

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**ORTODONTİK TEDAVİYE KABUL EDİLEN HASTALARIN
DENTAL KORKU, ALEKSİTİMİ VE ANKSİYETE SEVİYELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dt. Saadet ÇINARSOY CİĞERİM
ORTODONTİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatih KAZANCI

VAN-2017

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**ORTODONTİK TEDAVİYE KABUL EDİLEN HASTALARIN
DENTAL KORKU, ALEKSİTİMİ VE ANKSİYETE SEVİYELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dt. Saadet ÇINARSOY CİĞERİM
ORTODONTİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatih KAZANCI

VAN-2017

KABUL VE ONAY



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatih KAZANCI'ya,

Akademik yolculuğum sırasında yanımda olan, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocam, bölüm başkanımız Sayın Yrd. Doç. Dr. Özer ALKAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresince ve çalışmam sırasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Araş. Gör. Gönül DİNÇ'e, Araş. Gör. Sabahattin BOR'a, Araş. Gör. Ahmet KARAMAN'a, Araş. Gör. Esra YÜKSEK'e ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman bana destek olan ve bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan sevgili annem Muzaffer ÇINARSOY'a, sevgili babam İsmail Hakkı ÇINARSOY'a, sevgili abim Ali Rıza ÇINARSOY'a, canım kardeşim Betül ÇINARSOY'a, babaannem Akkadın ÇINARSOY'a, rahmetli dedem Ali Rıza ÇINARSOY'a, rahmetli anneannem Nebahat ALTINOK'a ve rahmetli dedem Ahmet ALTINOK'a

Her daim yanımda olan sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Levent CİĞERİM ve ailesine,

Her zaman olduğu gibi tez hazırlama sürecinde de bana enerji ve güç veren, yüzümdeki gülümsemenin sebebi biricik kızım Bahar'a

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| KABUL VE ONAY | I |
| TEŞEKKÜR..... | II |
| İÇİNDEKİLER | III |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | V |
| TABLolar LİSTESİ..... | VII |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Korku ve Anksiyete Kavramları | 4 |
| 2.2. Dental Korku ve Dental Anksiyete Kavramları | 5 |
| 2.2.1. Dental korku ve dental anksiyeteye neden olan etkenler | 7 |
| 2.2.2. Dental korku ve dental anksiyetenin görülme sıklığı | 9 |
| 2.2.3. Dental korku ve dental anksiyetenin belirlenmesi ve ölçülmesi | 10 |
| 2.2.4. Çalışmada kullanılan korku ve anksiyete ölçüm araçları | 12 |
| 2.2.5. Dental korku ve dental anksiyeteye sahip bireylerde diş hekimliği uygulamalarında görülen problemler | 15 |
| 2.2.6. Ortodonti ile ilişkili dental korku ve dental anksiyete..... | 16 |
| 2.2.7. Dental korku ve dental anksiyeteye sahip bireyler ile iletişim ve ortodontistin rolü..... | 19 |
| 2.2.8. Dental işlemler esnasında korku ve anksiyetenin azaltılmasını sağlayan tedavi yöntemleri | 20 |
| 2.3. Aleksitimi Kavramı | 22 |
| 2.3.1. Duygunun tanımı | 23 |
| 2.3.2. Aleksitiminin tanımı | 24 |
| 2.3.3. Aleksitiminin tarihsel gelişimi | 26 |
| 2.3.4. Aleksitimik kişiliğin temel özellikleri | 27 |
| 2.3.5. Aleksitimik özelliklerin belirlenmesi ve ölçülmesi..... | 29 |
| 2.3.6. Aleksitimik kişilerde göz önünde bulundurulması gereken durumlar | 30 |
| 2.3.7. Aleksitimik bireylerin teşhisi ve tedavisinde kullanılan yöntemler | 33 |
| 2.4. Diş Hekimliği ve Ortodonti Alanında Korku, Anksiyete ve Aleksitimi Kavramlarını İnceleyen Çalışmalar..... | 34 |
| 2.4.1. Diş hekimliği alanında korku ve anksiyete kavramını inceleyen çalışmalar | 35 |

| | |
|---|-----|
| 2.4.2. Ortodonti alanında korku ve anksiyete kavramını inceleyen çalışmalar..... | 37 |
| 2.4.3. Tıp alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar | 40 |
| 2.4.3. Diş hekimliği alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar | 41 |
| 2.4.4. Ortodonti alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar | 42 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 44 |
| 3.1. İstatistiksel Yöntem..... | 45 |
| 3.2. MDASO ve OKL Anketlerinin Güvenilirliği | 46 |
| 3.3. Metot Hatasının Değerlendirilmesi | 46 |
| 4. BULGULAR..... | 47 |
| 5. TARTIŞMA VE SONUÇ | 64 |
| 5.1. Dental Korku ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler | 66 |
| 5.2. Genel Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler | 68 |
| 5.3. Dental Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler | 70 |
| 5.4. Ortodonti ile İlişkili Dental Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler | 72 |
| 5.5. Aleksitimi ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler | 75 |
| ÖZET | 81 |
| SUMMARY | 82 |
| KAYNAKLAR | 83 |
| ÖZGEÇMİŞ | 109 |
| EKLER..... | 110 |
| EK-1 : Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)..... | 110 |
| EK-2 : Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI)..... | 111 |
| EK-3 : Dental Korku Skalası (DKS)..... | 113 |
| EK-4 : Çapa Anksiyete Skalası (ÇAS) | 115 |
| EK-5 : Modifiye Dental Anksiyete Skalasının Ortodontiye Uyarlanmış Versiyonu (MDASO) | 117 |
| EK-6 : Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi (OKL) | 118 |
| EK-7 : Etik Kurul Onayı..... | 120 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---------------------------|---|
| * | : $P \leq 0,05$ |
| ** | : $P \leq 0,01$ |
| ark. | : Arkadaşları |
| ÇAS | : Çapa Anksiyete Skalası |
| DAQ | : Dental Anksiyete Sorusu |
| DAS | : Dental Anksiyete Skalası |
| DASS | : Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası |
| DBS | : Dental Güven Skalası (Dental Belief Survey) |
| DKS | : Dental Korku Skalası |
| EDA | : Elektronik Dental Anestezi |
| FAA | : Fotoğraf Anksiyete Anketi |
| GFS | : Gatchel'in Korku Skalası |
| IM | : İntramusküler |
| IV | : İntravenöz |
| MDAS | : Modifiye Dental Anksiyete Skalası |
| MDASO Versiyonu | : Modifiye Dental Anksiyete Skalasının Ortodontiye Uyarlanmış |
| M-DKS | : Modifiye Dental Korku Skalası |
| n | : Birey sayısı |
| NS | : Önemli değil |
| OKL | : Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi |

| | |
|---------------|---|
| ort. | : Ortalama |
| p | : İstatistiksel anlamlılık |
| RPE | : Hızlı Palatinal Genişletme |
| S.sp. | : Standart sapma |
| SPSS | : Statistical Package for Social Science |
| STAI | : Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri |
| STAI-S | : Durumluk Anksiyete Skalası |
| STAI-T | : Sürekli Anksiyete Skalası |
| TAÖ-20 | : Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 |
| TENS | : Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu |
| VAS | : Vizüel Analog Skala |

TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Hastaların yaş dağılımı ve yaş ortalamaları | 47 |
| Tablo 2. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre demografik özelliklerinin dağılımının karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 3. Anketlere verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler | 49 |
| Tablo 4. MDASO sorularına verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler | 49 |
| Tablo 5. OKL sorularına verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler..... | 50 |
| Tablo 6. MDASO anketinde yer alan beş sorunun toplam MDASO skoru ile ilişkisi .. | 51 |
| Tablo 7. OKL anketinde yer alan onbeş sorunun toplam OKL skoru ile ilişkisi..... | 52 |
| Tablo 8. Anketlerin skor ortalamalarının cinsiyete göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması..... | 53 |
| Tablo 9. TAÖ-20 ortalamalarının yaş gruplarına göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 10. Anket ortalamalarının (TAÖ-20 hariç) yaşa göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 11. TAÖ-20 ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre Mann Whitney U testine göre karşılaştırılması | 55 |
| Tablo 12. Anketlerin ortalamalarının (TAÖ-20 hariç) çalışma ve kontrol grubuna göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 13. 14. soruya verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı | 57 |
| Tablo 14. 2. soruya verilen cevapların çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımı..... | 58 |
| Tablo 15. 4. soruya verilen cevapların çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımı..... | 58 |
| Tablo 16. 8. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı | 59 |
| Tablo 17. 9. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı | 59 |
| Tablo 18. 12. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı | 59 |
| Tablo 19. 13. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı | 60 |
| Tablo 20. 14. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı | 60 |
| Tablo 21. Yapılan anketlere ait Spearman Korelasyon Katsayıları | 62 |
| Tablo 22. Hastalara ait TAÖ-20, STAI-S, STAI-T, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL skor ortalamalarının karşılaştırılması | 63 |

1. GİRİŞ

Ortodonti, hastaların diş sağlığı ve estetiği ile ilgili kişisel görüşlerinin ön planda olduğu bir bilim dalıdır (Graber ve ark., 2012). Ortodontik tedavi çoğunlukla bireylerin isteklerine bağlı olarak uygulanan bir tedavi seçeneğidir ve diğer dental tedavilere göre daha az travmatiktir (O'Brien ve ark., 1998). Bununla birlikte hastalar ortodontik tedavi öncesinde uygulanacak işlemler ile alakalı korku ve anksiyete hissedebilmektedirler.

Bireyler genelde diş problemleri ya da maloklüzyonlar oluşuktan sonra diş hekimlerine başvurumaktadırlar. Bu durumun en büyük sebeplerinden biri bireylerdeki diş hekimi korkusudur (Smith ve Heaton, 2003). Gelişmiş ülkelerde bireyler, süt dişlenme döneminden itibaren diş hekimine gitmektedir. Bu sayede ağız ve diş bakımı bilinci daha erken yaşlardan itibaren oluşmakta ve bireylerin dental işlemlerden korkma, rahatsız olma ya da olumsuz deneyim yaşama ihtimalleri azalmaktadır (Raadal ve ark., 1995).

Dental korku ve dental anksiyete toplum içerisinde yaygın olarak görülmektedir ve bu durum, hem hekim hem de hastalar açısından zorlayıcı bir durumdur. Dentafobi (diş hekimi korkusu), bireyden bireye değişkenlik göstermekte ve ortodontistlerin de diğer diş hekimlerinin yaşadıklarına benzer problemler yaşamalarına neden olabilmektedir (Kvale ve ark., 2004; Enkling ve ark., 2006).

Ağız-diş bakımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarından gereken düzeyde yararlanamayan bireyler, diş hekimleriyle ilk karşılaşmalarında daha fazla tedirgin olmaktadır. Buna bağlı olarak toplumda diş hekimlerine karşı bir önyargı oluşmakta ve dental işlemler sırasında bireylerde korku ve anksiyete geliştiği görülmektedir (Cuthbert ve Melamed, 1982). Özellikle ilk dental tedavi deneyimi olumsuz geçen bir bireyin çoğunlukla bundan sonraki diş hekimliği uygulamalarında da korku duyduğu bilinen bir gerçektir (Alwin ve ark., 1991). Erken yaşlardan itibaren diş hekimleriyle iletişim halinde olan bireylerin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde daha rahat ve stressiz oldukları belirtilmiştir (Chapman ve Kirby-Turner, 1999).

Korku, bilinen bir tehlikeye karşı ortaya çıkan subjektif bir duygudur (Freeman, 1985; Brown ve ark., 1986). Dentafofi, kişilerin kendi oluşturdukları korkular nedeniyle meydana gelmektedir ve bazı durumlarda kişinin psikolojisini bozacak kadar etkili olabilmektedir (Lautch, 1971; Gündüz, 2009). Dental tedavilerden kaynaklanan korkular, hasta motivasyonunu olumsuz etkileyen en önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmiştir (Kleiman, 1982; Peretz ve Efrat, 2000).

Anksiyete, nedeni belli olmayan tehlikeli bir durum veya olaydan dolayı meydana gelen şiddetli endişe ve huzursuzluk halidir (Chadvick, 2002; Kvale ve ark., 2004). Korku ve anksiyete kavramları birbirlerine benzemekte ancak aralarında bazı farklar bulunmaktadır (Freeman, 1985; Brown ve ark., 1986). İnsan yaşamında birçok etkene karşı korku ve anksiyetenin her ikisi birden görülebilmektedir (İnanç ve ark., 2003). Dental anksiyete kavramı diş hekimine veya dental işlemlere karşı duyulan endişe olarak tanımlanmaktadır. Dental anksiyete, her yaşta görülebilmesine rağmen çocuklukta ve adölesan dönemde daha sık ortaya çıkmaktadır (Smyth, 1993). Diş hekimliğinde son zamanlardaki teknolojik gelişmelere rağmen dental işlemler esnasında korku ve anksiyete reaksiyonlarının halen olduğu bilinmektedir (Hägglin ve ark., 1999). Dental anksiyete, kaygıya neden olan durumlar arasında beşinci sırada bulunmaktadır (Agras ve ark., 1969; Hägglin ve ark., 1999).

İnsan, duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve onları ifade edebilen bir canlıdır. Aleksitimi, kişinin duygularını düzgün bir şekilde ifade etmede yaşadığı güçlük olarak tanımlanmaktadır (Sifneos, 1991; Taylor, 1994). Aleksitimi, Yunanca'da a (yok), lexis (söz) ve thymos (duygu) anlamına gelen sözcüklerin bir araya gelmesinden oluşmuş bir terimdir (Sifneos ve ark., 1977; Dereboy, 1990). Aleksitiminin var olup olmadığından çok, aleksitimik özelliklerin seviyesinden bahsetmek daha doğru olmaktadır (Taylor, 1987). Son yıllarda gelişen teknoloji ve kalabalıklaşan toplum içerisinde karışık bir hal alan insan ilişkileri nedeniyle bireyler yalnızlığa sürüklenmektedir. Bu durum bireylerin kendileri ile ilgili durum ve duygularını ifade etmede güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Koçak, 2002).

Bireylerin psikolojik durumları ile ortodontik maloklüzyonun ilişkili olduğu ve yapılan tedavilerin hastanın kendine olan güvenini artırdığı bilinmektedir. Bireylerin psikolojik değişikliklerinin ortodontik tedaviyi ne şekilde etkilediğinin bilinmesi

gerektiği belirtilmiştir (Güray ve ark., 1994). Ortodontik tedavi süresince hastaların psikolojilerinin değiştiği, doğru bir hasta-hekim iletişimi ve ilişkisi ile bireylerin psikolojik yapısını oluşturan korku, anksiyete ve stres gibi faktörlerin azaltılabileceği bildirilmiştir (Mercuri ve ark., 1979).

