013). Çalışmaların çoğunda anksiyetenin cinsiyet bağımlı olarak ağrıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak ilginç bir bulgu olarak anksiyete-ağrı ilişkisi erkek bireylerde kadınlara göre daha belirgindir (EDWARDS et al., 2003; FILLINGIM et al., 2009). Genel anlamda ise anksiyete eğilimi kadınlarda daha fazladır (FILLINGIM, 2013). Dental anksiyete sergileyen bireylerin büyük bölümünde bireysel olarak kendini hayatın herhangi bir alanında diğer insanlara karşı aşağıda görme algısının bulunduğu da rapor edilmiştir (SEEMAN & MOLIN, 1976).

Bizim toplumumuzda da anksiyete üzerine çalışmalar yapılmış olup genel olarak kadınlarda daha yüksek anksiyete seviyeleri olduğu belirtilmiştir. Marakoğlu ve ark. ile Öcek ve ark.'nın çalışmalarında kadın hastaların anksiyete seviyeleri, erkeklere oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (MARAKOĞLU et al., 2003; ÖCEK et al.,

2001). Kömerik ve Muğlalı'nın çalışmasında da kadın hastalardaki ağrı beklentisi ve anksiyete seviyelerinin, erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (MUĞLALI & KÖMERİK, 2005). Bizim çalışmamızda da preoperatif anksiyete düzeyleri bu çalışmalarla uyumlu olarak kadınlarda daha yüksek seyretmiştir. Fakat Özdemir ve ark.'nın Türk toplumu üzerinde yaptıkları bir çalışmada, erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek anksiyete seviyelerinin olduğu belirtilmiştir. Bunun sebebinin, farklı türde dental tedavi gören hastaların birlikte değerlendirilmesinin olabileceği belirtilmiştir (ÖZDEMİR et al., 2001).

Jongh ve ark., yapmış oldukları çalışmada, kadın hastalardaki anksiyete skorlarının erkek hastalardan yüksek olduğunu rapor etmişlerdir ve bunun sebebinin, kadın hastaların sorulan sorulara daha dürüst cevap vermelerinden kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir (DE JONGH et al., 2008). Stouthard ve Hoogstraten' in yapmış oldukları çalışmada da buna paralel olarak, kadınlardaki anksiyete skorlarının daha yüksek bulunmasının sebebinin, kadın hastaların duygularını daha rahat ifade edebilmelerinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (STOUTHARD & HOOGSTRATEN, 1990). Bizim çalışmamızda da preoperatif anksiyete VAS değerleri bu çalışmaların sonucunu destekleyecek şekilde kadınlarda daha fazla çıkmıştır. Ancak preoperatif STAI-I ve STAI-II sonuçlarına bakıldığında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bazı araştırmacılara göre; eğitimin, dental anksiyete düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda kaygı duyma oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (ARMPFIELD et al., 2006; MOORE et al., 1993; ÖNER & LECOMPTE, 1998). Stabholz ve peretz; Eğitim düzeyi yüksek kişilerin stresli durumlarla başa çıkma yeteneklerinin daha kolay geliştiğini bildirmişlerdir (ILGÜY et al., 2005). Genel olarak literatürdeki görüş; sosyal statü ve eğitim seviyesi düşük kişilerde anksiyete skorlarının yüksek olduğu yönündedir; ancak bunun tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Teo ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan hastalarda anksiyete seviyeleri de yüksek bulunmuştur (TEO et

al., 1990) Bunun yanında, eğitim düzeyi ve dental anksiyete arasında ilişki belirlenemeyen araştırmalar da bulunmaktadır (EVANS et al., 1985; MUĞLALI & KÖMERİK, 2005).

Ayoub ve arkadaşlarının Amerikalı ve Lübnanlı, spinal anestezi uygulanmış 90 hastada müzik, beyaz gürültü ve ortam gürültüsünün hasta kontrollü sedasyonda kullanılan propofol tüketimine etkisini araştırdıkları çalışmada, beyaz gürültü grubunda propofol tüketimi beklendiği gibi düşük bulunmamıştır (AYOUB et al., 2005). Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda anksiyete derecesinin ve sedasyon ihtiyacının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Eğitim düzeyleri farklı olan Lübnanlı ve Amerikalı hastalar karşılaştırıldığında, Lübnanlı hastaların her üç grubunda da propofol tüketimi daha az bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu Lübnanlı hastaların eğitim seviyesi düşük olmasına bağlanmıştır yani eğitim seviyesinin düşmesiyle anksiyetenin düştüğünü savunan çalışmaları desteklemektedir. Çalışmamızda sosyo ekonomik durumu yönünde hastalar herhangi bir işte çalışan veya çalışmayanlar olarak incelenmiştir. Preoperatif anksiyete düzeyleri ve STAI ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamız dahilinde gömülü 20 yaş dişi çekimi için ağız, diş ve çene cerrahisi bölümüne yönlendirilmiş, belirli özelliklere sahip olan hastalar değerlendirilmiştir. Birey sayısının kısıtlı olması ve bireylerin belirli özelliklere sahip olmaları, istatistiksel değerlendirmelerde kullanılan gruplandırmalarda eşit birey dağılımının oluşturulmasını engellemiştir. Bu durum, odyoanaljezinin operasyon sırasındaki anksiyete ve ağrı-baskı hissine etkisinin değerlendirilmesinde izlenebilecek anlamlı sonuçların belirlenememesine neden olmuş olabilir. Bu bilgiler ışığında, odyoanaljezinin operasyon sırasındaki anksiyete ve ağrı-baskı hissine etkisinin değerlendirilmesinde demografik özelliklerin, ağız sağlığı ve yapılan tedavilerle ilgili ilişkili verilerin, genel sağlıkla ilişki verilerin, sosyo-kültürel yapıların daha ayrıntılı olarak değerlendirildiği, birey sayısının artırıldığı daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Nilsson'un yaptığı derlemeye göre; müziğin etkisi beynin sağ hemisferinde görülür, sol hemisfer müziğin serebral yorumlanmasının analitik yönünde büyük rol oynar. Müziğin işitsel algılanması temporal loptaki işitme merkezinde meydana gelir. Müzik hastanın dikkatini negatif uyarılardan hoş giden şeylere çekerek ağrıyı, anksiyeteyi ve stresi azaltıcı etki gösterir. Müzik hastaların iyi bildikleri ve rahatladıkları 'kendi dünyaları'na kaçmasına izin verir ve hastaların farkındalıklarını, onları rahatlatan müziğe odaklar (NİLSSON, 2008).

Bilişsel duygulardan olan anksiyete üzerine de müziğin etkisi çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Bu çalışmalarda müziğin hastaların anksiyeteleri üzerine olan etkilerini değerlendirmek için hem VAS hem de STAI tek başına veya birlikte kullanılmıştır. Ancak literatürde genellikle STAI tek başına veya hem STAI hem de VAS birlikte kullanılmıştır. Biz de çalışmamızda STAI ve VAS ölçeklerini bir arada kullandık.

Palakanis et al. (1994) sigmoidoskopi yapılan hastalarda müziğin anksiyeteyi azalttığını (PALAKANIS et al., 1994), benzer şekilde bir diğer çalışmada kolonoskopi yapılan hastalarda, müzik grubundaki hastalarda anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu (ANDRADA et al., 2004), yapılan başka bir çalışmada ise, müzik dinletilen grubun ağrı ve anksiyete düzeyi, müzik dinletilmeyen gruba göre anlamlı biçimde düşük bulunmuştur (CHAN et al., 2003).