Ortodontist ve hasta arasında oluşması gereken en önemli durum sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisidir. Hasta- hekim ilişkisinin tedavi başında sağlanması, tedavi devam ederken meydana gelebilecek olumsuzlukların önceden ortadan kaldırılmasına olanak tanır. Hareketli apareyler, headgearler, ağız içi elastik kullanımı yanında randevulara düzenli gelme, apareylere zarar verecek sert gıdalardan uzak durulması ve ağız hijyeninin yeterli olması için de hasta-hekim ilişkisinin iyi kurulması gerekmektedir. Tedavi sırasında bu ilişkisinin yeterince sağlanamaması tedavinin yavaşlamasına, ideal tedaviden sapmalara ve hekimin zamanını boş yere harcamasına neden olmaktadır. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce hasta-hekim ilişkisinin sağlığı açısından bireylerin aleksitimik özellikler barındırıp barındırmadıklarının tespit edilmesi gerekmektedir (Roy, 2011).

Ortodontik tedaviye olan talebin yüksekliği ve hastaların tedaviye karşı dental korku, dental anksiyete ve duygularını ifade edebilme düzeylerinin önemi göz önüne alındığında bu ilişkilerin incelenmesine ihtiyaç vardır. Dental korku, dental anksiyete ve aleksitiminin ortodonti hastalarında birlikte araştırıldığı bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu tez çalışmasının amacı, 11-20 yaşları arasında olan ortodonti hasta grubundaki bireylerde dental korku, aleksitimi ve anksiyete seviyeleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Korku ve Anksiyete Kavramları

Anksiyete (Kaygı) sözcüğü ilk olarak Çiçero tarafından sürekli endişelenme ve endişeye yatkınlık manasında kullanılmıştır. Psikoloji alanında bireylerin içinde buldukları ruhsal durumu belirten “Anksiyete” kavramı ise ilk olarak Freud tarafından tanımlanmıştır (Manav, 2011). Freud’a göre anksiyete oluşumu herhangi bir olumsuz durum ve tehlikeye karşı kişiyi uyarmak ve savunma mekanizmasını harekete geçirmektedir (Köknel, 1993). Anksiyete, kişilerin bilinçaltında oluşturdukları bilinmeyen bir tehlikeye karşı gelişen aşırı endişe ve huzursuzluk durumudur. (Chadvick, 2002; Kvale ve ark., 2004).

Anksiyete, vücudumuzun biyolojik korunma sistemidir. Belirgin bir tehlike olmadığı halde sanki var olarak algılanan, bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen beklenti hissi, endişe veya bir felaket olacağı duygusu ile karakterize olan kaygı durumu "anormal anksiyete" olarak adlandırılır. Anormal anksiyete, patolojiktir ve psikolojik ve/veya farmakolojik olarak tedavi edilmesi gerekmektedir (Uzbay, 2002). Anksiyetenin en sık karıştırıldığı terim korkudur (Dağ, 1999; Manav, 2011). Nedeni belli olmayan ve kişiye zarar verecek herhangi bir durumda oluşan anksiyete, korkunun daha genel hali olarak da tanımlanmaktadır (Brown ve ark., 1986). Anksiyete, nesne içermemesi açısından korkudan farklılık göstermektedir (Budak, 2000; Manav, 2011). Anksiyeteye sahip bir birey bazı şeylerden korkuyormuş gibi davranır ve huzursuzdur.

Korku, insan hayatının bir parçası olmakla birlikte günlük yaşamı olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. Korku, nedeni belli olan bir etkene karşı oluşan duygudur (Freeman, 1985; Brown ve ark., 1986). İnsan hayatında birbirinden farklı çeşitli korkular bulunmaktadır (Freeman, 1985; Brown ve ark., 1986). Günlük hayatta birden fazla etkene karşı korku ve anksiyete gelişebilmektedir. Korku ve anksiyeteye neden olan durumlar, bireylerde birçok davranışsal ve fizyolojik sıkıntılara sebep olmaktadır (Sungur, 1997).

Korku ve anksiyete terimleri dış hekimliğinde birbirlerinin yerine kullanılabilen fakat bazı farklılıklara sahip olan iki kavramdır (Freeman, 1985; Brown ve ark., 1986;

Dağ, 1999). Korku ve anksiyete arasında üç ana farklılık bulunmaktadır. Bu farklılıklar; kaynak, şiddet ve süredir. Korkunun oluşma nedeni bellidir fakat anksiyetenin sebebi ise belli değildir. Anksiyetenin meydana gelmesinde ortam değişikliği, negatif durumlardan kaynaklanan sonuçlar ve ileride tam olarak nelerin yaşanacağını bilinmemesi etkili olmaktadır. Korku, anksiyeteye kıyasla daha şiddetlidir. Korkunun kısa süreli olmasına karşın anksiyete uzun süre devam edebilmektedir (Cüceloğlu, 1991; Manav, 2011).

Anksiyetenin psikolojik ve somatik belirtileri bulunmaktadır. Psikolojik belirtiler bireyden bireye büyük farklılıklar gösterebilmektedir.

Anksiyetenin somatik belirtileri:

- Soğuk terleme, yorgunluk, irkilme, kas spazmları, baş ve göğüs ağrıları, güçsüzlük, tremor, sık idrara çıkma, taşikardi ve ritim bozuklukları gibi kardiyak belirtiler
- Hiperventilasyon, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissi gibi solunum sistemi belirtileri; ağız kuruluğu, midede ağrı ve yanma, diare, bulantı, kusma ve boğazda doluluk hissi gibi gastrointestinal kökenli belirtiler
- Baş dönmesi, parasteziler ve sinirlilik gibi santral sinir sistemi belirtileri bulunabilmektedir (Köroğlu ve Durkan, 2010; Uzbay, 2002).

Korku oluşturan bir durum bütün bireyler için aynı tehdidi oluşturabilir ancak anksiyetenin ortaya çıkmasına bireylerin öznel düşünceleri neden olmaktadır (Özer, 2008; Manav, 2011). Korkuya kıyasla anksiyete, hem olumlu hem de olumsuz bir duygu olarak değerlendirilebilir. Anksiyetenin olumsuz olan tarafı, düşüncesinin rahatsız edici olmasıdır. Olumlu olan kısmı ise etkene karşı bireyin uyarılması ve gereken önlemlerin alınması için bir tetik nokta oluşturmasıdır (Ersevimi, 2005; Manav, 2011).

2.2. Dental Korku ve Dental Anksiyete Kavramları

Dental korku, insanların yaşadığı korku çeşitlerinden birisidir (Berggren ve ark., 1997). Dentafobi, dental işlemlere karşı her zaman uyarı ile doğru orantılı olarak gelişmeyen anksiyete ve bu abartılı anksiyete tepkisinin mantıksız olduğunu bilmesine

karşın kişinin davranışlarını engelleyemediği ya da belirgin bir sıkıntı ile bu duruma katıldığı özgül bir fobi tipidir. Diş hekimine gitmekten korkma veya hoşlanmama (Dentafofi) bireyin kendi dünyasında yarattığı korkuları içermektedir (Gündüz, 2009). Günümüzde etkin lokal anesteziğin ve analjeziklerin rutin olarak kullanılmasına rağmen bazı hastalar diş hekimine gitmekten korkmaktadır (Gündüz, 2009). Dentafofi, bireylerde psikolojik sıkıntılar yaratabilmekle birlikte bireylerin ağız sağlığının ve buna bağlı olarak genel sağlıklarının bozulmasına da neden olabilmektedir (Gündüz, 2009). Bazı ülkelerde bu konu hakkında pek çok çalışma yapılmıştır (Milgrom ve ark., 1988; Mejare ve Mjönes, 1989; Chellappah ve ark., 1990; Moreas ve ark., 1994).

Dental anksiyete, genel anksiyeteden farklı ve spesifik olarak diş tedavisi sırasında yaşanan strese karşı verilen cevaptır (Corah ve ark., 1985; Boorin, 1995). Dental anksiyete, dental tedavi sebebiyle hissedilen korkuya bağlı gelişen ve net olarak ifade edilemeyen şiddetli bir rahatsızlık ve gerginlik halidir (Corah ve ark., 1985; Boorin, 1995). Dental anksiyete, her yaşta görülebilmesine rağmen çocuklukta veya adolesan dönemde daha sık ortaya çıkmaktadır (Smyth, 1993).

Diş hekimleri, dental işlemler sırasında hastalarda korku ve anksiyete reaksiyonlarıyla sıklıkla karşılaşabilmektedirler (ter Horst ve de Wit, 1993; Ay ve ark., 2005). Bu durum hekim ve hasta açısından hoş olmayan bir durumdur ve bazı sıkıntılara yol açabilmektedir (ter Horst ve de Wit, 1993; Ay ve ark., 2005). Hastaların genel anksiyete düzeyleri ile dental anksiyete arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Akarslan ve ark., 2010). Dental anksiyete çoğunlukla kaygıya neden olan durum ve nesnelere arasında beşinci sırada yer almaktadır (Agras ve ark., 1969; Hägglin ve ark., 1999). Dental anksiyete ve/veya korku bireylerde oluşturduğu psikolojik, duygusal ve davranışsal değişimler nedeniyle ağız sağlığı ve genel sağlık üzerine olumsuz etki ederek kişilerin yaşam standartlarının ve kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Locker ve Liddell, 1992; Hägglin ve ark., 2000).

Dental anksiyete ile dental korku arasında sebepler ve tedavi yönünden ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar, dental anksiyetenin kişinin günlük yaşamını, sosyal etkinliklerini ve ailesel ilişkilerini etkilediğini ve sorunlar yarattığını göstermiştir (Buchanan ve Niven, 2002). Diş hekimine başvuran hastaların korku ve anksiyetesinin olup olmadığının tedavi öncesinde tespit edilmesi, hekimin

tedavi esnasında karşılaşılabileceği olumsuz durumlara karşı hazırlıklı olmasına ve hastaların korku ve anksiyetelerinin azaltılması için bazı önlemler alınmasına yardımcı olmaktadır (Ragnarsson, 1998; Önçağ ve Çoğulu, 2005).

Ağrı, korku ve anksiyete birbiri ardına gelişen, meydana gelmek için birbirinden destek alan kavramlardır ve dental işlemler sırasında problem oluşturan önemli etkenlerdir. (Ünlüyol ve Kocabalkan, 2010). Ortodontik tedavi gören bireyler bazı işlemler sırasında rahatsızlık duyabilmektedirler. Ortodontik tedavi etkisiyle dişlerde hassasiyet, basınç ve ağrı oluşabilmektedir. Ağrı oluşabileceği düşüncesi, hastaların ortodontik tedaviye karşı korku ve anksiyete reaksiyonları geliştirmelerine zemin hazırlayabilmektedir. Bu korku ve anksiyete nedeniyle bireylerin ortodontik tedaviye karşı olan istekleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Çağlayan ve Tuncer, 2011).

2.2.1. Dental korku ve dental anksiyeteye neden olan etkenler

Dental korku ve dental anksiyete özel olarak diş hekimliği alanında görülen ve zamanla daha da gelişebilen durumlardır (Feinmann ve Harrison, 1997). Anksiyete sebebiyle dental tedaviden korkmak ve tedaviden kaçmak sık rastlanan bir durumdur ve ağız-diş sağlığının kötüye gitmesiyle sonuçlanmaktadır (Peretz ve Mann, 2000). Dentafobiye sahip bireyler hekimle iletişim kurmaktan kaçınır duruma dahi gelebilirler (Feinmann ve Harrison, 1997). Anksiyeteli bireyler daha çok ağrı hissedecekelerini düşündükleri için diş tedavilerini aksatırlar (Üçok ve ark., 1995). Bireylerin diş hekimine gidip gitmemelerini dental anksiyete düzeyleri belirleyebilmektedir. Düzenli diş hekimi ziyareti, ağız ve diş sağlığının daha iyi olmasını buna bağlı olarak da erken tanı ve tedavi olanağı sağlamaktadır (Sohn ve Amid, 2005).

Dental işlemler, hastaların bilinci yerindeyken uygulanmaktadır. Bu nedenle dental tedaviler esnasındaki psikodinamik etkenler (hastaların tedavi işlemlerinin kendi kontrollerinin dışında gerçekleşmesi, beklentileri, çaresizlikleri ve tedavinin kaçınılmaz oluşu) ve çevresel etkenler (dental enjektör, kesici ve delici aletler, tedavi süresinin uzunluğu, yardımcı personel ve doktorun kişisel ve mesleki yaklaşımı) hastaların korku duymasına neden olabilir (Boorin, 1995; Abrahamsson ve ark., 2003). Ortodontik tedavi ise diğer dental tedavilere kıyasla uzun süren bir tedavidir ve genelde kullanılan aletler

koru oluşturmaz. Ancak birçok hasta (ocuk hastalar) ortodontik tedavi öncesinde anksiyete ve korku duyabilir (Roy, 2011).

Ağrı oluşacağını düşünmek, yapılan işlemlere bağlı olmadan somatik yanıtlar oluşturabilir ve anksiyete seviyesi fazla olan hastalar tarafından ağrının algılanması abartılabilir (Bernson ve ark., 2007). Fazla ağrı olmamasına rağmen hastalar aşırı psikolojik ve davranışsal tepkiler verebilir. Lokal anestezi enjeksiyonu ile korku ve anksiyete düzeyi en yüksek seviyeye ulaşır (Bernson ve ark., 2007) Uyarılar etkisiyle endojen epinefrin salınımı fizyolojik reaksiyonların ortaya çıkmasına neden olur (Aartman ve ark., 1997). Dental tedaviye başlarken veya tedavi devam ederken, dental enjektörü ya da dental aletleri görerek korkan bireyler anksiyete belirtileri gösterir (Smyth, 1993). Dental enjektör ve aeratr kullanımının en çok korku ve anksiyeteye sebep olan işlem olduğu söylenmiştir. (Taani, 2001; Erten ve ark., 2006).

Diş hekimliği korkusunun travmatik deneyimlerle veya sosyal öğrenme ile oluştuğu ayrıca klasik koşullanma ve bilişsel öğrenme ile oluştuğu da bildirilmektedir. (Berggren ve ark., 1997). Dental korkunun oluşmasında kişinin travmatik bir tecrübe yaşaması, aile bireylerinin korkuya yatkın davranışları ve kişinin de bu davranışlardan etkilenmesi rol oynamaktadır (Kunzelman ve Dünninger, 1990).

Diş hekimliğinde korku ve anksiyetenin oluşmasına sebep olan faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- ❖ önceki diş tedavileri sırasında yaşanılan ağrı ve travmatik işlemler,
- ❖ Aile bireyleri ve vredeki kişilerin korku/anksiyete davranışları,
- ❖ Doktor-hasta ilişkisi ve hekimin tedavi hakkındaki yorumları,
- ❖ Tedavinin çok uzun ve stresli geçmesi,
- ❖ Bireylere ağız sağlıkları hakkında yapılan eleştiriler,
- ❖ Tedavi hakkında söylenen eksik bilgiler,
- ❖ Yanlış veya eksik tedavi,
- ❖ Hekimi yetersiz bulma ve hekime güvenmeme,
- ❖ Diş hekiminin muayene odası,
- ❖ Aletlerin görüntü ve sesleri,
- ❖ Kliniğin kokusu,

- ❖ Düşük ağrı eşiği,
- ❖ İnternette, televizyonda ve gazetelerde diş hekimleri hakkındaki kötüleyici ifadeler (Boorin, 1995; Taani, 2001; Abrahamsson ve ark., 2003; Erten ve ark., 2006).

2.2.2. Dental korku ve dental anksiyetenin görülme sıklığı

Dental korku ve dental anksiyetenin popülasyonlardaki görülme oranının saptanması için yapılan araştırmalarda farklı metod ve farklı çalışma grupları kullanılması sebebiyle ortalama net bir değer belirlenememiştir (Hägglin ve ark., 1999; Fırat ve ark., 2006). Dental anksiyete, dünya genelinde yaygındır ve herhangi bir ülke veya popülasyonla sınırlı değildir. Görülme sıklığı popülasyon ve ölçüm tekniğine göre değişim göstermektedir (Chellappah ve ark., 1990; Taani, 2001).

Epidemiyolojik araştırmalar sonucunda toplumun %3 ila %20'sinde dental tedaviler ile ilişkili problem oluşturabilecek seviyede korku ve anksiyete olduğu bildirilmektedir. Sonuçlardaki bu farklılık bazı çalışmaların dental fobiyi, bazılarının ise korku ile alakalı gibi duran ancak farklı yapıdaki dental anksiyeteyi tespit etmesinden dolayı olabileceği belirtilmiştir (Locker ve ark., 2001).

Farklı toplumlarda yapılan dental anksiyete görülme sıklığı ile ilgili çalışmalarda elde edilen değerler ise %2,5-%20 arasındadır. Amerikalıların %80'inin dental tedaviler ile ilgili bazı kaygılarının olduğu görülmüştür ve %5-14'ünün ise yoğun dental anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (Scott ve Hirschman, 1982). Anksiyete görülme sıklığı Hint popülasyonunda %10-%19 (Acharya, 2008; Appukuttan ve ark., 2013), İngiliz popülasyonunda %11-%12 (Yuan ve ark., 2008; Humphris ve ark., 2009), Yunan popülasyonunda %11 (Coolidge ve ark., 2008), Fin popülasyonunda %3 (Humphris ve ark., 2000) olarak rapor edilmiştir. Türk toplumunda yapılan çalışmalarda elde edilen değer ise %21,3-%23,5 arasındadır (Tunç ve ark; 2005; Fırat ve ark 2006).

Dental korku ve anksiyetenin cinsiyet ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Hällström ve Halling, 1984; Hakeberg ve ark., 1992; Hägglin ve ark., 1996; Hägglin ve ark., 1999). Dental korku ve dental anksiyetenin adolesan ve yetişkin bireyleri içeren çalışmalarda, kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür (Taani, 2001; Fırat

ve ark., 2006; Kanli ve ark., 2008). Ayrıca anksiyetenin yaş ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda dental işlemler süresince yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin daha az anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür (Humphris ve ark., 2009; Do Nascimento ve ark., 2011). Önceki travmatik deneyimlerin dental korku ve anksiyetede önemli bir başlatıcı faktör olduğunu bildirilmiştir (Do Nascimento ve ark., 2011). İran toplumunda yapılan bir çalışmada dental anksiyete skoru %12,34, dental korku skoru ise %41,16 olarak bulunmuştur. Kadınların korku ve anksiyete skorları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Saatchi ve ark., 2015).

Ortodontik tedavi esnasında görülen anksiyete ile ilgili çalışmalar araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Ortodontik tedaviler esnasında çocuklarda (%77) stres yaşandığı belirtilmiştir (Maj ve ark., 1967). Khokhar ve ark. (2015) da ortodonti hastalarındaki dental korku ve anksiyeteyi değerlendirmişler ve katılımcıların %46'sında düşük anksiyete skorları, %4'ünde ise şiddetli anksiyete skorları görmüşlerdir. Araştırmacılar aynı zamanda anksiyete ve eğitim seviyesinin ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Lewis ve Brown. (1973) yaptıkları çalışmalarında ise 9-18 yaş aralığındaki ortodontik apacey uygulanmış 100 çocuk hastanın sadece %25'inde dental anksiyete oluştuğunu rapor etmişlerdir.

2.2.3. Dental korku ve dental anksiyetenin belirlenmesi ve ölçülmesi

Bireylerin dental korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi, tedavi esnasında hastalara olan yaklaşım yönünden önemlidir (Önçağ ve Çoğulu, 2005). Tedaviye başlamadan önce hastaların korku ve anksiyete düzeyleri hakkında fikir sahibi olunmalıdır. Tedavi sırasında diş hekimi, hastalardan gelebilecek tepkilere hazırlıklı olmalı ve hastaların sakinleşmesi için yardımcı olmalıdır (Önçağ ve Çoğulu, 2005).

Özel olarak geliştirilmiş skalalar sayesinde hastaların korku veya anksiyete hissedip hissetmedikleri tespit edilebilmektedir (Ragnarsson, 1998; Humphris ve ark., 2006). Bu skalaların büyük bir kısmı hastaların okuyup cevaplayabilecekleri anket formlarından oluşmaktadır. Skalaların kullanımı kolaydır. Dental tedaviye başlamadan önce hastalara bu anketlerin doldurtulmasının bireylerin korku ve anksiyete düzeyi üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Ragnarsson, 1998; Humphris ve ark., 2006).

Dental anksiyetenin tespit edilip incelenmesi için değişik özelliklere sahip ölçeklerin ve skalaların oluşturulup geliştirilmesi sağlanmıştır. Bu skala ve anketler;

Yetişkin dental anksiyete anketleri;

- Dental Anksiyete Skalası “Corah’s Dental Anxiety Scale, DAS” (Corah, 1969),
- Modifiye Dental Anksiyete Skalası “Modified Dental Anxiety Scale, MDAS” (Humphris ve ark., 2006),
- Dental Korku Skalası “Kleinknecht’s Dental Fear Survey, DKS” (Kleinknecht ve ark., 1973),
- Modifiye Dental Korku Skalası “Modified Dental Fear Survey, M-DKS” (Ay ve ark., 2005),
- Dental Anksiyete Sorusu “The Dental Anxiety Question, DAQ” (Viinikangas ve ark., 2009).
- Gatchel’in Korku Skalası “The Gatchel’s 10-Point Fear Scale, GFS” (Gatchel, 1989),
- Fotoğraf Anksiyete Anketi “The Photo Anxiety Question, FAA” (Stouthard ve Hoogstraten, 1987),
- Dental Anksiyete Envanteri (The Dental Anxiety Inventory).

Çocuklarda kullanılan dental anksiyete anketleri;

- Korku Tarama Listesi (Children’s Fear Survey Schedule),
- Venham Resim Testi (Venham Picture Scale),
- Venham Anksiyete ve Davranış Değerlendirme Ölçeği (Venham Anxiety and Behavior Rating Scales).

Genel anksiyete anketleri;

- Durumluk ve Sürekli Anksiyete Envanteri (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
- Korku Tarama Listesi (Fear Survey Schedule)
- Weiner Korku Ölçeği (Weiner Fear Questionnaire)

2.2.4. Çalışmada kullanılan korku ve anksiyete ölçüm araçları

➤ Spielberger'in Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI):

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Spielberger ve ark., 1983). Bireylerin günlük yaşantılarında veya karşılıklarına çıkan farklı durumlardaki anksiyete düzeylerinin saptanması amacıyla bu ölçekler kullanılmaktadır. Bu skala durumluk (state) ve sürekli (trait) anksiyeteyi ölçen 2 alt bölümden oluşmaktadır. STAI, spesifik bir duruma karşı meydana gelen anksiyete (durumluk anksiyete) ile genel kişilik özelliği olarak ortaya çıkan anksiyeteyi (sürekli anksiyete) birbirinden ayıran bir kayıt materyalidir. Durumluk anksiyete, bireylerin yaşadığı tehlike oluşturan bir olaya veya duruma karşı gelişir. Sürekli anksiyete ise bireylerin içinde yaşadıkları ortamda devamlı bir huzursuzluk ve kaygı yaşamaları durumuna denir (Özdemir ve ark., 2001). Türkçeye N.Öner ve A.Le Compte tarafından uyarlanıp, geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1985).

Envanterin 20 sorudan oluşan iki ayrı bölümü bulunmaktadır. Toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Durumluk Anksiyete Ölçeği sorularına verilen cevaplar 'hiç', 'biraz', 'çok' ve 'tamamiyle' sıklıklarından oluşmaktadır. Sürekli Anksiyete Ölçeği'nde ise verilen cevaplar 'hemen hemen hiçbir zaman', 'bazen', 'çok zaman' ve 'hemen her zaman' sıklıklarından oluşmaktadır.

Sorular arasında doğrudan ve ters ifadeler bulunmaktadır. Olumlu duyguları ifade eden 'ters' ifadelerde 1 puan olanlara 4, 4 puan olanlara ise 1 puan verilir. Olumsuz duyguları ifade eden doğrudan sorularda 4 puanlık cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu belirtir. Tersine çevrilmiş ifadelerde 4 puanlık cevaplar düşük, 1 puanlık

cevaplar anksiyetenin fazla olduğunu göstermektedir (Aydemir ve Koroğlu, 2000). 2 ölçekte de belirlenen toplam puanlar 20-80 arasında olmaktadır. Yüksek puanlar anksiyete seviyesinin fazla olduğunu belirtmektedir. Ankette ortalama puanlar 36-41 arasında değişmektedir (Aydemir ve Koroğlu, 2000).

➤ **Dental Korku Skalası (DKS):**

Kleinknecht tarafından geliştirilmiştir. Dental korkunun farklı boyutlarda ele alınmasını sağlayan bu skala; diş hekimine gitmekten korkma, kaçınma, korkunun somatik semptomları ve dental tedaviler sırasındaki farklı uygulamalara karşı hissedilen korku seviyesini inceleyen 20 adet sorudan oluşan, Likert tipi (cevaplara 1-5 puan verilen) bir skaladır (Kleinknecht ve ark., 1973). DKS toplam skorları 20-100 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada skalanın geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Fırat ve ark., 2006).

DKS'nin kullanıldığı bir çalışmada 40 değerinden küçük puanlar düşük dental korku, 40-60 arası değerler orta dental korku, 60-80 arası değerler yüksek dental korku, 80 ve üzeri değerler ise şiddetli dental korku olduğunu belirtmektedir (Yıldırım ve ark., 2013). Yine DKS'nin kullanıldığı diğer bir araştırmada 53 ve üzeri değerlerin yüksek dental korku olduğunu ifade ettiği belirtilmiştir (Oliveira ve ark., 2015).

➤ **Çapa Anksiyete Skalası (ÇAS):**

Çapa Anksiyete Skalası, İstanbul Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda geliştirilen ve sadece ortodontik tedaviyle ilgili ortodonti hastalarının anksiyetesini ölçmek amacıyla oluşturulmuş bir skaladır (Şengün ve ark., 2011). ÇAS, 10 sorudan oluşur ve ankette her soru için Likert tipi (cevaplara 1-5 puan verilen) cevap seçenekleri kullanılmıştır. On soruya hasta tarafından verilen cevaplara bağlı olarak anksiyete skoru minimum 10, maksimum ise 50 puan olarak saptanmaktadır. Elde edilen anksiyete skoru arttıkça, bireyin sorularda bahsi geçen ortodontik işlemler ile ilgili anksiyete seviyesinin fazla olduğu sonucuna varılmaktadır. Çapa Anksiyete Skalası'nın geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak için daha önceden geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Frankl Skalası ile karşılaştırma yapılmıştır ve ÇAS güvenilir bulunmuştur (Şengün ve ark., 2011).

➤ **Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS):**

Corah' ın dental anksiyete skalasına (DAS), enjeksiyon ile alakalı anksiyete seviyesinin de hesaplanmasına yarayan bir soru eklenerek oluşturulmuş bir skaladır (Humphris ve ark., 2006). Toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Cevaplara 1-5 arasında puanlar verilerek toplam 5-25 aralığında bir skor elde edilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda skalanın geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (Tunç ve ark., 2005; Ilgüy ve ark., 2005).

➤ **Modifiye Dental Anksiyete Skalasının Ortodontive Uyarlanmış Versiyonu (MDASO):**

Dental anksiyeteyi değerlendiren mevcut skalalar enjeksiyon, kesici-delici alet kullanımı gibi soruları içerip ortodontik işlemlerle alakalı sorular içermediğinden ortodontik prosedürlerle ilgili yeni bir anket geliştirilmesi amacıyla MDASO oluşturulmuştur. MDAS' ın ortodontive modifiye edilmesinin amacı bireylerin ortodontik işlemler ile diğer dental işlemler arasındaki farkları ayırt edebilmelerinin ölçülmesidir. MDASO, soru düzeni ve hesaplama yönünden MDAS' a benzerdir. Cevaplara 1-5 arasında puanlar verilerek toplam 5-25 aralığında bir skor elde edilmektedir. 15'ten küçük değerler anksiyete olmadığını, 15 ve 19 arası değerler ortodontik anksiyete olduğunu, 19 dan büyük değerler ise şiddetli ortodontik anksiyete olduğunu göstermektedir (Roy, 2011).

➤ **Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi (OKL):**

MDASO anketinin son bölümünü, "Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi" oluşturmaktadır. Bu liste, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş 14 adet soru içeren Dental Güven Skalası'nın (Dental Belief Survey, DBS) ortodontive uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. Cevaplara 1-5 arasında puanlar verilmektedir. 15. son soru ise kişilerin hayatlarındaki genel durumları hakkındaki endişeleriyle alakalıdır (Roy, 2011).

2.2.5. Dental korku ve dental anksiyeteye sahip bireylerde diş hekimliği uygulamalarında görölen problemler

Geçmişten günümüze kadar bireylerin diş hekimlerine karşı korku ve anksiyete gibi tepkiler göstermeleri, dental tedavilerin planlanması ve uygulanabilmesinde sorunlara neden olmuştur. Dental korku ve dental anksiyete sonucu hastaların tedavi olmak için randevu almalarını geciktirmeleri, kontrollerine düzensiz gitmeleri veya randevuya hiç gitmemeleri gibi durumlar görölebilmektedir. Buna bağlı olarak diş hekimleri bu tarz hastalara dental işlemler için daha çok zaman ayırmak zorunda kalmaktadırlar (Wisløff ve ark., 1995).

Diş hekimine ilk kez müracaat eden hastaların duygu ve düşünceleri, tedaviden istek ve beklentileri, korku ve anksiyete durumları ile dental ve medikal geçmişleri hakkında fikir edinilmelidir. Korku ve anksiyete seviyesi yüksek olan hastalar randevu öncesi uykusuz ve stresli bir gece geçirebilmekte, solunum ve sindirim sistemi problemleri yaşayabilmektedirler (Kaplan ve Fishbein, 1988). Bu tarz hastalar randevu verilmek için arandıklarında bile korku ve stres yaşayabilmektedirler. Daha sonraları hekim ve hasta arasındaki konuşmalar hastalar için rahatlatıcı olabilmekte ve hastaların önceki önyargı ve korkularının giderilmesini sağlayabilmektedir. Yine hastalara muayene sırasında tedavi hakkında yeterince bilgi vermek, beklentilerinin ne kadarının karşılanacağını konusunda onları ve ailelerini aydınlatmak oldukça önem taşımaktadır. Böylece bireylerin ilk randevularına kafaları rahat ve daha huzurlu bir şekilde gelmeleri sağlanmaktadır (Forbes, 2000).