Gaberson müziğin preoperatif anksiyete üzerine etkisini, gününbirlik cerrahi geçiren 46 hastada VAS ile değerlendirmiştir ve müzik dinleyen ve dinlemeyenler arasında anlamlı fark bulmamıştır (GABERSON, 1995). Bizim çalışmamızda da VAS ölçümlerine bakıldığında tüm gruplarda anksiyete için postoperatif VAS değerleri istatistiksel olarak anlamlı bir azalma göstermiştir. Müzik grubu ve beyaz gürültü grubunda kontrol grubuna göre klinik olarak daha fazla azalma görülmesine rağmen, bu çalışmaların aksine aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Haun ve arkadaşları, meme biopsisi yapılmasını bekleyen 20 kadın hastada müziğin anksiyete üzerine etkisini değerlendirmişler ve müzik dinleyen hastaların

STAI-I deęerlerini belirgin olarak dūşük bulmuřlardır (HAUN et al., 2001). Tūrkiye’de Ovayolu ve arkadařları, kolonoskopi yapılan 60 hastaya iřlem sırasında Tūrk Klasik Mūzięi dinletilmiř ve STAI ile bakılan anksiyete deęerlerinde anlamlı olarak dūřme tespit etmiřlerdir (OVAYOLU et al., 2006). Lin Han ve ark.’nın 2010 yılında Çin’de yoęun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda, fizyolojik stres yanıtı ve anksiyete düzeyine mūzik mūdahalesinin etkilerini incelemek için yaptıkları çalıřmada mūzik grubu ve mūzik dinletilmeden sadece kulaklık takılan plasebo grubunda dinleti öncesi ve sonrası STAI lūmlerinde anlamlı bir dūřūř gözlenmiřtir (HAN et al., 2010). Lee ve arkadařlarının 2017 yılında yaptıęı spinal anestezi altında opere edilen hastalarda Mūzik dinletisinin anksiyeteyi azaltması ve fizyolojik cevapları üzerine yapılan çalıřmada da postoperatif ve preoperatif STAI deęerlerinde deney grubunda anlamlı bir azalma gözlenmiřtir (LEE et al., 2017). Bizim alıřmamızda ise tūm gruplarda postoperatif STAI-I lūmleri preoperatif lūmlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir dūřūř göstermiřtir. Būtūn hastaların cerrahi sonrası anksiyete skorlarında grdūęümüz dūřmenin; cerrahi kaygının sona ermesinden dolayı duyulan rahatlamayla ilgili olduęunu dūřünmekteyiz. Beyaz gūrūltū ve mūzięin birlikte dinletildięi grup 1 ve yalnız mūzik dinletilen grup 2 de bu çalıřmalarla uyumlu olarak klinik olarak postoperatif deęerlerin azaldıęı gözlenirse de, bu azalmanın bu çalıřmaların aksine istatistiksel olarak anlamlı olmadıęı tespit edilmiřtir.

Literatūrde diř çekimi sırasındaki kaygı ve ağrının azaltılması üzerine odyoanaljezinin etkilerinin değerlendirildiği yeterli sayıda çalışma bulunamamıştır. Ancak Maulina ve arkadaşları, Endonezya’da mūslūman katılımcılar üzerinde diř çekimi sırasındaki fizyolojik bulgulara islami mūzik ve klasik mūzięin etkilerini karşılaştırmıştır (MAULINA et al., 2017). Bu çalışmada klasik mūzięi dinleyen katılımcılar NAP (noradrenalin plazma) seviyesinde, sistolik kan basıncında ve diyastolik kan basıncında artış gösterme eğilimindedirler. Çalışmanın bu özel sonuçları, mūzik mūdahalesi sırasında tansiyonun azaldığını gösteren önceki çalışmaların çoğundan farklıdır (LOOMBA et al., 2012). Chafin ve ark. Farklı mūzik tūrlerinin tansiyon üzerinde farklı etkileri olabileceğini belirtmiştir (CHAFIN et al., 2004). Araştırmacılar, çalışmanın bu özel sonucu, mevcut çalışmanın katılımcılarının

tümünün Endonezyalı olması ve avrupa ülkesinden gelenler için tanıdık olan klasik müziğe aşina olmamalarından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Mok ve Wong'un (2003) müziğin hastanın kaygı üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma, tercih ettikleri müziği dinleyen katılımcıların daha anlamlı bir düşünüş göstereceğini göstermiştir (MOK & WONG, 2003). Sung ve ark., tanıdık müzik müdahalesinin yaşlıların yaşadığı kaygı üzerindeki etkisi hakkında, müziğe aşinalıklarının müzikle ilgili hoş anıların hatırı sayılabileceği ve hastanın olumlu duygularını ortaya çıkarabileceği ileri sürülmüştür (SUNG et al., 2012). Biz çalışmamızda standardizasyonu sağlamak için Türk toplumunun geneline hitap eden sanatçıların herkes tarafından bilinen ve sevilen şarkılarından oluşan bir müzik listesi kullandık.

Diş hekimliğinde müziğin anksiyeteye etkisini araştıran çalışmaların çoğunluğu çocuklar üzerinde yapılmıştır. Aitken ve ark., 4-6 yaşları arasında diş tedavisi gören yaklaşık beş yaş üstü çocuklarda müzik tedavisinin etkinliğinin, iyimser müzik dinleyen grup , dinlendirici grup ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür (AITKEN et al., 2002).

Shapiro ve Berland operasyon odasının gürültüsünün 55-86 dB (desibel) arasında olması gerektiğini rapor etmişlerdir (SHAPIRO & BERLAND, 1972). Operasyon odasında cerrahi bir aletin düşmesiyle 80 dB'in üstünde bir gürültü oluşabilir. Ses logaritmik bir skala ile ölçüldüğünden zemindeki gürültünün üstünde 30 dB'lik ani bir gürültü oluşması, sempatik aktivasyona ve hemen ona cevap oluşmasına neden olur. Yapılan araştırmalarda sedasyon altında yapılan cerrahi sırasında bu işitsel impulsların önlenmesi de sedasyon ihtiyacını azaltabileceği bulunmuştur (FALK & WOODS, 1973). Beyaz gürültünün diğer sesleri maskeleyen özelliğinden yararlanmak için ameliyathane ortamındaki hastalara müzikle beraber beyaz gürültünün etkisi bazı çalışmalarda karşılaştırılmıştır (AYOUB et al., 2005; CRUISE et al., 1997) . Cruise ve arkadaşları retrobulber blok ile katarakt ameliyatı olan 121 yaşlı hastada yaptıkları çalışmada, hastalara rahatlatıcı müzik, beyaz gürültü, ortam gürültüsü ve rahatlatıcı telkin dinletmişler ve anksiyete skorlarını değerlendirdiklerinde üç grupta da belirgin bir farklılık tespit etmemişlerdir (CRUISE et al., 1997). Bahsettiğimiz iki çalışmada da ortam gürültüsü standardize edilmeden

müzik ve beyaz gürültü ile karşılaştırılmıştır. Biz de çalışmamızda kontrol grubunda ortam gürültüsünü standardize etmedik. Çünkü aynı anda birden fazla minör cerrahi operasyon yapılan lokal ameliyathanede aynı anda alınan hasta sayısına ve değişen personel sayısına göre ortam gürültüsü farklılık göstermektedir.

Köylü İlkaya'nın yaptığı spinal anestezi ile ameliyat olan hastalarda müzik, beyaz gürültü ve ortam gürültüsünün sedasyon ve anksiyete üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmada müzik dinletilen grupta, cerrahiden 5 dk önce ölçülen ve derlenme döneminde ölçülen STAI-I (durumluk kaygı) beyaz gürültü ve ortam gürültüsü dinleyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü. Derlenmenin 30. dakikasında ölçülen STAI-I bizim çalışmamızla uyumlu olarak tüm gruplarda önceki ölçümlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuş. İntraoperatif anksiyete VAS değerleri müzik grubunda diğer iki gruba göre, beyaz gürültü grubunda ortam gürültüsüne göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. VAS değerleri derlenmedeki tüm ölçüm zamanlarında beyaz gürültü grubunda ve müzik grubunda ortam gürültüsüne göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. (ILKAYA et al., 2014).

Çalışmaların çoğunda müziğin hem psikolojik hem fiziksel olarak pozitif sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Farklı ülke ve klinik ortamlarda yapılan çalışmalarda müziğe cevap olarak düşük kan basıncı, düşük solunum oranı ve düşük kalp atım hızı izlenmiştir. STAI ile ölçülen durumluk ve sürekli kaygının müzik dinletisiyle düştüğü sonucuna varılmıştır. Tedavi ve kontrol gruplarında anlamlı farklılıklar olmayan çalışmalar da vardır. Perioperatif müzik dinletisinin kullanıldığı 42 randomize kontrollü çalışmadan oluşan sistematik derlemede müzik terapinin hastanın sıkıntısını azaltmak için kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. (NİLSSON, 2008)

Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak önemli fark olmasa da klinik olarak müzik ve müzikle birlikte beyaz gürültü dinletilmesinin özellikle kadın hastalar üzerinde anksiyete düzeylerini ve buna bağlı olarak da operasyon sırasında duyulan ağrı hissini olumlu yönde etkileyeceği sonucuna varılmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Tüm gruplarda anksiyetenin VAS ölçümleri postoperatif dönemde preoperatife göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği ve sadece müzik dinletilen gruptaki VAS değerleri kontrol grubuna göre postoperatif dönemde klinik olarak daha fazla azalmış olmasına karşın gruplar arasında anksiyete değişimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

2. Tüm gruplarda postoperatif STAI-I düzeyleri preoperatif dönemde ölçülene göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği ve sadece müzik dinletilen gruplarda azalma kontrol grubuna göre postoperatif dönemde klinik olarak daha fazla olmasına karşın gruplar arasında anksiyete değişimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

3. Müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği grupta postoperatif STAI-II ölçümleri preoperatife göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sadece müzik dinleyen grupta ve kontrol grubunda preoperatif ve postoperatif STAI II düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

4. Müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği grupta STAI II düzeyi preoperatife göre postoperatif dönemde istatistiksel anlamlı olarak daha fazla azalmıştı. Sadece müzik dinleyen gruba göre beyaz gürültüyle birlikte müzik dinleyen grupta preoperatife göre postoperatif dönemde STAI II düzeyi klinik olarak daha fazla azalmış olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi.

5. Gruplar arasında intraoperatif ağrı düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

6. Diğer gruplara göre kontrol grubunda kesinlikle tekrar yaptırım diyenlerin oranı ve sadece müzik dinleyen gruba göre Müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği grupta işlemi kesinlikle tekrar yaptırım diyenlerin oranı klinik olarak daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında işlemi tekrar yaptırma görüşleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi.

7. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen klinik olarak tek başına müziğin de müzikle birlikte beyaz gürültü dinletilmesinin de hastaların işlem sırasında duyduğu anksiyeteyi azalttığı ve konforu arttırdığı gözlenmiştir. Ancak bir yandan da bazı hastalar için kulaklık takma fikri, dışardan gelen komutları duyamayacakları için, hekimle iletişim kuramayacakları endişesi yaratmıştır. Bu nedenle bazı hastaların anksiyete düzeyi artmıştır. Bu durumun gruplar arasında anlamlı bir fark olmamasına yol açtığı düşünülmektedir.

8. Anksiyete ağrı algısını arttırmaktadır. Operasyon sırasında hastanın konforunu ve hekimle olan kooperasyonunu etkilemektedir. Bu nedenle anksiyetenin giderilmesi operasyonun optimum şartlarda yapılabilmesi için önemlidir. Uygulaması basit, ucuz ve non invaziv bir metod olması nedeniyle, farmakolojik yöntemlere ilave olarak, hastaların seçtikleri müziği preoperatif ve perioperatif dönemde dinlemesinin yararlı olacağı sonucuna varılmıştır.

9. İstatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlar elde edebilmek için denek sayısının artırıldığı, ortam standardizasyonunun daha iyi sağlandığı ve dental anksiyeteye özgü ölçeklerin de kullanıldığı daha kapsamlı çalışmaların yapılması uygun olacaktır.

10. Ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin bilinmesi, hastaların bu konularda aydınlatılması açısından önemlidir. Rutin uygulamada kliniklerde ameliyat öncesi

dönemde anksiyetesi olan hastalara destek verilmesi sağlanabilir. Bu amaçla müzik dinletme uygulamasının daha operasyon başlamadan önce, bekleme salonunda başlatılmasının hastanın anksiyete düzeyinin azaltılması üzerinde daha etkili olacağı görüşü ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde yapılacak daha ileri çalışmaların sonuçları aydınlatıcı olacaktır.



ÖZET

Gömülü alt 20 yaş dışı cerrahisinde odyoanaljezinin hastanın kaygı ve ağrı düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Bu çalışma; günümüzde tıpta birçok alanda tedavi amacıyla kullanılan odyoanaljezinin gömülü alt 20 yaş dışı cerrahisinde hastanın kaygı ve ağrı düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalı'na başvuran gömülü kemik retansiyonlu alt 20 yaş dışıne sahip 66 hasta üzerinde yapılmıştır. Cerrahi çekim yapılırken 1. gruptaki 22 hastaya beyaz gürültü fonunda hazırlanmış popüler şarkıların olduğu cd, 2. gruptaki 22 hastaya aynı şarkılardan hazırlanan cd dinletilmiştir, 3. Gruptaki 22 hastaya ise doğal ortam gürültüsü eşliğinde işlem yapılmıştır.

Cerrahi öncesinde tüm hastalara STAI-I ve STAI-II formları uygulanmıştır. Anksiyete düzeylerini VAS skalasında işaretlemeleri istenmiştir. İşlem sonrasında yine STAI-I ve STAI-II formları uygulanmıştır, anksiyete düzeylerini VAS skalasında işaretlemeleri istenmiştir. İşlem sırasında hissettikleri baskı/ağrı düzeyi VAS skalası ile değerlendirilmiştir. İşlemi tekrar yaptırma isteği sorgulanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; tüm gruplarda postoperatif anksiyete için VAS ölçümleri anlamlı azalma göstermiştir. STAI-I değerleri de tüm gruplarda postoperatif dönemde anlamlı olarak azalmıştır. STAI-II ölçümü postoperatif dönemde sadece müzik ve beyaz gürültünün birlikte dinletildiği grupta anlamlı bir azalma göstermiştir. Gruplar arasında intraoperatif ağrı için VAS ölçümleri işlemi tekrar yaptırma isteği yönünde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, gömülü 20 yaş dışı çekimi, odyoanaljezi, STAI

SUMMARY

The Evaluation of the Effect of Odyoanalgesia on Patient Anxiety and Pain Level During Impacted Mandibular Third Molar Surgery

The aim of this study was to evaluate the effect of odyoanalgesia which is used in many areas of medicine on the patient's anxiety and pain level during the surgery of impacted lower third molars.