Dental korku ve anksiyete bireylerin oral hijyen alışkanlıklarını da etkilemektedir. Dental anksiyetesi olan bireylerin daha az diş fırçaladıkları bildirilmiştir (Wisløff ve ark., 1995). Diğer bir çalışmada ise dental anksiyetenin diş fırçalama alışkanlığı ve diş ipi kullanımında etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Ay ve ark., 2005). Bu sonuçlar araştırmaların yapıldığı popölasyonların farklılığından kaynaklanabilir. Anksiyetesi fazla olan bireylerde daha az sayıda diş bulunduğu ve daha fazla dental problem olduğu rapor edilmiştir (Locker ve Liddell, 1992; Hägglin ve ark., 2000; Schuller ve ark., 2003).

Kalabalık ve karışık ortamlar anksiyeteli bireylerin rahatsızlıklarını artırabileceğinden, korku ve anksiyetesi fazla olarak tespit edilmiş olan hastalar randevuların daha boş olduğu zamanlara çağırılmalıdır. Hasta bekleme salonları sakin ve düzenli olmalıdır. Çeşitli dergi, tablo gibi öğeler içermelidir (Forbes, 2000). Hemşire ve sekreter gibi diğer yardımcı personeller, hastalar hakkında bilgi sahibi olup onlarla güzel bir iletişim kurmalı ve hastalara profesyonelce davranmalıdırlar. Temiz ve düzenli bir klinik ortamı hastaların rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Bireylere dental ve medikal anamnez sorularının dışında korku ve anksiyete ile alakalı sorularda yöneltilmelidir. Diş hekimlerinden neden korktukları, daha önceki karşılaştıkları olumsuz durumlar hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (Forbes, 2000). Dental korku ve dental anksiyete, katekolamin seviyesinde artışa sebep olarak kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir (Akyüz ve ark., 1996; Erten ve ark., 2000). Kan basıncının artması kardiyovasküler rahatsızlıklar ve diyabet gibi komplikasyonların oluşmasına neden olabileceği için bu tarz sistemik hastalığı olan bireylerde dental tedaviler sırasında dikkatli olmak gerekmektedir (Erten ve ark., 2000).

Gergin ve anksiyeteli hastalar ortodontistte de anksiyete oluşmasına neden olabilmekte ve hekimin hastayı tedavi etme şevk ve isteğini azaltmaktadırlar. Sürekli braket koparan, apareyini düşürüp kıran veya kaybeden, randevusunu sık sık aksatan uyumsuz ve sorunlu hastalar ortodontistte bir bıkkınlık duygusuna neden olmaktadır. Hasta psikoloji açısından olaya bakıldığında ise bazı hastalar bu duruma karşı vurdumduymaz davranışlar sergilerken, bazıları ise hekimin kendisine kızabileceği düşüncesi nedeniyle mutsuzluk, korku ve anksiyete belirtileri gösterebilmektedirler (Neeley II ve ark., 2006). Daha da problemlili olan braket kopardığı, telini kırdığı veya apareyini kaybettiği halde hekimine bunu söylemeyen, tedavisi uzamış ve tedaviden sıkılmış hastalar hekimi daha da zorlamaktadır. Ortodontist hastalardaki duygusal değişiklikleri, tedaviden soğuma belirtilerini ve hastaların uyumsuzluklarını fark edebilmektedir (Neeley II ve ark., 2006).

2.2.6. Ortodonti ile ilişkili dental korku ve dental anksiyete

Ağrı, dental literatürde dental anksiyetenin varolan sebeplerinden birisi olarak birçok çalışmada bildirilmiştir (Lautch, 1971; Bernstein ve ark., 1979; Wardle, 1982; Maggias ve Locker, 2002). Ortodontik tedavi süresince de ağrı subjektif olmasına

rağmen meydana gelen kaçınılmaz bir rahatsızlıktır. Separasyon, ark teli tatbiki ve aktivasyonu, ortopedik kuvvetlerin uygulanması ve debonding gibi ortodontik işlemlerin hastalarda ağrıya sebep olduğu ve bu durumunda anksiyeteyi doğurduğu ifade edilmiştir (Krishnan, 2007).

Hastalar ortodontik tedaviyle ilişkili ağrıya sebep olan; dişlerde sızlama, basınç ve gerilim hissi gibi durumlardan rahatsızlık duyabilmektedirler (Ngan ve ark., 1989). Ortodonti hastalarının yaklaşık %70-95'inin ortodontik tedavi boyunca ağrı deneyimleri olduğu bildirilmesine rağmen birçok hasta için ağrı büyük bir problem değildir (Scheurer ve ark., 1996; Bergius ve ark., 2002). Buna rağmen ortodontik tedavinin başlangıç döneminde ağrı deneyimi yaşayan yaklaşık %8'lik hastanın tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir (Patel, 1989). Ayrıca ağrılı deneyimleri olan bazı hastalar, fonksiyonel olarak ihtiyaçları olmasına rağmen ortodontik tedaviden uzaklaşmaktadırlar. Ağrı ile yaş, cinsiyet, kültürel geçmiş ve fizyolojik durum (anksiyete) gibi faktörler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Bartlett ve ark., 2005).

Kişilerin duygusal durumları ve psikolojik yatkınlığı ortodontik uygulamaların neden olduğu ağrı şiddetini önemli bir şekilde etkilemektedir (Brown ve Moerenhout, 1991; Sergl ve ark., 1998; Bergius ve ark., 2000). Lokal anestezipler ortodontide çok az kullanılmaktadır. Buna rağmen lokal anestezipler hastalar için anksiyete nedeni olabilmektedir. Benzer şekilde ortodontistler delici aletleri çürük temizlemek için kullanmamasına rağmen hastalar bunu stresli bir uyarın olarak görmektedirler. Dönen aletlerin çıkardıkları ses ve görüntülerinin herhangi bir ağrı oluşmadığı durumlarda bile hastalarda anksiyete kaynağı olabileceği bildirilmiştir. Hastalar bu dönen aletlerin ve iğnelerin ortodontide rutin olarak kullanıldığını düşünmektedirler (Roy, 2011).

Arkadaşlar ve aile tarafından paylaşılan olumsuz hikayeler ortodontiyle ilişkili dental anksiyete düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (Rachman, 1990). Ailelerin ortodontistle ilişkisi ve ortodontik tedavi maliyeti ortodonti hastalarında dental anksiyeteye neden olan etkenlerden diğeri biridir (Roy, 2011). Üniversite hastanelerinde hastaların, öğrenciler tarafından tedavi edilebileceklerini düşünmesi ortodonti ile ilişkili dental anksiyetelerini artırabilir. Özel kliniklerde ortodontik tedavi gören hastalar genellikle doktorunu kendi seçer ve bu sebeple ortodontistine güvenmesi daha olasıdır.

Hastalar özel kliniklerdeki deneyimli ortodontistlere kolay bir şekilde soru sorabilecekleri için anksiyete seviyeleri daha az olabilmektedir (Roy, 2011).

Ortodontik tedavi talebi ile ortodonti kliniklerine başvuran bireylerin genellikle tedavileri ve ne olacağı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları bildirilmiştir. Bu gerçek hastaların ortodontik tedavi hakkında iyi bir şekilde bilgilendirilmediğini ve ortodontik tedavinin neler içerdiğini bilmediklerini göstermektedir. Bu durum bireylerde korku ve anksiyete gelişmesine neden olabilmektedir. Ortodontist ve hasta arasındaki güvene dayanan ilişki dental anksiyetenin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Roy, 2011).

Ortodontik hastaların psikolojik durumlarını inceleyen çalışmaların büyük bir kısmı ortognatik cerrahi veya bu tarz travmatik uygulamalarla alakalıdır (Cunningham ve ark., 2001; Palumbo ve ark., 2006). Ortodontik tedavi görmüş çocuklarda, ortodontik tedaviye alışmış olmanın dental korkuyu azaltmadığı (Rantavuori ve ark., 2014), diğer bir çalışmada ise dental korkuyu azalttığı bildirilmiştir (Luoto ve ark., 2009). Ortodontik mini vida uygulanan hastalarda ağrıya bağlı olarak anksiyete seviyelerinin yükseldiği bildirilmiştir (Prabhat ve ark., 2014). Hastaların ortodontik tedaviye olan uyumları; ağız hijyeninin devamlılığı, randevularına düzenli gitme ve hekimin tavsiyesine göre ortodontik apareylerini tertipli kullanmaları ile ilişkilidir ve uyumsuz hastaların anlık anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Trakyalı ve ark., 2009).

Literatür incelendiğinde standart ortodontik işlemlerin hastalar üzerine olan etkisini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Egolf ve ark., 1990; Sarı ve ark., 2005). Ortodontik süt dişi çekiminin çocukların varolan dental korkusunu artırmadığı bildirilmiştir (Sjögren ve ark., 2010). Ortodontik tedavi görmek için bekleyen bireylerde anksiyete düzeyinin tedavi görenlere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (Sarı ve ark., 2005). Ortodontik tedavi seansı sonrasında hastalar ile yapılan telefon görüşmeleri, hastalarda memnuniyet ve güven duygusu oluşturarak başlangıçtaki korku ve anksiyetelerini azaltmaktadır (Bartlett ve ark., 2005). Bazı hastalar dental tedaviler sırasında anksiyete hissederken bu anksiyetenin ortodontik tedaviye karşı gösterilmediği belirtilmiştir (Breistein ve Burden, 1998).

2.2.7. Dental korku ve dental anksiyeteye sahip bireyler ile iletişim ve ortodontistin rolü

Dental ve ortodontik tedaviler sırasında meydana gelen korku ve anksiyeteye neden olan faktörlerin bilinmesi ve hastalara karşı empati uygulanması, hastaların yaşadıkları duyguların daha net olarak anlaşılmasını sağlamaktadır (Freeman, 1998). Diş hekimleri ve ortodontistler, bireylerin korku ve anksiyete durumlarını anlayıp tedavilerini sağlıklı ve tam bir şekilde devam ettirebilmek için uygun bir iletişim ve tedavi yöntemi kullanmak zorundadırlar. Özellikle bireyler arası iletişimin önemli olduğu ortodontik tedavi olmak için başvuran hastalara ilk önce rahat ve stressiz bir konuşma ortamı yaratılmalıdır (Freeman, 1998).

Ortodontik tedavi genellikle adölesan ve genç yetişkin bireylere yapılmaktadır. Ortodontik tedavi ve diğer dental ve medikal tedaviler arasındaki esas fark ortodontik tedavi süresince yıllar içerisinde hasta, hasta yakını ve hekim arasında yakın bir ilişkinin kurulmasıdır (Neeley II ve ark., 2006). Bipolar veya majör depresif rahatsızlıkları olan adölesanların ortodontik tedavileri zorlayıcı olabilmektedir. Ortodontistlerin uzun yıllar boyunca hastaları aylık periyodlar halinde görmeleri, bireylerin davranışlarındaki değişimleri fark edebilmelerini sağlamaktadır. Bireylerin ağız hijyenlerinin birdenbire bozulması, tedavide aniden başlayan uyumsuzluklar kişinin mevcut psikolojik durumunun değerlendirilmesinde oldukça önem taşımaktadır. Psikolojik rahatsızlıkların belirtilerini hastaları sıklıkla gören ortodontistler fark edebilmektedir ve bu durum hastalarla ortodontistlerin yakın ilişkide olmasından kaynaklanmaktadır (Neeley II ve ark., 2006). Bu nedenle ortodontist, hastaların psikolojik durumlarını gözlemlerken herhangi bir anormal durum sezerse hastayı psikolojik yardım alması için yetkili bir kişiye yönlendirerek hastanın mevcut durumunun teşhis edilmesine yardımcı olabilmektedir (Neeley II ve ark., 2006).

Hekimlerin hastalar ile sakin bir ton ve yüz ifadesiyle konuşması oldukça önemlidir. Hastalar, hekimlerin kendilerini anladıklarını hissettiklerinde daha stressiz olmaktadır ve hekime olan güven duygusu da bu şekilde artmaktadır. Bireylerin korkularının sebepleri tespit edilmeli ve ona uygun tedavi seçeneği belirlenmelidir (Malamed, 1989; Kömerik ve Muglalı, 2005). Hastaların dental tedavi ve tedavi sonrası hakkında önceden bilgilendirilmesi, bireylerin kendilerini tedaviye hazır hissetmesine

ve bilinmeyen korkusunun ortadan kalkmasına böylece dental korku ve anksiyetenin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Litt ve ark., 1999; Kömerik ve Muglalı, 2005).

Ortodontistler tedavi ettikleri hastalardan herhangi birinin randevusunu aksatmasını hemen farkederler ve hastayla iletişime geçerler. Bu sırada bireylerin özel hayatlarıyla alakalı bilgileri de paylaşımları nedeniyle onların aile ilişkileri, okul yaşantıları, sağlık problemleri, duygusal ve psikolojik sıkıntıları hakkında bilgi sahibi olurlar. Sadece hastalarla değil hastaların aileleriyle de sürekli diyalog halinde olan ortodontistler ailelerinin de isteğiyle hastaları bazı konularda yönlendirerek bir psikoloğun, bir öğretmenin yaptığı işleve benzer bir görev üstlenmektedirler (Neeley II ve ark., 2006).

2.2.8. Dental işlemler esnasında korku ve anksiyetenin azaltılmasını sağlayan tedavi yöntemleri

Bireylerde dental korku ve dental anksiyete gelişimi tam anlamıyla engellenemediği için tedavi sırasında olumsuzlukların oluşmasını önlemek amacıyla tedavi öncesinde bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Dental tedavilerin başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi açısından bu önlemler gereklidir (Hermes ve ark, 2005). Bireylere tedaviye başlamadan önce tedavi hakkında açıklayıcı bilgiler vermek, hipnoz, davranış terapisi ve farmakolojik işlemler tedavilerin daha rahat ve kolay olmasını sağlamaktadır. Bireylerde hangi yöntemlerin daha etkili olacağı; korku/anksiyete seviyesine, bireyin uyumuna ve sistemik rahatsızlık durumuna bağlıdır (Osborn ve Sandler, 2004; Ng, 2004).

Bugüne kadar diş hekimleri hastaların korkularıyla baş edebilmek için oral, intravenöz (IV), intramusküler (IM), inhalasyonel ilaçlar ve nonfarmakolojik davranışsal yöntemleri kullanmışlardır. Korku ve anksiyeteye sahip bireylerin tedavisinde kullanılan yöntemler “İatroседasyon ve Nonfarmakolojik Psikosedatif Yöntemler” ve “Farmakolojik Yöntemler” olarak iki başlık altında incelenebilir. (Koroğlu ve Durkan, 2010).

▪ İatrosedasyon ve nonfarmakolojik psikosedatif yöntemler

İatrosedasyon (hekime dayanan), hekimin davranışlarıyla hastaları rahatlattığı bir yöntemdir. Bu yöntemle başarı sağlanan hastalarda farmakolojik yöntemlere gerek kalmamaktadır (Friedman ve ark., 1988). Hastaların korku ve anksiyetesini azaltmaya yarayan diğer nonfarmakolojik yöntemler arasında: hipnoz, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur, elektronik dental anestezi (EDA), audioanaljezi (müzikle analjezi) ve biofeedback (biyolojik geribildirim) yer almaktadır (Munshi ve ark., 2000; Vachiroman ve ark., 2004; DiClementi ve ark., 2007).