Our study was carried out on 66 patients, who applied to Ankara University Department of Oral and Maxillofacial Surgery, suffering from impacted mandibular third molars. During surgery, 22 patients in the 1st group listened CD of popular songs with white noise, 22 patients in the second group listened CD of the same songs without white noise, 22 patients in the third group were treated with ambient noise without any song or white noise.

STAI-I and STAI-II forms were applied to all patients before surgery. They marked their anxiety levels on the VAS scale. After the procedure, STAI-I and STAI-II forms were applied and they marked the anxiety levels on the VAS scale. The pressure/pain level which they felt during the procedure was evaluated by VAS scale. The willingness to undergo same procedure was also evaluated.

According to the results of our study; VAS measurements for postoperative anxiety were significantly decreased in all groups. In all groups, STAI-I values decreased significantly in the postoperative period. STAI-II measurement showed a significant decrease in the postoperative period in the group which music and white noise were listened together. VAS measurements for intraoperative pain did not differ significantly between the groups. There was no significant difference between the groups for the willingness to repeat the process.

Key words: Anxiety, extraction of impacted lower third molars, odyoanalgesia, STAI

KAYNAKLAR

- AASGAARD T. (2001). An ecology of love: Aspects of music therapy in the pediatric oncology environment. *Journal of Palliative Care*, **17**(3), 177.
- AITKEN JC, WILSON S, COURRY D, MOURSİ AM. (2002). The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. *Pediatr Dent*, **24**(2), 114-118.
- AITKEN RC. (1969). A growing edge of measurement of feelings [Abridged] measurement of feelings using visual analogue scales. In: SAGE Publications.
- AKBULUT S. (2011). *Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi*. Dicle Üniversitesi,
- ALDEMİR T. (2000). *Ağrı sendromları*. (E. S. (ed) Ed. Birinci baskı ed.). İstanbul: Alemdar Ofset,.
- ANDRADA JM-C, VIDAL AA, AGUILAR-TABLADA TC, REINA IG, SILVA L, GUINALDO AR, ROLDÁN AB. (2004). Anxiety during the performance of colonoscopies: modification using music therapy. *European journal of gastroenterology hepatology*, **16**(12), 1381-1386.
- APA. (1994). *American psychological association diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington DC: APA.
- ARAPOSTATHIS KN, COOLIDGE T, EMMANOUIL D, KOTSANOS N. (2008). Reliability and validity of the Greek version of the Children's Fear Survey Schedule–Dental Subscale. *International journal of paediatric dentistry*, **18**(5), 374-379.
- ARMFIELD JM, SPENCER A, STEWART JF. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian dental journal*, **51**(1), 78-85.
- ASLANTÜRK H. (2013). *Farklı Rejyonel Mandibuler Anestezi Tekniklerinde Anestezi Etkinliğinin ve Olası Komplikasyonların İncelenmesi*. (doktora), Ankara üniversitesi,
- ATKINSON R, ATKINSON R, SMITH E, BEM D, HOEKSEMA S. (2010). *Psikolojiye Giriş* (5. Basım ed.). Ankara: Ayrıntı Basım Evi.
- AY Z, ERDEK Y, ÖZTÜRK M, KILINÇ G, BOZKURT Y, YILMAZ RJCÜDHF. (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi. **8**(1), 12-18.
- AYDIN ON. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış.
- AYDINTUĞ YS, KÖYMEN C, GULSES A, M Ş, AKYOL M, VAROL A. (2008). *A Preliminary Study of Evaluating Stress Factors Among Turkish Oral and Maxillofacial Surgeons*. Paper presented at the AÇBİD.

- AYOUB CM, RIZK LB, YAACOUB CI, GAAL D, KAIN ZN. (2005). Music and ambient operating room noise in patients undergoing spinal anesthesia. *Anesthesia Analgesia*, **100**(5), 1316-1319.
- BAL V. (2001). *Şok Dalgaları ile Taş Kırma İşleminde Ağrı ve Anksiyete Düzeyi Üzerine Müziğin Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), TC Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- BALCI S. (2006). *Kolikli Bebeklere Beyaz Gürültünün Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- BECK AT, EMERY G, ÖZAKKAŞ T, ÖZTÜRK V. (2006). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler: Bilişsel bir bakış açısı*: Litera yayıncılık.
- BEDI R, MCGRATH C. (2000). Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. *Gerodontology*, **17**(2), 97-103.
- BERKSUN O. (2003). *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. Ankara: Turgut Yayıncılık.
- BRUNGES M, AVIGNE G. (2003). Music therapy for reducing surgical anxiety. *AORN journal*, **78**(5), 816-818.
- BURGER J. (2006). *Kişilik* (İ. E.-S. Çev.), Trans.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- CHAFIN S, ROY M, GERIN W, CHRISTENFELD N. (2004). Music can facilitate blood pressure recovery from stress. *British journal of health psychology*, **9**(3), 393-403.
- CHAN Y, LEE PW, NG T, NGAN HY, WONG L. (2003). The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: a randomized trial. *Gynecologic Oncology*, **91**(1), 213-217.
- CIMILLI C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **4**(3), 182-186.
- COLWELL CM, EDWARDS R, HERNANDEZ E, BREES K. (2013). Impact of music therapy interventions (listening, composition, Orff-based) on the physiological and psychosocial behaviors of hospitalized children: a feasibility study. *Journal of Pediatric Nursing*, **28**(3), 249-257.
- CONTAR C, KANEGUSUKU K, BERTICELLI R, AZEVEDO-ALANIS L, MACHADO M. (2010). Complications in third molar removal: a retrospective study of 588 patients. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, **15**(1), e74-78.
- CORAH NL. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*, **48**(4), 596-596.
- COVINGTON H. (2001). Therapeutic music for patients with psychiatric disorders. *Holistic nursing practice*, **15**(2), 59-69.
- CRUISE CJ, CHUNG F, YOGENDRAN S, LITTLE DA. (1997). Music increases satisfaction in elderly outpatients undergoing cataract surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*, **44**(1), 43-48.

- CUNNINGHAM MF, MONSON B, BOOKBINDER M. (1997). Introducing a music program in the perioperative area. *AORN journal*, **66**(4), 674-682.
- CÜCELOĞLU D. (2006). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- ÇIFTER İ. (1986). *Psikiyatri: klinik psikiyatri*. Ankara: G.Ü. Basın Yayın Y. O. Basımevi.
- DE JONGH A, OLFF M, VAN HOOLWERFF H, AARTMAN IH, BROEKMAN B, LINDAUER R, BOER F. (2008). Anxiety and post-traumatic stress symptoms following wisdom tooth removal. *Behaviour research therapy*, **46**(12), 1305-1310.
- DEE JONGH A, ADAİR P, MEIJERINK-ANDERSON M. (2005). Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *International dental journal*, **55**(2), 73-80.
- DEMİRALP C. (2010). *Periodontal tedavi hakkında detaylı bilgilendirmenin dental anksiyete üzerine etkisi*. Gazi üniversitesi, Ankara.
- DO C. (2004). Applying social learning theory to children with dental anxiety. *The journal of contemporary dental practice*, **5**(1), 126-135.
- EBERT MH, LOOSEN PT, NURCOMBE B. (2003). *Current psikiyatri tanı ve tedavi* (B. S, Trans. Vol. 1).
- ECONOMOU GC. (2003). Dental anxiety and personality: investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *Journal of Dental Education*, **67**(9), 970-980.
- EDWARDS R, AUGUSTSON E, FILLINGIM R. (2003). Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *The Clinical journal of pain*, **19**(4), 208-216.
- EELLS K. (2014). The use of music and singing to help manage anxiety in older adults. *Mental Health Practice*, **17**(5), 10.
- EL-HASSAN H, MCKEOWN K, MULLER A, THERAPEUTICS. (2009). Clinical trial: music reduces anxiety levels in patients attending for endoscopy. *Alimentary pharmacology*, **30**(7), 718-724.
- ELI I, UZIEL N, BAHT R, KLEINHAUZ M. (1997). Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community dentistry oral epidemiology*, **25**(3), 233-237.
- ENG R. (2009). Third molar surgery: A review of current controversies in prophylactic removal of wisdom teeth. *J Oral Health*, **99**(6), 24.
- ERDINE S. (2000). *Ağrı mekanizmaları*.
- EROL BF. (2017). *Farklı protetik tedavilerin anksiyete ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerine etkisi*. (uzmanlık tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara
- ERTEN H, AKARSLAN ZZ, BODRUMLU E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence international*, **37**(4).

- ERTUĞRUL KÖYMEN C. (2008). *Çift Taraflı Gömülü Yirmi Yaş Dişlerine Sahip Hastalarda Uygulanan Adrenalinli ve Adrenalinli Artikain'in Stres Hormonları ve Vital Bulgulara Olan Etkisinin Değerlendirilmesi*. ANKARA.
- ESCH T, GUARNA M, BIANCHI E, ZHU W, STEFANO GB. (2004). Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. *Medical Science Monitor*, **10**(6), MS6-MS17.
- ESEN E, ÜSTÜN Y, BALCIÖĞLU YO, ALPARSLAN ZN. (2005). Evaluation of patient-controlled remifentanyl application in third molar surgery. *Journal of oral maxillofacial surgery*, **63**(4), 457-463.
- EVANS DR, BURNS JE, ROBINSON WE, GARRETT OJ. (1985). The quality of life questionnaire: A multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*, **13**(3), 305-322.
- FALK SA, WOODS NF. (1973). Hospital noise—levels and potential health hazards. *New England Journal of Medicine*, **289**(15), 774-781.
- FELDMAN R. (2000). *Essentials of understanding psychology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- FİLİZ Ö. (2012). *Mandibula Posterior Bölge İmplant Cerrahisinde Levobupivakain ve Artikainin Lokal Anestezik Etkilerinin Klinik Olarak Karşılaştırılması* ANKARA.
- FILLINGIM RB. (2013). Complex associations among sex, anxiety and pain. *Pain*, **154**(3), 332-333.
- FILLINGIM RB, KING CD, RIBEIRO-DASILVA MC, RAHIM-WILLIAMS B, RILEY III JL. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, **10**(5), 447-485.
- FOLAYAN M, UFOMATA D, ADEKOYA-SOFOWORA C, OTUYEMI O, IDEHEN E. (2003). The effect of psychological management on dental anxiety in children. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, **27**(4), 365-370.
- FRANCE R, ROBSON M. (1997). *Cognitive behavioural therapy in primary care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- FUENTES D, GORENSTEIN C, HU L. (2009). Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. *British dental journal*, **206**(8), E17.
- GABERSON KB. (1995). The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN journal*, **62**(5), 784-791.
- GEÇTAN E. (2004). *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- GÜN M, ŞAHİNOĞLU S. (2011). Music Therapy: Music Used As a Tool by Turks for Healing With a Historical Voyage-Müzik Terapi: Tarihsel Bir Yolculukla Türklerin Müziği Şifa Aracı Olarak Kullanmaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2-3.

- GÜNDÜZ S. (2009). *DENTAL FOBİSİ OLAN HASTALARDA DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EŞTANISI*. İstanbul.
- HAAS DA. (2011). Alternative mandibular nerve block techniques: a review of the Gow-Gates and Akinosi-Vazirani closed-mouth mandibular nerve block techniques. *The Journal of the American Dental Association*, **142**, 8S-12S.
- HALLAM R, RACHMAN S, HINCHCLIFFE RJCTMP. (1984). Psychological aspects of tinnitus. *3*, 31-53.
- HAN L, LI JP, SIT JW, CHUNG L, JIAO ZY, MA WG. (2010). Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, **19**(7-8), 978-987.
- HANDSCOMB L. (2006). Use of bedside sound generators by patients with tinnitus-related sleeping difficulty: which sounds are preferred and why? *Acta Oto-Laryngologica*, **126**(sup556), 59-63.
- HARTLING L, SHAIK M, TJOSVOLD L, LEICHT R, LIANG Y, KUMAR M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood-Fetal Neonatal Edition*.
- HAUN M, MAINOUS RO, LOONEY SW. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, **27**(3), 127-132.
- HOLTZMAN JM, BERG RG, MANN J, BERKEY DB (1997). The relationship of age and gender to fear and anxiety in response to dental care. *Special care in dentistry*, **17**(3), 82-87.
- HUPP JR, ELLIS E, TUCKER MR. (2014). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. India: Mosby.
- ILGÜY D, ILGÜY M, DİNÇER S, BAYIRLI G. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *Journal of International Medical Research*, **33**(2), 252-259.
- ILKAYA NK, USTUN FE, SENER EB, KAYA C, USTUN YB, KOKSAL E, OZKAN F. (2014). The effects of music, white noise, and ambient noise on sedation and anxiety in patients under spinal anesthesia during surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, **29**(5), 418-426.
- İNANÇ BY, YERLIKAYA E. (2009). *Kişilik kuramları*: Pegem Akademi.
- IRWIN M, THOMPSON N, KENNY G. (1997). Patient-maintained propofol sedation: Assessment of a target-controlled infusion system. *Anaesthesia*, **52**(6), 525-530.
- JAAKKOLA S, RAUTAVA P, ALANEN P, AROMAA M, PIENIHÄKKINEN K, RÄIHÄ H, . . . SILLANPÄÄ M. (2009). Dental fear: one single clinical question for measurement. *The open dentistry journal*, **3**, 161.
- JASTREBOFF P. (2000). *Tinnitus habituation therapy (THI) and tinnitus retraining therapy (THI)* (T. R. Ed.). San Diego.

- JENKİNS MD. (2001). A Descriptive Study of Subject Indexing and Abstracting in International Index to Music Periodicals, RILM Abstracts of Music Literature, and the Music Index Online. *Notes*, **57**(4), 834-863.
- KARAKUL A. (2014). *GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULAMA GEÇİREN ÇOCUK VE ADÖLESANLARA AMELİYAT SONRASI UYANMA SÜRECİNDE DİNLETİLEN MÜZİĞİN HASTANIN KAYGI DURUMU VE YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ* (Yüksek Lisans Tezi), EGE ÜNİVERSİTESİ,
- KAYHAN Z. (2004). *Klinik anestezi. 3. baskı*. İstanbul: Logos Yayıncılık.
- KEMPER KJ, DANHAUER SC. (2005). Music as therapy. *South Med J*, **98**(3), 282-288.
- KILIÇ İ. (2015). *Dental implant uygulamalarında anksiyete ve ağrının değerlendirilmesi*. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- KISILEVSKY B, HAINS S, JACQUET AY, GRANIER-DEFERRE C, LECANUET J-P. (2004). Maturation of fetal responses to music. *Developmental Science*, **7**(5), 550-559.
- KÖMÜRCÜ N. (1999). Travayda dinletilen tedavi müziğinin gebenin anksiyetesine etkisi. *Hemşirelik Forumu*, **2**(3), 89-96.
- KÖROĞLU A, DURKAN R. (2010). Diş Hekimliği Uygulamalarında Karşılaşılan Dental Anksiyete Sendromunun Etiyolojisinin Ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.*, 20-23.
- KÖYLÜ İLKAYA N. (2009). *Müzik, Beyaz Gürültü ve Ortam Gürültüsünün Spinal Anestezi ile Ameliyat Olan Hastalarda Sedasyon ve Anksiyete Üzerine Etkileri* T.C Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun.
- KVALE G, RAADAL M, VIKÅ M, JOHNSEN BH, SKARET E, VATNELID H, ØIAMO I. (2002). Treatment of dental anxiety disorders. Outcome related to DSM-IV diagnoses. *European journal of oral sciences*, **110**(2), 69-74.
- LAUTCH H. (1971). Dental phobia. *The British Journal of Psychiatry*, **119**(549), 151-158.
- LE SCOURANEC R-P, POIRIER R-M, OWENS JE, GAUTHIER JJATI, MEDICINE. (2001). Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: a pilot study of tape preference and outcomes. **7**(1), 58.
- LEE CY, CHANG YY, HUANG ST. (2007). Prevalence of dental anxiety among 5-to 8-year-old Taiwanese children. *Journal of public health dentistry*, **67**(1), 36-41.
- LEE WP, WU PY, LEE MY, HO LH, SHIH WM. (2017). Music listening alleviates anxiety and physiological responses in patients receiving spinal anesthesia. *Complement Ther Med*, **31**, 8-13. doi:10.1016/j.ctim.2016.12.006
- LEPAGE C, DROLET P, GIRARD M, GRENIER Y, DEGAGNÉ R. (2001). Music decreases sedative requirements during spinal anesthesia. *Anesthesia Analgesia*, **93**(4), 912-916.
- LOCKER D, THOMSON W, POULTON R. (2001). Psychological disorder, conditioning experiences, and the onset of dental anxiety in early adulthood. *Journal of dental research*, **80**(6), 1588-1592.