Korku ve anksiyetenin azaltılması için kullanılan “Davranış Terapisi” yönteminde hastalar yaşanan olayları ve durumları algılayabilmelerine göre değerlendirilmektedirler (Aartman ve ark., 2000; Abrahamsson ve ark., 2001). Bu yöntem bireylerin korku ve anksiyete durumlarının beklentiler ve geçmişteki olumsuz deneyimler ile alakalı olduğu zamanlarda fayda sağlamaktadır (Aartman ve ark., 2000; Wilson ve Davies, 2001). Davranış terapisinde amaçlanan bireylerin kooperasyonlarını daha iyi bir hale getirmektir. Korku seviyesi çok fazla olan kişilerde bu sistem pek başarı sağlayamamaktadır (Berggren, 1987).

Hipnoz yöntemi, dental tedavilerde bireylerdeki korku ve anksiyete seviyesinin düşürülmesine yardımcı olabilmektedir. Hipnoz işlemi bu alanda uzman olmuş kişiler tarafından yapılmaktadır. Tam olarak koopere olamayan, mental özrü bulunan ve hipnoz kapasitesi bulunmayan kişilerde uygulanmadığı durumlar olmaktadır. Ayrıca, bu yöntemle farmakolojik uygulamalar kadar etkili sonuçlar alınamamaktadır (Hermes ve ark., 2005).

▪ Farmakolojik tedavi yöntemleri

Psikolojik yardımların yetmediği zamanlarda sedatif ajanlar ve çeşitli sedasyon teknikleri kullanılmaktadır. Sedasyon, farklı ajanlar ve teknikler ile bireylerin merkezi sinir sisteminin baskı altına alınması, ortama ilişkisinin ve bilinç düzeyinin azaltılmasıdır (Ay ve Öztürk, 2000). 4 farklı sedasyon yöntemi bulunmaktadır: Oral sedasyon, İntravenöz sedasyon, Nitroz Oksit/Oksijen inhalasyon sedasyonu ve Genel anestezi (Ay ve Öztürk, 2000).

Farmakolojik ajanların dental işlemler sırasında uygulanması genel olarak tercih edilen bir yöntemdir. Bu yöntem sırasında etkili ve güvenilir sedatif ajanlar kullanılması gerekmektedir. Sedasyon işlemi yapılmadan önce hastaların genel sağlık durumları ve tedaviden beklentileri hakkında ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır (Osborn ve Sandler, 2004). Bireylerin korku ve anksiyete seviyeleri, sosyal statüleri ve sistemik durumları hakkında da yeterli bilgiye sahip olunmalıdır. Aşırı seviyede korku ve anksiyeteye sahip bireylerde intravenöz farmakolojik uygulamalar sırasında istenmeyen hareketler daha çok olmaktadır ve sedasyon işleminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için daha fazla ajana gerek olduğu bildirilmektedir. Bu tarz hastalarda sedasyon işlemi uygulanacağı zaman bütün bu faktörler göz önünde bulundurulmalı ve en uygun yöntemin belirlenmesi gerekmektedir (Osborn ve Sandler, 2004).

Genel anestezi; bireyin bilincinin kapalı olduğu, reflekslerin bütünüyle veya bir kısmının kaybolduğu, fiziksel ve sözlü uyarılara tepki verilmeyen ve hastalara solunum desteğinin verildiği bir durumdur. Tıp ve diş hekimliği uygulamalarında ağrı ve anksiyeteyi azaltmak için ilk olarak kullanılan tekniktir. Tıp alanında çok yaygın olarak kullanılmasına rağmen diş hekimliğinde sedasyon ajanlarının kullanıma geçmesinden sonra uygulaması gitgide azalmıştır. Diş hekimliğinde oral ve maksillofasial cerrahi sırasında genel anestezi kullanılabilir. Zihinsel problemleri, korku ve anksiyete durumu ve psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerde restoratif, periodontal ve cerrahi işlemler esnasında kullanılabilir (Ay ve Öztürk, 2000; Henderson ve ark., 2001; Jackson ve Johnson, 2002).

Ortodontik tedaviler sırasında oluşan korku ve anksiyeteyi azaltabilmek için öncelikle, ortodontik işlemlerle alakalı korku ve anksiyeteyi ölçen skala ve anketlerle hastaların hangi ortodontik işlemlere karşı daha çok rahatsızlık, ağrı, korku ve anksiyete hissettikleri belirlenebilir ve hastalara bu işlemler sırasında daha dikkatli davranılabilir (Freeman, 1998).

2.3. Aleksitimi Kavramı

İnsan; duygu ve düşüncelerinin farkında olan, duygularını ifade edebilen ve bu özellikleri sayesinde diğer canlılardan ayrılan bir varlıktır. Duygularının farkında olmak ve duygulanmak insanın sahip olduğu en önemli özelliklerdendir. Kısaca “duyguları

ifade edebilme güçlüğü” olarak tanımlanan aleksitimi (alexithymia), ilk olarak araştırmacılar tarafından psikosomatik bir durumu belirtmek amacıyla ortaya çıkarılmış bir kavramdır (Blanchard ve ark., 1981). İlerleyen dönemlerde aleksitiminin yalnız psikosomatik kişilere has bir özellik olmadığı ve sağlıklı bireylerde de sıklıkla görülebildiği ortaya çıkmıştır (Lesser, 1981; Taylor ve ark., 1991; Şahin, 1992; Taylor ve ark., 1997). Sifneos, bu tarz duygusal problemlerden bahsederek ilk defa aleksitimi kavramını kullanmıştır (Sifneos, 1996).

2.3.1. Duygunun tanımı

Duygunun net bir tanımını yapmak oldukça zordur. Çok farklı tanımları yapılmakla birlikte sözcük anlamı olarak “duygu” (emotion), Latince’de harekete geçme, devinim anlamına gelmektedir. Duygu, yaşanan çevrenin algılanabilmesiyle oluşan bireyin iç dünyasına etki eden bedensel, davranışsal ve mental özellikler şeklinde tanımlanmaktadır (Young, 1982).

Duygu, bireylerin çevresindeki uyarıları algılayıp değerlendirebilmesi ile oluşan içsel yaşantılar şeklinde tarif edilmektedir (Lazarus, 1982). Diğer bir yazar ise duyguyu bir his ve bu hisse ait düşünceler, psikolojik durumlar ve hareket eğilimi olarak ifade etmektedir (Goleman, 1996). Duygular ve heyecanlar fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden meydana gelen genel uyarılmışlık halleridir (Morgon ve ark., 1986). “Duygu” nun etkisi ve şiddeti “Heyecan” a göre daha azdır (Cüceloğlu, 1991).

Duygular 4 temel sınıfta incelenmektedir; zarardan oluşan duygular, faydadan doğan duygular, sınırdaki olan duygular ve duygu olmayanlar (Lazarus, 1991). Duyguların pozitif ve negatif iki ters boyut ile gruplandırılabilmesini savunan araştırmacılar da bulunmaktadır. Bazı araştırmacılara göre bireylerin duyguları negatif (acı veren) ve pozitif (haz veren) iki uç nokta arasında değişip durmaktadır (Carvey ve Scheier, 1990; Allik ve Realo, 1997).

Duygularımız, hayata devam edebilmemiz için organlarımız kadar gereklidir (Koçak, 2002). Canlıların yaşamlarını sürdürebilmesi için kendilerine ait duygularını ve isteklerini fark edip ifade edebilmeleri gerekmektedir (Dökmen, 2000). Duygularını ifade edemeyen bireylerin kendilerine saygısı az olan ve bağımlı kişiler oldukları

belirtilmiştir. Ayrıca bu kişilerde kendini geliştirmede yetersizlik, başarı eksikliği, yorgunluk, acı çekme ve ülser gibi psikosomatik belirtilere rastlanıldığı ve depresyonun tetiklendiği tespit edilmiştir (Taylor, 1992; Koçak, 2002). Kişilerin içlerine kapanarak duygularını ifade etme özelliklerini kaybetmeleri, iletişim becerilerini ve üretken olmalarını engellemektedir (Baymur, 1983).

Genellikle bireyler duygularının farkında olduğunu zannederler ancak tam olarak ne isteyip ne hissettiklerini bilemeyebilirler. Duygularının farkında olan kişiler, onlarla başa çıkabilmekte ve bu kişilerin kendilerine olan güvenleri de daha fazla olmaktadır (Konrad ve Hend, 1997). Günlük hayatlarında kişilerin kendi duygularının farkında olması ve ilişki içinde olduğu insanların da duygularını anlayabilmesi iletişim çatışmalarını azaltmaktadır ve daha sağlıklı ilişkiler kurulmasını sağlamaktadır (Konrad ve Hend, 1997).

Dental problemler veya hastalıklar günümüz dünyasında hemen hemen herkesin muzdarip olduğu durumlardır. Özellikle ortodontik problemler çok küçük yaşlarda kendini gösterir ve kişiyi psikososyal olarak etkiler. Dental ve ortodontik tedaviler sırasında duygularını ifade etmede sıkıntı yaşayan hastalar, tedavi ile alakalı isteklerini, rahatsız oldukları noktaları net bir şekilde belirtmezler. Böylece tedavinin gidişatı kötü etkilenmekte, hasta ve hekim arasında iletişim problemleri yaşanabilmektedir. Bu durum duygusal sıkıntılarla alakalı olan aleksitiminin araştırılması ve tedavi edilmesi gerektiğinin bir kez daha altını çizmektedir. İnsanlık tarihi boyunca duyguların ifade edilmesi problem oluşturmuştur. Bu tarz sıkıntıları ve eksiklikleri anlatabilmek için aleksitimi kavramı kullanılmıştır (Onur ve ark., 2013).

2.3.2. Aleksitiminin tanımı

Aleksitimi, Yunanca a (yok), lexis (söz) ve thymos (duygu) anlamına gelen sözcüklerin bir araya gelmesinden oluşmuş bir terimdir (Dereboy, 1990). Bu kavram, Türkçe'ye “duygular için kelime yokluğu” biçiminde çevrilmiştir (Dereboy, 1990). Aleksitimik bireylerin duygulara karşı hem dilsiz hem de sağır oldukları ifade edilmektedir ve aleksitimi için “duygusal ahrazlık” tabiri ileri sürülmüştür (Şahin, 1992). Aleksitimi için “düşünce köleliği” şeklinde bir kullanım da önerilmiştir (Dökmen, 2000).

Aleksitimi, genel olarak duyguları fark etme, bilme, ayırt edebilme ve ifade edebilme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (Sifneos, 1973). Aleksitimi teriminin klinik olarak kullanılmasında somatizasyon (duyguları bedensel olarak ifade etme durumu) önemli bir yer tutmaktadır (Taylor, 2000). Aleksitiminin hastalık, psikosomatik bir durum, bilişsel problem, duygusal yetersizlik veya nörolojik bir sıkıntı olduğunu ifade eden birbirinden farklı görüşler bulunmaktadır. Aleksitimik özellikler ve psikosomatikler arasında bir benzerlik olmasına rağmen kesin bir etyolojik ilişki bulunmamaktadır (Beach, 1994). Aleksitiminin bir hastalık değil kişilik özellikleri ile ilgili bir durum olduğu ileri sürülmüştür (Taylor, 1984; Sifneos, 1988).

Aleksitiminin oluşmasında kişilik özelliklerinin yanında sosyo-kültürel faktörlerin de etkisi olduğu bilinmektedir. Aleksitiminin olup olmadığından çok aleksitimik özelliklerin seviyesinden söz etmek daha doğru olmaktadır (Paez, 1977). Aleksitiminin; hayal kurmada yetersizlik, düşlem yaşantısında kısıtlılık, duyguları ifadede zorluk, dışa dönük olma ve işlemsel düşünme eğilimi gibi özellikleri üzerinde araştırmacılar ortak bir düşünce benimsemişlerdir (Lesser, 1981; Taylor ve ark., 1991).

Aleksitimiden kaynaklanan kişisel özelliklerin bireyde kalıcı olup olmadığı hakkında da farklı görüşler bulunmaktadır. Aleksitimi birincil ve ikincil aleksitimi olarak ikiye ayrılabilir (Freyberger, 1977). Birincil aleksitimi bedensel tepki ve şikayetlerin oluşmasına neden olan, devamlılık gösteren bir durumdur. İkincil aleksitimi ise ağır hastalıklarda, yoğun bakımda bulunan ve travma geçirmiş bireylerde oluşan geçici bir durumdur (Freyberger, 1977).

Aleksitimi hakkında çok farklı ifadeler bulunduğu için bir bireye aleksitimik olup olmadığı hakkında teşhis koymak oldukça zor olmaktadır. Aleksitimi, başlangıçta duyguları rahat ve düzgün ifade edebilmenin sağlıklı ve olgun bir birey olma özelliği olarak kabul edildiği batı toplumlarında ortaya çıkmıştır. Buna bağlı olarak bazı araştırmacılar aleksitiminin tamamıyla sosyo-kültürel bir durum olduğunu düşünmektedirler (Taylor, 1984; Sifneos, 1988). Bazı popülasyonlarda ise bireyler küçüklüklerinden beri buldukları çevrede duygularını sözel olarak ifade edebilmek yerine gizlemeye ve bastırmaya yönlendirilmişlerdir. Bazı doğu toplumlarında duygular bedenselleştirilmektedir. Bu duruma bedenselleştirme problemi denilmektedir (Lesser, 1985). Ülkemiz bu açıdan doğu toplumlarına daha yakın sayılmaktadır (Koçak, 2002).

Sanal ortamlarda oldukça fazla zaman geçiren günümüz insanında aleksitimik özelliklerin arttığı görülmektedir (Koçak, 2002). Dental ve ortodontik tedavi sırasında hastalar tedaviye karşı korku ve anksiyeteye sahip olduklarından, kişilik özelliklerini başlangıçta saklasalar bile tedavinin ilerleyen aşamalarında ortodontist hastalarla olan yakın iletişimi ve onları sık görmesi sebebiyle hastaların kişisel, psikolojik ve duygusal özellikleri hakkında yeterince bilgi sahibi olabilmektedir. Hastaların duygularını ve düşüncelerini hekimle rahat bir şekilde paylaşabilmeleri tedavinin sağlıklı bir şekilde ilerleyişi için oldukça gereklidir. Hasta ve hekim ilişkisinin temelinde iletişim çok önemli bir yere sahiptir. Duygularını rahat bir şekilde ifade edebilen hastalar, hekime iletişim kurabilme kolaylığı sağlarlar. Hastasıyla iletişim problemi yaşayan ortodontist bu durumun nedenini araştırdığında hastalardaki aleksitimik özelliklerin farkına varabilmektedir. Genel sağlığı olumsuz etkileyerek toplumda artarak devam eden aleksitimi ile ilgili daha fazla bilimsel çalışmaya gerek olduğu görülmektedir. Türkiye’de aleksitimi ile ilgili normal popülasyonda yapılan çalışmaların çok az olduğu saptanmıştır (Koçak, 2002).