- LOOMBA RS, ARORA R, SHAH PH, CHANDRASEKAR S, MOLNAR J. (2012). Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: a meta-analysis. *Indian heart journal*, **64**(3), 309-313.
- MAJSTOROVIC M, VEERKAMP J. (2005). Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *Eur J Paediatr Dent*, **6**(1), 30-34.
- MALAMED SF. (2011). Is the mandibular nerve block passé? *The Journal of the American Dental Association*, **142**, 3S-7S.
- MALAMED SF. (2014). *Handbook of local anesthesia-e-book*. In.
- MARAKOĞLU İ, DEMİRER AGS, ÖZDEMİR UPD, SEZER H. (2003). Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk Ve Süreklilik Kaygı Düzeyi. *CÜ Diş Hek Fak Derg*, **6**.
- MARTINDALE F, MIKOCCA-WALUS AA, WALUS BP, KEAGE H, ANDREWS JM. (2014). The effects of a designer music intervention on patients' anxiety, pain, and experience of colonoscopy: a short report on a pilot study. *Gastroenterology Nursing*, **37**(5), 338-342.
- MAULINA T, DJUSTIANA N, SHAHIB MN. (2017). The Effect of Music Intervention on Dental Anxiety During Dental Extraction Procedure. *The open dentistry journal*, **11**, 565.
- MEECHAN JG. (2008). Local anaesthesia. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, **1**(1), 3-10.
- MEHTA NR, SCRIVANI SJ, MACIEWICZ R. (2008). Dental and facial pain. In *Raj's Practical Management of Pain (Fourth Edition)* (pp. 505-527): Elsevier.
- MENEGAZZI JJ, PARIS PM, KERSTEEN CH, FLYNN B, TRAUTMAN DE. (1991). A randomized, controlled trial of the use of music during laceration repair. *Annals of emergency medicine*, **20**(4), 348-350.
- METZGER LK. (2004). Assessment of use of music by patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Music Therapy*, **41**(1), 55-69.
- MILGROM P, MANCL L, KING B, WEINSTEIN P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour research therapy*, **33**(3), 313-319.
- MOK E, WONG KY. (2003). Effects of music on patient anxiety. *Aorn j*, **77**(2), 396-397, 401-396, 409-310.
- MOORE R, BIRN H, KIRKEGAARD E, BRØDSGAARD I, SCHEUTZ F. (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community dentistry oral epidemiology*, **21**(5), 292-296.
- MORGAN G, MIKHAIL M. (1996). *Pain Management. In: Clinical Anesthesiology* (2 eded.). New Jersey: PrenticeHall International, Inc.
- MORGAN G, MIKHAIL M, MURRAY M. (2008). *Klinik Anesteziyoloji 4. baskı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

- MUĞLALI M, KÖMERİK N. (2005). Ağız cerrahisi ve anksiyete. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **8**(2).
- NAKAI Y, HIRAKAWA T, MILGROM P, COOLIDGE T, HEIMA M, MORI Y, . . . SHIMONO T. (2005). The children's fear survey schedule–dental subscale in Japan. *Community dentistry oral epidemiology*, **33**(3), 196-204.
- NEVERLIEN PO, JOHNSEN TB. (1991). Optimism-pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10–12 years. *Community dentistry oral epidemiology*, **19**(6), 342-346.
- NİLSSON U. (2008). The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN journal*, **87**(4), 780-807.
- OVALI F. (2005). Fetus ve Yenidoğanda İştme: Temel Kavramlar ve Perspektifler. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, **14**(3), 138-149.
- OVAYOLU N, UCAN O, PEHLIVAN S, PEHLIVAN Y, BUYUKHATİPOĞLU H, SAVAS MC, GULSEN MT. (2006). Listening to Turkish classical music decreases patients' anxiety, pain, dissatisfaction and the dose of sedative and analgesic drugs during colonoscopy: a prospective randomized controlled trial. *World journal of gastroenterology: WJG*, **12**(46), 7532.
- ÖCEK Z, KARABABA A, TÜRK M, ÇİÇEKLIOĞLU M, KANDEMİR Ş. (2001). Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastalarda Dental Anksiyete Etiyolojisinin Değerlendirilmesi. *EÜ Diş Hek Fak Derg*, **22**, 121-129.
- ÖNER N. (1977). *Durumluk-Sürekli kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği*. (Doçentlik Tezi), Hacettepe Üniversitesi Ankara.
- ÖNER N. (1994). *Türkiye'de kullanılan psikolojik testler* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- ÖNER N, COMPTE L. (1985). *Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri el kitabı*. İstanbul:: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- ÖNER N, LECOMPTE WA. (1998). *Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri: el kitabı*: Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- ÖST L-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of abnormal psychology*, **96**(3), 223.
- ÖZDEMİR A, ÖZDEMİR H, COŞKUN A, TAŞVEREN S. (2001). Diş Hekimliği Fakültesinde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *CÜ Diş Hek Fak Derg*, **4**, 71-74.
- ÖZTÜRK L, ERSEVEN H, ATI M. (2009). *Makamdan Şifaya*. İstanbul: İş bankası kültür yayınları.
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN AJA, TURKEY: NOBEL. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Mental Health and Disorders).

- PALAKANIS KC, DENOBILE JW, SWEENEY WB, BLANKENSHIP CL. (1994). Effect of music therapy on state anxiety in patients undergoing flexible sigmoidoscopy. *Diseases of the colon rectum*, **37**(5), 478-481.
- PARK WY, WATKINS PA. (1991). Patient-controlled sedation during epidural anesthesia. *Anesthesia Analgesia*, **72**(3), 304-307.
- PELL GJ, GREGORY GT. (1942). Report on a ten-year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *American Journal of Orthodontics Oral Surgery*, **28**(11), B660-B666.
- PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, TUCKER MR. (1988). *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. St. Louis: Mosby
- PRAJAPATI V, MITRA R, VINAYAK K. (2017). Pattern of mandibular third molar impaction and its association to caries in mandibular second molar: A clinical variant. *Dental research journal*, **14**(2), 137.
- PRATT RR. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical medicine rehabilitation clinics*, **15**(4), 827-841.
- RAGNARSSON, E. (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontologica Scandinavica*, **56**(2), 100-104.
- ROWE MM, MOORE TA. (1998). Self-report measures of dental fear: Gender differences. *American Journal of Health Behavior*.
- SALAMON E, BERNSTEIN SR, KIM S-A, KIM M, STEFANO GB. (2003). The effects of auditory perception and musical preference on anxiety in naive human subjects. *Medical Science Monitor*, **9**(9), CR396-CR399.
- SEEMAN K, MOLIN C. (1976). Psychopathology, feelings of confinement and helplessness in the dental chair, and relationship to the dentist in patients with disproportionate dental anxiety (DDA). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **54**(2), 81-91.
- SEKELES C. (1996). *Music, Motion and Emotion: The Developmental-Integrative Model of Music Therapy*: Barcelona Publishers.
- SEZER E, ATICI E. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **36**(1), 29-32.
- SHAPIRO RA, BERLAND T. (1972). Noise in the operating room. *New England Journal of Medicine*, **287**(24), 1236-1238.
- SMYTH JS. (1993). Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Australian dental journal*, **38**(5), 354-359.
- SPIELBERG C, GORSUCH R, LUSHENE R, VAGG P, JACOBS G. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. . In: CA: Consulting psychologists press.
- SPIELBERGER CD. (1966). *Anxiety and behavior* (Vol. 1): New York Academic Press.

- STABHOLZ A, PERETZ B. (1999). Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *International dental journal*, **49**(2), 90-94.
- STANDLEY JM. (2001). Music therapy for the neonate. *Newborn Infant Nursing Reviews*, **1**(4), 211-216.
- STEIN DJ, HOLLANDER E, ROTHBAUM BO. (2009). *Textbook of anxiety disorders*: American Psychiatric Pub.
- STOUTHARD ME, HOOGSTRATEN J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community dentistry oral epidemiology*, **18**(3), 139-142.
- SUNG HC, LEE WL, LI TL, WATSON R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, **27**(6), 621-627. doi:10.1002/gps.2761
- SÜRMEİ A. (1997). *Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış* (Vol. 1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- TAANI DQ. (2001). Dental fear among a young adult Saudian population. *International dental journal*, **51**(2), 62-66.
- TASDEMİR A. (2012). *STAI Testi ile Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi İzmir.
- TEO C, FOONG W, LUI H, VIGNEHSA H, ELLIOTT J, MILGROM P. (1990). Prevalence of dental fear in young adult Singaporeans. *International dental journal*, **40**(1), 37-42.
- TER HORST G, DE WIT C. (1993). Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *International dental journal*, **43**(3 Suppl 1), 265.
- THAUT MH. (2005). The future of music in therapy and medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1060**(1), 303-308.
- UDOYE CI, OGinni AO, OGinni FO. (2005). Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. *J Contemp Dent Pract*, **6**(2), 91-98.
- UYAR M, AKIN KORHAN E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı dergisi*. **23**(4), 139-146.
- VASSEND O. (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behaviour research therapy*, **31**(7), 659-666.
- WAITE JE. (1978). *Textbook of Practical Oral Surgery*. (dü. Edition 2nd ed.). Philadelphia: Leo and Febiger.
- WINTER GB. (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar: a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations*: American medical book company.

- WOGELIUS P, POULSEN S, TOFT SØRENSEN H. (2003). Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, **61**(3), 178-183.
- YADAV P, KUMAR VR. (2010). Evaluation of local anaesthetic failures in dental practice. *Int Oral Health*, **2**(4), 16-21.
- YALÇIN J. (2010). *Anne bebek arasındaki bağlanma olgusunun infantil kolik ile ilişkisi*. Mersin Üniversitesi, Mersin.
- YALOM ID, BABAYIĞIT Zİ. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*: Kabalcı Yayınevi.
- YUSA H, ONIZAWA K, HORI M, TAKEDA S, TAKEDA H, FUKUSHIMA S, YOSHIDA H. (2004). Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, Endodontology*, **98**(1), 23-27.
- YÜCEL A. (1997). *Akut ağrı nörofizyolojisi. Hasta kontrollü analjezi*.
- YÜCETAŞ Ş, TÜRKER M. (2004). *Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi*, (3 ed.).
- ZHANG X, FAN Y, MANYANDE A, TIAN Y, YIN P. (2005). Effects of music on target-controlled infusion of propofol requirements during combined spinal-epidural anaesthesia. *Anaesthesia*, **60**(10), 990-994.

EKLER

EK-1 Operasyon Öncesi Formu

Adı Soyadı:

Doğum tarihi/ yaşı:

Mesleği:

Operasyon tarihi:

Operasyon öncesi anksiyete durumu:

Aşağıdaki çizgi üzerinde anksiyete durumunuzun şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz. (0=hiç kaygılı değilim, 10=çok fazla kaygılıyım)

1 _____ 10

EK-2 Operasyon sonrası Formu

Adı Soyadı:

Doğum tarihi/ yaşı:

Mesleği:

Operasyon tarihi:

Operasyon sonrası :

Aşağıdaki çizgi üzerinde şuanki anksiyete durumunuzun şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz. (0=hiç kaygılı değilim, 10=çok fazla kaygılıyım)

1 _____ 10

Aşağıdaki çizgi üzerinde işlem sırasında hissettiğiniz baskının ve ağrının şiddetini gösteren noktayı işaretleyiniz. (0=hiç ağrı yok, 10= çok fazla ağrılı)

1 _____ 10

Bu işlemi başka bir dişiniz için yaptırmamız gerekirse tekrar yaptırır mısınız?

- 1) Asla yaptırmam
- 2) Belki/ emin değilim
- 3) Kesinlikle yaptırırım

EK-3 STAI TX-I

STAI FORM TX – I

İsim:.....
Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su 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)

EK-4 STAI TX-II

STAI FORM TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		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.	Herşeyi 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 kırıklıklarımı 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)

EK-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMA ONAM FORMU

Sizden Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan “ Odyoanaljezinin 20 yaş diş çekimi sırasında hasta konforuna ve ağrı düzeyine etkisinin değerlendirilmesi” konulu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışma siz dâhil 66 hasta üzerinde yapılması planlanmıştır. Yapacağımız çalışmanın amacı gömülü 20 yaş dişinizin çekimi sırasında tedaviniz müzik eşliğinde yapıldığında işlem sırasındaki ağrı ve kaygı düzeyinizin ve konforunuzun değerlendirilmesidir. Bu araştırma, sizin mevcut kaygı , ağrı düzeyinizin ve konforunuzun araştırılması ve odyoanaljezi ile bu şartların iyileştirilip iyileştirilemeyeceğinin aydınlatılmasına yardımcı olacaktır. Aynı zamanda sizlere uygulanan tedavilerin yaşam kalitenizi hangi ölçüde ve ne yönde değiştirdiğinin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Yapılacak bu çalışmada planlanan ameliyat şeklinde ve iyileşmenizi etkileyecek herhangi bir konuda değişiklikler yapılmamıştır. Normal prosedür dışında size ameliyattan ameliyattan önce ve sonra anksiyete, ağrınız ve işlemi tekrar yaptırma isteğiniz sorgulanacak ve STAI-TX 1-2 anketleri yapılarak duygu durumunuz değerlendirilecektir. Bölümümüzdeki tedaviniz süresince uygulanan cerrahi sırasında cerrahi prosedürler eksiksiz olacaktır. Bu çalışmada sizden herhangi bir örnek alınmayacak sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışmaya dahil olmak istememeniz durumunda bu tedavinizi etkilemeyecektir ve normal prosedürler uyarınca tedaviniz devam edecektir.