2.3.3. Aleksitiminin tarihsel gelişimi

Aleksitimi, ilk olarak psikosomatik hastalıklara özgü bazı kişilik özelliklerini ifade edebilmek için kullanılmış bir kavramdır. İlk duyulduğu günden itibaren araştırmacıların dikkatini çekmiştir. 1948 yılında Ruesch tarafından psikosomatik hastalarda yapılan gözlemler sonucu bu hastaların diğer nevroitiklerden farklı olarak duygularını ve sıkıntılarını sözel veya işaretlerle anlatamadıkları fark edilmiştir. Psikosomatik şikayetleri olan hastalar, duygularını ifade edebilmek için sadece bedensel tepkiler kullanmaktadırlar (Ruesch, 1948).

Aleksitimi psikosomatik hastalarda olduğu gibi normal ve sağlıklı popülasyonlarda da sıklıkla görülebilmektedir (Fukunishi ve Rahe, 1995). Duygu, düşünce ve heyecanlarını sözlü olarak belirtemeyen kişiler, bu durumlarını bedensel yakınmalarla ifade ederler. Psikosomatiklerde duyguları sözel olarak ifade edebilmede bir yetersizlik olduğu bildirilmiştir (Mc Lean, 1949).

2.3.4. Aleksitimik kişiliğin temel özellikleri

Sifneos, aleksitimi kavramını ilk ortaya koyan kişi olarak aleksitiminin bireylerin duygusal kabiliyetlerinde ve insan ilişkilerinde zorluklar çekmesi ile oluşan bir problem olduğunu belirtmiştir (Sifneos, 1972). İnsan yaşamında duygularımızın ciddi bir önem taşıdığı bilinmektedir. Toplumsal hayatta aleksitimik bireyler sanki bu dünyadan değillermiş hissi yaratırlar ve duygularından kaçmak için uğraşırlar. Normal hayatlarında çevresiyle iletişim kurabilen kimseler olan aleksitimikler duygular ve düşünceler arasında bağlantı kurma problemi yaşarlar (Sifneos, 1988). Uzmanlar aleksitiminin kişilik özelliklerini 4 ana gruba ayırmışlardır (Lesser, 1981; Sifneos, 1988; Taylor ve ark., 1991).

Aleksitiminin kişilik özellikleri;

- ✓ Duyguları tanıyıp ifade etme güçlüğü
 - ✓ Hayal kurma ve düşlemede eksiklik
 - ✓ İşevuruk-İşlemsel düşünme
 - ✓ Dışa dönük bilişsel yapı
- **Duyguları tanıyıp ifade etme güçlüğü**

Aleksitimik kişiliğin en önemli özelliği duyguları tanıyıp ifade edebilme güçlüğüdür. Duygularını çok basit sözcüklerle veya bedensel ifadelerle anlatabilen aleksitimik bireyler konuşurken ayrıntılara çok yer verirler ve sürekli aynı şey hakkında konuşurlar. Duyguları hakkında sorular yöneltildiğinde ilgisiz davranmayı tercih ederler. Duygusal hayatlarındaki yetersizlik, duygularını yüzlerine yansıtamamalarına neden olabilir (Sifneos ve ark., 1977; Lesser, 1981). Aleksitimiklere duyguları hakkında soru sorulduğunda, duygularından mı yoksa düşüncelerinden mi bahsetmesi gerektiğini ayırt etmede zorluk çekerler (Dereboy, 1990). Aleksitimiklerin duyguları karmaşıktır ve çeşitli duyguları ayırt etmede zorlanırlar (Krystal, 1979; Sifneos, 1988). Aleksitimik kişiler, günlük yaşamlarında diğer insanlarla iletişim kurarak duygu ve düşüncelerini anlatabilirler fakat duygu ve düşünceler arasındaki farkları ayırt etmede, duygular ve bedensel tepkileri ayırt etmede ve tüm bunları ifade edebilmede sıkıntı yaşamaktadırlar (Lesser, 1981; Faryna ve ark., 1986).

- **Hayal kurma ve düşlemede eksiklik**

Aleksitimik bireylerin hayal güçleri oldukça yetersizdir ve hayal kurmayı zaman kaybı olarak düşünürler. Duygularını belli edecek tarzda hayal kurmamayı tercih ederler. Yetişkin hayatları boyunca hayal etmeyi tam olarak başaramadıkları düşünülmektedir (Lesser, 1981; Taylor ve Bagby, 1988). Sifneos'a göre aleksitimikler, düşlem (fantezi) hayatlarındaki eksiklik nedeniyle olayların detaylarına takılırlar (Krystal, 1979; Sifneos, 1988). Gördükleri rüyaları çok fazla hatırlayamazlar. Hayal kurmakta yetersiz oldukları için çok fazla yaratıcı değildirler ve çevre tarafından sıkıcı, fazla nazik olmayan ve duygusuz kişiler olarak nitelendirilirler (Sifneos, 1988).

- **İşevuruk-İşlemsel düşünme**

Aleksitimik bireyler mekanik ve pragmatik (faydacı) düşünme tarzına sahip oldukları için duygularını yansıtmadaki sıkıntılarına rağmen çevreleriyle sorunsuz bir şekilde yaşayabilmekte ve sade bir yaşam şekli benimsemektedirler. Yaşadıkları sıkıntılara karşı basit çözümler bularak sorunların kökenine inmemeyi tercih ederler ve gerekli önlemleri alarak yeniden aynı problemlerle karşı karşıya gelmemek için uğraşırlar (Lesser, 1985; Taylor ve ark., 1991). Bu sebeplerden dolayı aleksitimik bireyler yaşadıkları çevreyle uyumlu gibi görünürler (Mc Dougall, 1982; Lesser, 1985; Taylor ve ark., 1991).

- **Dışa dönük bilişsel yapı**

Aleksitimikler, karakter özellikleri nedeniyle dışa dönük yaşamayı tercih ederler. Sosyal ilişkilerine duygularından çok dış etkenler yön vermektedir. Dışa dönük bilişsel tarzları olan aleksitimikler çevreleriyle gayet uyum içinde yaşamaktadırlar (Taylor ve ark., 1991). Bu durum 'gerçek olmayan normallik' olarak tanımlanmaktadır (Mc Dougall, 1982). Bir bireyin aleksitimik olup olmadığının tam olarak belirlenebilmesi çok kolay bir iş değildir. Çünkü bir bireye aleksitimi teşhisi koyabilmek için gerekli kriterler konusunda kesinleşmiş bir bilgi bulunmamaktadır (Taylor, 1984; Taylor ve ark., 1991).

Yukarıda ifade edilen özelliklere ilaveten aleksitimik kişilerde görülen “ikinci derece özellikler” şu şekilde sıralanabilir:

- Aleksitimikler nevrotik olarak nitelendirilebilirler, bazı özellikler yönünden nevrotik bireylerden farklıdırlar (Sifneos ve ark., 1977; Krystal, 1979).
- Aleksitimikler çok nadiren rüya görürler, rüyalarındaki nesnelere ilişki kurmakta zorlanırlar (Krystal, 1982).
- Aleksitimiklerin yaratıcılıkları azdır ve sıradan bir yaşamları vardır.
- Empati yetenekleri yetersizdir (Krystal, 1979).
- Aleksitimikler çok fazla ağlamadıkları halde bazı durumlarda da aşırı derecede ağlayabilirler.
- Aleksitimikler genelde yalnız kalmayı tercih ederler, dışa bağımlı hayat tarzları nedeniyle detaylara çok takılırlar (Sifneos, 1988).
- Aleksitimikler bencil, çekingen, gergin, psikosomatik ve pasif-bağımlı özellikler gösterebilirler.
- Aleksitimikler gergin ve fazla stresli oldukları zamanlarda bile bunu kabul etmezler.
- Aleksitimikler fazla düşünmeden davranırlar, bir konu üzerinde defalarca konuşurlar ve kendi bildiklerini yaparlar (Sifneos, 1988).
- Aleksitimikler duygu ve düşünceler arasında tam olarak bağlantı kuramazlar.
- Aleksitimikler paylaşmayı seven ve çevrelerine uyum sağlayan bireyler olarak görünürler ama öyle olmadıklarının farkındadırlar.
- Aleksitimikler çok aşırı ve ani tepkiler gösterirler, yeme rahatsızlıkları ve madde bağımlılığı gibi zararlı davranışlarda gösterebilmektedirler (Barsky ve Klerman, 1983).

2.3.5. Aleksitimik özelliklerin belirlenmesi ve ölçülmesi

Literatürde “Aleksitimi” Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ile değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin farklı formları mevcuttur (Taylor ve ark., 1985).

➤ **Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20):**

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) Taylor ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçeğin başlangıç şekli aleksitimik özellikleri değerlendiren 26 sorudan oluşan 5'li likert tipi bir skaladır (Taylor ve ark., 1985). Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirliği ispat edilmiştir (Dereboy, 1990). Toronto Aleksitimi Ölçeği 26 soruluk formunda dört farklı grup içermektedir. Bunlar: Duygu ve bedensel ifadeleri tanıyıp ayırt edebilme, duygu ve düşünceleri ifade edebilme, hayal kurabilme yeteneği ve dışa dönük düşünme (Taylor ve ark., 1985; Bagby ve ark., 1986).

Toronto Aleksitimi Ölçeği, yapılan eleştiriler nedeniyle 1992 yılında tekrar düzenlenmiştir ve bazı sorular çıkartılmıştır. 20 soruluk TAÖ-20 ölçeği haline dönüştürülmüştür (Bagby ve ark., 1994). Skala bireylerin kendilerinin cevapladıkları, duyguları anlayıp sözel olarak ifade edebilmede yaşanan zorlukları belirleyebilmeyi amaçlayan bir ölçektir (Suslow ve Jounghonns, 2002). TAÖ-26 ve TAÖ-20 karşılaştırıldığında TAÖ-20'nin daha sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Güvenilirlik ve geçerliliği yüksek olan bir skaladır. Fakat bu skalanın hayal etme ile ilgili boyutu içermemesinden dolayı aleksitimik özellikleri birebir belirtmediği eleştirisi yapılmaktadır (Zimmerman ve ark., 2005).

TAÖ-20 anketinde genel skor bütün soruların puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ters çevrilerek puanlanan sorular bulunmaktadır. Bunlar 4., 5., 10., 18. ve 19. sorulardır (Sayar ve ark., 2001). Skaladan 61 ve üzeri puan alan bireyler aleksitimik olarak nitelendirilmektedir. Artmış puanlar aleksitiminin fazla olduğunu göstermektedir.

2.3.6. Aleksitimik kişilerde göz önünde bulundurulması gereken durumlar

Aleksitimi üzerinde yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi gibi etkenlerin önemli olduğu bilinmektedir (Mattila ve ark., 2006; Mattila ve ark., 2007; Vadacca ve ark., 2008; Mattila ve ark., 2009). Kadınlar ve erkekler arasında duyguların belirtilmesi yönünden bazı farklar bulunmaktadır. Kadınlar, geçmiş duygularını daha net hatırlarlar ve duyguları anlayabilme ve empati kurabilme yeteneği yönünden erkeklerden daha başarılıdır. Kadınlar, aynı zamanda duygularını ifade edebilme yönünden daha az sıkıntı yaşamaktadırlar (Salminen ve ark., 1999). Duygularını sözlü olarak ifade

edebilme becerileri yetersiz olan ve aleksitimi seviyeleri yüksek çıkan erkeklerin genelde bekar olduklarını ifade edilmiştir (Kauhanen ve ark., 1993).

Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde aleksitimik özellikler %3,3 iken eğitim seviyesi düşük bireylerde %16,5 olduğu bildirilmiştir (Mattila ve ark., 2006). Aleksitimik karakterler yaş ilerledikçe artış göstermektedir ve gençlerde %4,7 iken yaşlılarda %29,3 olduğu bildirilmiştir (Pasini ve ark., 1992). Japon öğrenciler üzerinde yapılmış bir araştırmaya göre, küçük yaşlarda anne ilgisini eksik olarak gören bireylerde aleksitimik özelliklerin görülebileceği belirtilmiştir (Fukunishi ve ark., 1997). Aleksitimik bireylerin samimi ilişkiler kurabilme yeteneklerinin gelişmemiş olduğu ve sosyal desteklerinin az olduğunu ifade edilmiştir (Kojima ve ark., 2003).

Amerika'da sağlıklı üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, kızların %1,8'inin, erkeklerin %8,2'sinin aleksitimik olduğu bildirilmiştir (Blanchard ve ark. 1981). Aleksitiminin erkeklerde daha sık görüldüğünü bildiren başka araştırmalar da yayınlanmıştır (Smith, 1983; Feiguine ve ark., 1988). Aleksitimiyle yaş arasında bir ilişkinin bulunmadığını bildiren çalışmalar çoğunluktadır (Paulson, 1985; Krystal ve ark., 1986; Martin ve Pihl 1986).

Öğrenim düzeyiyle aleksitimi arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren araştırmaların (Apfel ve Sifneos, 1979; Kleiger ve Jones, 1980; Martin ve Pihl, 1986; Krystal ve ark., 1986) yanısıra; öğrenim düzeyi yükseldikçe aleksitiminin azaldığını bildiren çalışmalarda yayınlanmıştır (Faryna ve ark., 1986; Rodenhauser ve ark., 1986). Aleksitimiyle sosyo-ekonomik düzey arasındaki ilişki konusunda da araştırma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. İki faktör arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren araştırmaların (Paulson, 1985; Martin ve Pihl, 1986) yanısıra; düşük toplumsal kesimden gelen kişiler arasında aleksitiminin daha sık görüldüğünü bildiren araştırmalar da yayınlanmıştır (Blanchard ve ark., 1981; Smith 1983). Gelişmiş ülkelerde duyguların daha rahat ifade edilebildiği görülmüşken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde aleksitiminin yaygın olabileceği düşünülmektedir (Leff, 1973).

Ciddi ve kronik rahatsızlıklar aleksitiminin oluşmasına kolaylık sağlamaktadır (Kauhanen ve ark., 1993). Duyguların yönlendirebilme gücünü tam olarak kullanamamak bireylerin stres ve sıkıntılarla mücadele edebilmelerini zorlaştırmaktadır

(Parker ve ark., 2001). Aleksitimik bireyler fiziksel ve psikolojik belirtileri tanıyıp anlamada normal bireylerden daha fazla sıkıntı yaşarlar (Lumley ve ark., 1996). Aleksitiminin duygusal problemlere karşı bir savunma mekanizması olarak da ortaya çıktığı düşünülmektedir (Solmaz ve ark., 2000). Duygularını tam olarak bilemeyen aleksitimik kişilerde sosyal anksiyete ile mücadele etmek zor olmakta ve bu kişiler çevre desteğinden daha az yararlanabilmektedirler (Solmaz ve ark., 2000; Kojima ve ark., 2003). Ülkemizde aleksitimik bireyler çoğunlukla çekirdek aile kültürü içerisinde yetişmekte olup yalnız başlarına kalma oranlarının düşük olduğu ifade edilmektedir (Yurt, 2006).

Bireylerin yaşadıkları hastalıklar ve tedavi süreçleri günlük hayatlarını, duygu ve düşüncelerini oldukça etkilemektedir. Hastalıkların kronik olması, bireylerde oluşturduğu fonksiyonel sıkıntılar ve kullanılan ilaçlar hastaların problem yaşamalarına ve bazı psikolojik sıkıntıların oluşmasına neden olabilmektedir (Eren ve ark., 2007). Rahatsızlıklardan kaynaklanan ağrı, korku, üzüntü, duygusal ve vücutsal problemler hastaların duygularını tanıyıp ifade etmelerinde sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır ve iyi ve yerinde bir tedavi görebilmelerini önlemektedir (Mattila ve ark., 2006). Bireylerin problemlerinin doğru ve tam olarak anlaşılabilmesi, sağlık yardımı sırasında ve tedavi işlemlerinde rahatlık sağlamaktadır.