Çalışma ile ilgili tüm sorularına tatmin edici cevaplar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Çalışmanın amacı ve sonuçları; karşılaşılabileceğim olumlu ve olumsuz yönleri Prof. Dr. Serpil Altundoğan, ve Dt. Mine ALKAYA tarafından bana açıklanmıştır.

Hastanın

Tanığın

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Tarih:

Tarih:

İmza

İmza

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı : Mine
Soyadı : ALKAYA
Doğum yeri ve tarihi : Antalya, 05.10.1990
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Bekar
İletişim adresi : Prof. Dr. Ahmet Taner Kışlalı Mah. 2856 sokak, Eston-1
Sitei, C/7, Çankaya / ANKARA
E-posta : alkayamine@hotmail.com

II. Eğitim

2014- : Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D., Ankara.
2008-2013 : Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, ANKARA
2004-2008 : Adem Tolunay Anadolu Lisesi, ANTALYA
1996-2004 : Antalya Koleji, ANTALYA
Yabancı Dil : İngilizce

III. Ünvanları

2014- : Araştırma Görevlisi
2013- : Diş Hekimi.

IV. Mesleki Deneyimi

2014- : Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D. Araştırma görevlisi

V. Bilimsel İlgili Alanlar

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Poster Bildirileri:

1. Yurttutan Mehmet Emre, Alkaya Mine. Tongue Deviation Due To Chiari Malformation. IAOMS-ACBID Joint Congress, May Antalya (2018).
2. Mine Alkaya, Mehmet Emre Yurttutan, Cahit Üçok, Özlem Üçok, Ayşegül Mine Tüzüner Öncül. The Challenges Of Implant Surgery. Planmed İmplantoloji Eğitim Grubu 9. Uluslararası Oral İmplantolojide İleri Protokoller Sempozyumu 10-13 Mayıs, Antalya (2018)
3. Alkaya Mine, Sancak Kevser, Tüzüner Öncül Ayşegül Mine(2018). “Evaluation of experience of stress in cleft parents”. 12th World Cleft Lip/Palate And Craniofacial Conference(Icpf), 18-21 April, Leipzig-Almanya (2018)
4. Tüzüner Öncül Ayşegül Mine, Yurttutan Mehmet Emre, Altuğ Demiralp Ayşe Tuba, Sancak Kevser, Alkaya Mine, Naifoğlu Eda. Le Fort 1 Osteotomy Challenges in Alveolar Cleft Patients. 12th World Congress of theInternational Cleft Lip andPalate Foundation, 18-21 April, Leipzig-Almanya (2018)
5. M. Emre Yurttutan, Mine Alkaya. Immadiate Implant Placement With Mineralized Plasmatic Matrix After Extraction Of Impacted Canine. International Conference Advanced Protocols in Oral Implantology. 9-12 November, Belgrade (2017)
6. Sancak Kevser, Alkaya Mine, Naifoğlu Eda, Yurttutan Mehmet Emre, Tüzüner Öncül Ayşegül Mine. Late Cleft Palate And Alveolus Reconstruction Of An Adult Patient. 11th World Cleft Lip/Palate And Craniofacial Conference(Icpf), 200-201. 10-13 November, China (2017)
7. Mine Alkaya, Özün Karaahmetoğlu, M. Emre Yurttutan. One-stage Three-dimensional Bone Transplant and Implant Placement Technique: Two Cases Reports. International Conference Advanced Protocols in Oral Implantology. 9-12 November, Belgrade (2017)

8. Yurttutan Mehmet Emre, Alkaya Mine. Immediate Implant Placement With Mineralized Plasmatic Matrix After Extraction Of Impacted Canine. International Conference Advanced Protocols in Oral Implantology. 9-12 November, Belgrade (2017)
9. Mine Alkaya, Özün Karahmetoğlu, Ozan Kaan Venedik, Can Arslan, Ayşe Tuğba Altuğ, Ayşegül Mine Tüzüner Öncül. Rigid External Distraction (RED) Treatment of a Patient With Dentofacial Deformities. 23rd International Conference on Oral & Maxillofacial Surgery (ICOMS), 31 March -3 April, Hong Kong (2017)
10. A.Şenol, Ö.Bilgili, A.T. Altuğ, A.M. Tüzüner-Öncül, O. Karahmetoğlu, A. Kortmaz, S. Turgut, K. Tütüncüler, M. Alkaya. İskeletsel Sınıf III Anomalinin SARME ve Ortognatik Cerrahi ile Tedavisinin 1 Yıllık Takip Sonuçları: Olgu Sunumu. 15. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Kongresi. 1-5 Ekim, Antalya, Türkiye (2016)
11. M.Emre Yurttutan, Mine Alkaya, Özün Karahmetoğlu. Bone Ring Graft Augmentation and Implant Placement on One Stage. 8th Annual International Symposium of Advanced Protocols in Oral Implantology. 19-22 Mayıs, Antalya, Türkiye (2016)
12. K.Tutunculer, A.Kıvrak, H. Hakiki, M. Alkaya, U.K. Akal Aktaş, Treatment of a Large Maxillary Cyst with Decompression. Ağız ve Çene Yüz Cerrahisi Birliği (ACBID), 9th International Congress. 27-31 Mayıs, Antalya – Türkiye (2015).

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Sözlü Bildiriler

1. Yurttutan Mehmet Emre, Tüzüner Öncül Ayşegül Mine, Alkaya Mine. Comparison of Osseointegration between 5 Different Titanium Implant Surfaces. 100th AAOMS Annual Meeting, Scientific Sessions and Exhibition, 76(10), Chicago (2018)
2. Kevser Sancak, Mine Alkaya, Eda Naifoğlu, M. Emre Yurttutan, Ayşe Tuğba Altuğ, Ayşegül Mine Tüzüner Öncül. Reconstruction of Resected Premaxilla with Distraction Osteogenesis and Alveolar Bone Grafting in a Cleft Patient. 12th

World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation 19-22 April,
Leipzig-Germany (2018)

VI. Bilimsel Etkinlikleri

Katıldığı Bilimsel Toplantılar ve Kurslar:

1. Planmed İmplantoloji Eğitim Grubu 9. Uluslararası Oral İmplantolojide İleri Protokoller Sempozyumu 10-13 Mayıs (2018), Antalya
2. 12th World Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation 19-22 April 2018 Leipzig-Germany
3. International Conference Advanced Protocols in Oral Implantology. 9-12 November, Belgrade (2017)
4. Dental Fotoğrafçılık Eğitimi, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 12,19,26 Nisan 2017
5. 23rd International Conference on Oral & Maxillofacial Surgery (ICOMS), 31 March -3 April (2017), Hong Kong
6. Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası Eğitim Programı, ANKÜSEM, Şubat 2017
7. Tag Dental- Dental Konferans, 15-22.01.2017, Phuket Tayland
8. Planmed İmplantoloji Eğitim Grubu 8. Uluslararası Oral İmplantolojide İleri Protokoller Sempozyumu; 19-22 Mayıs (2016), Antalya
9. TAOMS, 13. Bilimsel Sempozyumu, 23-26 Ekim 2015, Trabzon
10. AÇBİD, 9. International Congress, 27-31 Mayıs 2015, Antalya.
11. Planmed İmplantoloji Eğitim Grubu 7. Uluslararası Oral İmplantolojide İleri Protokoller Sempozyumu; Mayıs (2015), Antalya