Aleksitimik özelliklerin sosyal çevreden uzaklaşmaya ve yardım istemekte geç kalınmasına neden olacağı akıldan çıkarılmamalıdır (Pehlivan ve ark., 2010). Benzer şekilde ortodontik tedavilerde de hastaların sahip olduğu maloklüzyonun şiddeti veya hastaya olan etkisi, kullanılan braket ve apareylerin görünümü ve çevreden gelen olumsuz yorumlar kişilerde duygusal ve psikolojik problemler oluşturabilmektedir. Bu durumda hastalar içlerine kapanarak ve çekingen davranışlar sergileyerek aleksitimik özellikler gösterebilirler (Neeley II ve ark., 2006). Duygularını tam olarak ifade edemeyen hastalar, tedaviden tam olarak ne beklediklerini ve rahatsızlık duydukları noktaları tam olarak belirtmezler. Hekimin sorduğu sorulara net bir cevap alamaması da tedavinin gidişatını olumsuz yönde etkilemekte ve hasta-hekim uyumsuzluğuna neden olabilmektedir.

2.3.7. Aleksitimik bireylerin teşhisi ve tedavisinde kullanılan yöntemler

Aleksitiminin kesin olarak teşhis edilebilmesi zordur. Buna karşın aleksitiminin klinik görünümü pek çok araştırmacı ve klinisyen tarafından net bir şekilde ifade edilebilmektedir (Lesser, 1981). Aleksitimik bireylerin somatik şikayetleri, duygularını tanımlamakta ve sözel ifade etmekte problemleri bulunmaktadır. Aleksitimikler, konuşurken detaycı ve tekrarlayıcı davranışlar göstermekle birlikte diğer insanlarla iletişimlerinde sırasında yüzeysel davranırlar (Sifneos, 1973; Apfel ve Sifneos, 1979; Lesser, 1981;). Bu yüzeysel hareketleri nedeniyle aleksitimik bireyler terapi sırasında, kişiler arası ilişkilerinde ve romantik ilişkilerinde gözle görülen sıkıntılar yaşamaktadırlar ve bu durumlar aleksitimiklerin en belirgin problemlerindendir (Goleman, 2002).

Aleksitimik kişiler diğer insanlarla aralarında derin ilişkiler oluşturamamakta ve çevreleriyle uyumlu olabilmek için oldukça çaba göstermektedirler (Mc Dougall, 1982). Ancak aleksitimik kişilerin çevreleriyle uyum içerisinde olması, onların sağlıklı ilişkiler kurduklarının bir belirtisi değildir. Bu durum çevreleriyle sıkıntılar yaşamamak için gösterdikleri empatiden yoksun, göstermelik ve yapay ilişkilerinden kaynaklanmaktadır (Guttman ve Laporte, 2002). Aleksitimik bireylerdeki ilişki yaşamadaki sıkıntılar klinik olarak da desteklenmektedir (Nemiah ve Sifneos, 1970; Sifneos, 1972; Lesser, 1981). Aleksitimik bireylerin, kişilerarası ilişkilerde daha soğuk ve mesafeli olduğu, kendilerine daha az güvendikleri ve daha az girişken oldukları görülmüştür (Vanheule ve ark., 2010).

Aleksitimiklerin duygusal farkındalıklarını artırabilmek ve duygularındaki sıkıntıları çözebilmek için bilişsel yaklaşımlar işe yaramaktadır. Bu bilişsel yaklaşımlar; sözlü iletişim, yansıtımlı düşünme, duygusal paylaşım, oyunlar ve hayal etmeyi içermektedir. Aleksitimik özelliklerin terapisi için bilişsel yaklaşıma ek olarak davranışçı yaklaşım (Larsen ve ark., 2003), kendi kendini rahatlatma eğitimi, bağlanma eğitimi (Warnes, 1986), biofeedback (Rickles ve ark., 1982) gibi yöntemler önerilmiştir.

Aleksitimik bireyler için bireysel ya da grup terapileri önerilmektedir. İlk olarak destekleyici ve eğitici yöntemlerin kullanılması gerektiği savunulmaktadır ve 3 parçalı bir tedavi yöntemi karşımıza çıkmaktadır. Bunlar;

- Aleksitimiklerin kaygı ve şikayetlerini rahatça belirtmelerine olanak sağlanması,
- Hayal kurma ve duygularını rahat ifade edebilmeleri için ortam sağlanması,
- Aleksitimik bireylerde çatışma bilincinin oluşturulmasına katkı sağlanması ve gevşeme yöntemleri önerilmesidir (Freyberger, 1977).

Geleneksel tekniklerle aleksitiminin tedavisinin kolay olmadığını belirtmektedir. “Empatik Dinleme Tekniği”nin aleksitimiklere fayda sağlayacağı düşünülmektedir. “Destekleyici Grup Terapisi”nin aleksitimik bireyler için yararlı bir seçenek olacağı vurgulanmaktadır (Lesser, 1985). “Dinamik Eğilimli Grup Terapi” yöntemi uygulanan aleksitimik bireylerin gitgide duygu ifade eden sözcükleri daha çok kullandıkları fark edilmiştir (Koçak, 2002).

Aleksitimik bireylerin, hayatlarındaki önem verdikleri kişilerin desteklerini almaları, duygularını ifade de faydalı olmaktadır ve bireysel terapiye ek olarak aile ilişkilerinin iyi olması da yarar sağlamaktadır. Aleksitimik bireylerin çok farkında olmadıkları duygu ve hayal kurma hayatlarını ortaya çıkarmaya yarayan algısal ve bilişsel odaklı grup terapilerine ilaveten bedensel tepkilerin önemli olduğu yöntemlerin de uygulanması faydalı olmaktadır. Dinamik yönelimli psikoterapilerin aleksitimi üzerinde oldukça etkili olduğu ve “yaratıcı oyun” tekniklerinin de faydalı olduğu rapor edilmiştir (Ünal ve ark., 1991; Şaşıoğlu ve ark., 2014).

Aleksitimiklerde bireysel ve grup terapisinin birlikte uygulanması önerilmektedir (Swiller, 1988). Dental tedaviler bireylerde stres, korku ve anksiyete oluşturabilmektedir. Bu nedenle hastaların yaşadıkları sıkıntıları hekime aktarabilmeleri için duygularını ifade edebilmeleri gerekmektedir. Dental ve ortodontik tedavi gören hastalarda aleksitimi durumuna yatkınlığın tespit edilmesi ve gerekli iyileştirme yöntemleri için hastaların yönlendirilmesi tedavilerin başarısı açısından önem taşımaktadır (Freeman, 1998).

2.4. Diş Hekimliği ve Ortodonti Alanında Korku, Anksiyete ve Aleksitimi Kavramlarını İnceleyen Çalışmalar

Diş hekimliği, hasta ile hekimin yakın ilişkide olduğu bir bilim dalıdır. Özellikle Ortodonti hasta-hekim ilişkisinin zirvede yaşandığı bir alandır. Ortodontik tedavinin

doğası gereği hekimler hastaları ile fazla zaman geçirmekte ve onların birçok durumuna şahit olmaktadır. Ayrıca ortodontik tedavi süresince hekimler, hastalardaki hem fiziksel hem de ruhsal değişimleri fark edebilmektedirler (Neeley II ve ark., 2006).

Dental ve ortodontik tedaviler sırasında bireyler sıklıkla korku ve anksiyete reaksiyonları gösterebilmektedirler. Bu sebepten dolayı diş hekimliğinde korku ve anksiyete alanında yapılan çalışma sayısı fazladır. Fakat diş hekimliği ve ortodonti alanında aleksitimi ile ilgili yapılan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır.

2.4.1. Diş hekimliği alanında korku ve anksiyete kavramını inceleyen çalışmalar

Literatür incelendiğinde bireylerin dental tedavilerle ilgili bilgilendirilmesinin gerekliliği hakkında iki farklı görüş bulunmaktadır (Weiner ve Weinstein, 1995; Hilzenrat ve ark., 2006). İlk görüşe göre bireylere dental tedavilerin gidişatı ve riskleri hakkında bilgi vermenin, bireylerde gereksiz yere anksiyete oluşumuna neden olduğunu belirtmekte diğer görüş ise dental tedaviler hakkında hastaların fikir sahibi olmalarının anksiyete düzeylerini azalttığını ifade etmektedir (Weiner ve Weinstein, 1995; Hilzenrat ve ark., 2006).

Stouthard ve Hoogstraten (1987), dental korkuyu; diş hekimini ziyaret etmeye hazır olma, düzenli olarak diş hekimine gitme, ağız bölgesi ile ilgili hekimin yorum yapması ve tedavi süreci olmak üzere dört alanda araştırmışlardır. Özellikle diş hekiminin bireyin ağız bölgesi ile ilgili yorum yapmasının ve tedavi sürecinin korkuyu artırdığını belirtmişlerdir.

Kunzelman ve Dünninger (1990), korkunun oluşmasında; kişinin diş tedavisi ile ilgili travmatik bir deneyim yaşamasının, aile üyelerinin korku davranışı sergilemesinin ve kişinin de bu davranışları örnek almasının etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Berggren ve ark. (1997), dental korkunun travmatik deneyimlerle veya sosyal öğrenme ile oluştuğunu vurgulamışlardır. Ayrıca dental korkunun klasik koşullanma ve bilişsel öğrenme ile de oluşabildiğini belirtmişlerdir. Korkunun oluşmasında sadece tıbbi müdahalelerin etkili olmadığı aynı zamanda diş hekiminin hasta ile kurduğu

iletişimin ve hastaya diş tedavisi ile ilgili yaptığı yorumların da korkuya yol açabileceği sonucuna varmışlardır.

Locker ve ark. (1999), dental anksiyetenin yaş ile ilişkisine baktıkları çalışmalarında bireylerin %16,4'ünde dental anksiyete bulmuşlardır. Anksiyeteli bireylerin %50,9'unun çocuk, %22'sinin adölesan ve %27,1'inin yetişkin olduğu belirtilmiştir. Yani çocuklarda dental anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Luoto ve ark. (2009), 11-14 yaşları arasındaki Finli çocuklarda yaptıkları çalışmalarında dental korkuyu değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar ortodontik tedavi görmüş çocukların görmeyenlerden daha düşük dental korkuya sahip olduklarını göstermişlerdir.

Akarşlan ve ark. (2010), diş hekimliği korkusunu ve anksiyetesini değerlendirdikleri çalışmalarında dental korku ve anksiyetesi olan bireylerin ağız-diş sağlığı durumlarını ve dental tedaviler sırasında diş hekiminin karşılaşılabileceği problemleri belirtmişlerdir. Araştırmacılar diş hekimlerinin korku ve anksiyetesi olan hastalarda tedavilerini buna göre şekillendirmeleri gerektiğini önermişlerdir.

Serra-Negra ve ark. (2012), yaşları 20 ile 29 arasında değişen diş hekimliği öğrencileri ve yaşları 18 ile 65 arasında değişen hasta grubu üzerinde yaptıkları çalışmalarında dental korkuyu değerlendirmişlerdir. Hasta grubunda dental korkunun daha yaygın olduğu sonucuna varılmıştır.

Rantavuori ve ark. (2014), çocuklarda dental korkuyu değerlendirdikleri çalışmalarında geçirilmiş ortodontik tedavinin etkisini araştırmışlardır. Ortodontik tedavi geçirmiş çocuklarda dental korkunun yaygın olduğu ve ortodontik tedaviye alışmanın çocuklarda dental korkuyu azaltmadığı sonucuna varılmıştır.

Saatchi ve ark. (2015), 473 İranlı hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında dental korku ve anksiyeteyi değerlendirmişlerdir. Bireylerin %58,8'inde dental anksiyete tespit etmişlerdir. Bireylerin yaş ortalaması 32,5'tir. Dental korku ve anksiyeteyi yaş açısından değerlendirdiklerinde farklılık tespit etmemişlerdir. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksek dental korku ve anksiyete olduğu bildirilmiştir.

2.4.2. Ortodonti alanında korku ve anksiyete kavramını inceleyen çalışmalar

Crowley ve ark. (1956), dental muayene ve bazı ortodontik vakalarda ortodontik tedavinin korku ve anksiyeteyi artırdığını bildirmişlerdir. Breistein ve Burden (1998) ise hastalarda dental tedavilere karşı gösterilen anksiyetenin ortodontik tedavilere karşı gösterilmediğini belirtmişlerdir.

Maj ve ark. (1967), yaş ortalamaları 9 yıl 9 ay olan 100 hastanın ortodontik tedavi nedeniyle oluşan anksiyetelerini Rorschach Kişilik Testi kullanarak karşılaştırmışlardır. Ortodontik uygulamalar sırasında hemen hemen bütün çocuklarda (%77) stres yaşandığını belirtmişlerdir. Stres seviyeleri bireyden bireye değişim göstermekle birlikte, oluşan anksiyete durumunun ortodontik uygulamalar sırasındaki ağrı veya rahatsızlıktan kaynaklanmadığını iddia etmişlerdir. Bu farklılığın bireylerin psikolojik durumlarından ve diğer duygusal sorunlarından kaynaklandığını bildirmişlerdir. Lewis ve Brown. (1973) yaptıkları çalışmalarında 9-18 yaş aralığındaki ortodontik apaney uygulanmış 100 çocuk hastanın sadece % 25' inde dental anksiyete oluştuğunu bildirmişlerdir.

Sarı ve ark. (2005), ortodontik tedavinin hasta ve hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında tedaviye başlamamış hastaların yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğunu görmüşlerdir. Ortodontik tedavi gören hastalarda anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Hasta yakınlarının tedavi öncesi ve tedavi devam ederken de yüksek anksiyete gösterdikleri bildirilmiştir.

Bartlett ve ark. (2005), ortodontik tedavi seansı sonrasında hastalar ile yapılan telefon konuşmalarının hastaların ağrı ve anksiyete seviyesine olan etkisini inceledikleri çalışmalarında telefon ile aranan hastalarda kendilerine gösterilen ilgi sayesinde memnuniyet ve güven duygusunun oluştuğunu böylelikle ortodontik tedavinin başlangıcındaki korku duygusunun azaltıldığını bildirmişlerdir.

Trakyalı ve ark. (2009), çalışmalarında hastaları ortodontik tedaviye uyumlu ve uyumsuz olarak iki gruba ayırmıştır ve çalışmaya 90 birey dahil edilmiştir. Hastalar ağız

hijyeninin devamlılığı, randevularına düzenli gelme ve hekimin tavsiyesine göre ortodontik apareylerinin kullanımı kriterlerine göre gruplandırılmıştır. Uyumsuz grupta daha yüksek anlık anksiyete dereceleri görülmüştür. Ayrıca babaların davranışlarının adölesanların uyumunda önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bu sebeple ortodontik tedavinin ilk randevusunda hastaların babalarının bulunmasının önemli olduğu söylenmiştir.

Öztürk ve ark. (2009), yaptıkları çalışmalarında ortodontik tedavi olmak için sıra bekleyen hastalarda dental anksiyete düzeylerinin, ortodontik tedavi gören ve tedavisi bitmiş hastalara göre daha yüksek değerlerde olduğunu bildirmişlerdir. Ortodontik tedaviye devam eden hastalar ile tedavisi biten hastalar arasında anksiyete düzeyi farklı bulunmuştur ve bu farklılığın sebebinin braketlerin sökülmesi esnasındaki tedirginlikten dolayı olduğu düşünülmektedir. Ortodontik tedavinin ilerleyen dönemlerinde hastaların, tedavi ve oluşabilecek problemler hakkında bilgilendikleri için kendilerini ortodontik tedaviye ve ortodontiste daha yakın hissettiklerini ve böylelikle anksiyete düzeylerinin azaldığını göstermişlerdir. Ortodontik tedavinin başından sonuna kadar bireylerin anksiyete düzeylerinde değişiklik olduğu sonucuna varmışlardır.

Sjögren ve ark. (2010), 7-9 yaşları arasında 32 hastada, süt kanin dişlerin ortodontik amaçlı çekimleriyle ilişkili ağrı ve korkuyu incelemişlerdir. Süt kanin çekimlerinin dental korkuyu tetiklemediği veya artırmadığı görülmüştür.

Şengün ve ark. (2011), ortodontik tedaviler sırasında oluşan dental anksiyeteyi belirleyebilmek için, ortodonti ile alakalı sorular içeren ve İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'nda geliştirilen Çapa Anksiyete Skalası'nı (ÇAS) kullanmışlardır. Çalışma, yaşları 8-15 arasında değişen bireylerden oluşan iki grup üzerinde yürütülmüştür. İlk grup, kliniğe ortodontik tedavi olmak amacıyla ilk kez başvuran 46 çocuktan oluşmaktadır. İkinci grup ise, en az 1 yıldan beri tedavi gören 46 çocuktan oluşmaktadır. Çapa Anksiyete Skalası'nın geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak için daha önceden geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, rutin olarak uygulanan Frankl Skalası ile karşılaştırma yapılmıştır. Frankl Skalası ile birlikte yapılan değerlendirmede skalanın geçerliliği kanıtlanmıştır.

Roy (2011), kliniğe ilk kez başvuran ve ortodontik tedavi görmekte olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında ortodontik tedavi ile ilişkili dental anksiyeteyi değerlendirmek için MDASO'yu (Modifiye dental anksiyete skalasının ortodontiye uyarlanmış versiyonu) kullanmıştır. Ortodontik tedavi görmekte olan hastalara çeşitli ortodontik müdahaleler yapılırken anket uygulanmıştır. Anketleri tamamlanan 675 hastanın %22,8'inin dental anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür. Yaş ve cinsiyet açısından bir fark bulunmamıştır. Hastaların %18,7'si ortodontik tedavi ile ilişkili anksiyete göstermiştir. MDASO skorlarının yaş, cinsiyet, muayene sebebi, ilk muayene ve tedavi başlangıcından beri geçen zamana göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Yıldırım ve Karacay (2012), ortodontik tedavinin ilk üç ayı boyunca anksiyete seviyesindeki değişiklikleri değerlendirdikleri çalışmalarında 120 hasta ve her hastanın bir yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada anksiyete düzeyleri STAI ve DAS ile değerlendirilmiştir. 3 ay içerisinde hastaların dental anksiyete ve genel anksiyete seviyelerinin düştüğü görülmüştür. Fakat hasta yakınlarının anksiyete derecesinin azalması için 3 ayın yeterli olmadığı belirtilmiştir.

Prabhat ve ark. (2014), çalışmalarında mini vida uygulanan yaşları 12 ile 30 arasında değişen 41 ortodonti hastasında dental anksiyete ve ağrı ilişkisini araştırmışlardır. Çalışmada anksiyete DAS ile değerlendirilirken ağrının değerlendirilmesinde VAS kullanılmıştır. Çalışmada hem VAS hem de DAS skorları bayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Dental anksiyete ve hastaların hissettiği ağrı arasında önemli ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Rashid ve Hussain (2014), ortodonti hastalarında depresyon, stres ve anksiyetenin yaygınlığını değerlendirdikleri çalışmalarında DASS (Depresyon, anksiyete, stres skalası) ile değerlendirme yapmışlardır. Hastaların %31,64'ünde depresyon, %36,8'inde anksiyete ve %41,1'inde stres görülmüştür. Buna göre ortodonti hastalarının depresyon, stres ve anksiyeteye yatkın oldukları gösterilmiştir.

Pervez ve ark. (2015), ortodontik tedavinin ilk üç ayı boyunca anksiyete seviyesinin değişimini değerlendirdikleri çalışmalarında zamanla birlikte hastaların anksiyete seviyelerinin düşmesine rağmen hasta yakınlarının anksiyete seviyelerinin değişmediğini belirtmişlerdir. Buna göre ortodontik tedavinin başlamasıyla birlikte

hasta ve hasta yakınlarının ortodontiste ve klinik ortamına uyum sağladıkları gösterilmiştir.

2.4.3. Tıp alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar

Yapılan literatür taramasında yurt dışında aleksitimi ile ilgili deney ve kuramsal düzeyde çok sayıda araştırmanın yapılmış olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde ise aleksitimi ile ilgili olarak yapılan araştırmaların çok sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Sınırlı sayıdaki bu araştırmaların çoğunun da klinik ağırlıklı araştırmalar oldukları anlaşılmaktadır.

Freyberger (1971), yaptığı bazı gözlem ve araştırmalar sonucu aleksitimik özelliklerin geçici ve sürekli olabileceğini belirtmiştir. Blanchard ve ark. (1981) “Aleksitiminin Psikometrik Belirtilerini Ölçme” konulu yaptıkları araştırmada; 230 üniversite öğrencisinden kızların %1,8’inin erkeklerin ise %8,2’sinin aleksitimik özellikler taşıdığını saptamışlardır.

Fricchione ve Hwanitz (1985), yaptıkları araştırmada beyninin sağ yarım küresi zarar görmüş hastaların aleksitimik belirtiler gösterdiğini saptamışlardır. Aleksitiminin beynin sağ ve sol yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu oluştuğu, sağ yarım kürenin duyguların düzenlenmesinde, dilin duyguları ifade edebilmesinde önemli rol oynadığı buna bağlı olarak aleksitimik belirtilerin oluştuğu bulgularına ulaşmışlardır.

Yemez (1991), çalışmasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne başvurmuş veya kliniklerde yatmış 16-65 yaşları arasında 237 kişiye TAÖ-20 anketini uygulamıştır. Aleksitimi ile demografik özellik arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Yaş ilerledikçe aleksitimik özelliklerin arttığı; kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğu, ev hanımlarında ise çalışan bayanlara göre daha sıklıkla rastlanıldığı ortaya çıkmıştır. Anne-babanın öğrenim düzeyi ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aleksitimik özelliklerin; sosyo-ekonomik düzey düştükçe arttığı, çocukluğun geçtiği yerleşim birimi, evdeki çocuk sayısı, ailenin ilk, ortanca ya da son çocuğu olma ile aleksitimi arasında bir ilişki olmadığı, kardeş sayısı arttıkça aleksitimik özelliklerin arttığı gibi bulgulara ulaşılmıştır.

Boyatzis (1982), okul öncesi eğitimi gören çocukların yüz ifadelerini anlayabilme yeteneklerini incelemek amacıyla bir araştırma yapmıştır. 7 yaşındaki bir erkek çocuğunun kızgınlık, tiksinti, korku, mutlu, üzgün ve sürpriz duygularını ifade eden fotoğrafları kullanılmıştır. Kızların duyguları anlayabilme yönünden erkeklerden daha başarılı oldukları görülmüştür. Hem kızlarda hem de erkeklerde yüzdeki duyguları tanıma ve ifade etme yeteneğinin, yaş ilerledikçe arttığı sonucuna varılmıştır.

Parker ve ark. (1993), Ontorio Üniversitesi'nde toplam 216 öğrenci üzerinde aleksitiminin yüzdeki duygu ifadeleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında dokuz farklı insanın, stresli, hayret, merak, iğrenme, utanç, kızgın, korku, zevk, küçümseme ve aşağılık duygularını ifade eden siyah-beyaz fotoğraflarını kullanmışlardır. Araştırma sonucunda aleksitimi değerleri yüksek çıkan grubun, düşük aleksitimik gruba göre yüzdeki duygu ifadelerini daha az tanıyabildiği görülmüştür. Yüzdeki duygu ifadelerini tanıyabilme açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlara göre aleksitimi ile duyguları sözel olarak ifade edememe arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Kokkonen ve ark. (2001), aleksitiminin yaygınlığı ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkisini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda erkeklerin %9,4'ünün, kızların ise %5,2'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca aleksitiminin düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, düşük sosyal statü ve bekarlık ile ilişkili olduğu bulguları elde edilmiştir.

2.4.3. Diş hekimliği alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar

Diş hekimliğinde aleksitimi ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Viinikangas ve ark. (2009), dental anksiyete ve aleksitimiye değerlendirdikleri çalışmalarında yüksek dental anksiyeteye sahip bireylerin %15,5'inde, düşük dental anksiyeteye sahip bireylerin %5,9'unda aleksitimi görüldüğünü belirtmişlerdir. Çalışmada dental anksiyete MDAS ile aleksitimi ise TAÖ-20 ile değerlendirilmiştir. Erkekler TAÖ-20 skorlarında yüksek ortalama değerler göstermişlerdir. Yaş faktörünün TAÖ-20 skorlarında bağımsız bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Yine cinsiyet faktörünün de TAÖ-20 skorlarında bağımsız etkisinin görülmediği bildirilmiştir.

Pohjola ve ark. (2011), 30 yaş ve üzerindeki 5241 bireyde yaptıkları çalışmada dental korku ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni duruma göre incelemişlerdir. Çalışmada aleksitimiye değerlendirmek için TAÖ-20 kullanılmıştır. Dental korkuyu ölçmek için “Diş hekimine gitmekten ne kadar korkarsınız? sorusu sorulmuştur. Aleksitimik bireylerin daha yüksek dental korkuya sahip olduklarını göstermişlerdir. Aleksitimi düzeyi yüksek olan kadınların daha yüksek dental korkuya sahip oldukları sonucuna varmışlardır.

Stein ve ark. (2015), aleksitimi ve ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında düşük ağız sağlığı bakımının aleksitimi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Buna göre aleksitiminin ağız ve diş sağlığı yetersiz olan bireylerde olası bir faktör olabileceğini belirtmişlerdir.

2.4.4. Ortodonti alanında aleksitimi kavramını inceleyen çalışmalar

Yapılan literatür incelemesi sonucu ortodonti alanında korku ve anksiyete kavramını inceleyen çok fazla çalışmaya rastlanmış olmasına rağmen “bireylerin duygularını ifade edebilme güçlüğü” olarak tanımlanan aleksitimi kavramını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ortodontik tedavi uzun süren ve hastanın psikososyal durumunu etkileyen bir tedavi şeklidir. Aday hastalar tedaviye kabul döneminde uzun süre bekleyen ve bir an önce tellerinin takılmasını isteyen hastalardır. Tedavisini yapacak doktor ile tanışan hastalar, ilk başta çekinik davranış sergileyebilirler. Kayıt materyali toplanması ve tel takılması arasında geçen sürede tedavi planı da yapılırken bu hastaların duygu ve düşünceleri ve tedaviden beklentileri göz önüne alınmalıdır. Bu sebeple hastalardaki dental korku, anksiyete ve duygularını ifade edebilme yeteneklerinin öğrenilmesi başarılı ve uyumlu bir tedavi süreci için gereklidir (Neeley II ve ark., 2006).

Literatür incelendiğinde ortodontik tedavisi yeni başlamış ya da tedavisi devam eden hastaların emosyonel durumlarını inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastalardaki bu emosyonel durumun (korku ve anksiyete) ne zaman başladığının bilinmesi aynı zamanda hastaların duygularını ifade edebilme durumunun daha ilk başta öğrenilmesi önemlidir.

Ortodontik tedavi için kliniğe ilk kez başvuran ve tedaviye kabul edilen hastaların korku, anksiyete ve aleksitimi açısından değerlendirildiği bir çalışmaya ise literatürde rastlanmamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın materyalini Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne Ekim 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında başvuran ve ortodontik tedavi için kabul edilen 100 hasta ile aynı tarihler arasında ortodonti kliniğine ilk defa başvuran 100 hasta oluşturmuştur. Toplam 200 hastanın dental korku, aleksitimi ve anksiyete seviyelerinin belirlenmesi amacıyla önceden geliştirilmiş anketlerin uygulanmasına karar verilmiştir. Araştırmanın planlanmasını takiben Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Bkz EK 7).

Hastalar yapılacak çalışmanın amacı, süresi ve çalışmada kullanılacak anketler hakkında detaylıca bilgilendirilmiştir. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanan "Bilgilendirilmiş Olur Formu" nu imzalayarak gönüllü olan hastalar ebeveynlerinin de oluru alındıktan sonra araştırmaya dahil edilmiştir. Hasta seçimi yapılırken şu kriterler göz önüne alınmıştır:

Hastaların;

- ✓ Anketleri cevaplamak için gönüllü ve istekli olması,
- ✓ Anket doldurabilmek için yeterli bilişsel düzeyde olması,
- ✓ Daha önceden herhangi bir ortodontik tedavi görmüş olmaması,
- ✓ Genel sağlık problemlerinin olmaması,
- ✓ Şiddetli yüz deformitelerinin olmaması,
- ✓ 11-20 yaş aralığında olması,
- ✓ Daimi dişlenme döneminde olması.

Seçim kriterlerine uyan hastaların ilk olarak cinsiyet, yaş, diş fırçalama sıklığı ve DMFT indeks değerleri belirlenmiştir. Daha sonra ortodontik tedavi için kabul edilen hastalar "Çalışma Grubu"nu kliniğe ilk kez başvuran hastalar ise "Kontrol Grubu"nu oluşturmuştur. Çalışma grubundaki hastalara ortodontik tedavi için kabul edildikleri seansta, kontrol grubundaki hastalara ise ortodonti kliniğinde ilk kez muayene edildikleri seansta sırasıyla;

- Aleksitimi değerlerinin belirlenmesi amacıyla Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 “TAÖ-20” (Toronto Alexithymia Scale-20),
- Genel anksiyete değerlerinin belirlenmesi amacıyla Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri “STAI” (The State-Trait Anxiety Inventory) ve iki alt skalası; Durumluk Anksiyete Ölçeği “STAI-S” (The State Anxiety Scale), Sürekli Anksiyete Ölçeği “STAI-T” (The Trait Anxiety Scale)
- Dental korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Dental Korku Skalası “DKS” (Dental Fear Scale),
- Ortodontik tedavi ile ilişkili dental anksiyete seviyelerinin belirlenmesi amacıyla Çapa Anksiyete Skalası “ÇAS” (Çapa Anxiety Scale),
- Ortodontik tedavi ile ilişkili dental anksiyete seviyelerinin belirlenmesi amacıyla Modifiye Dental Anksiyete Skalasının Ortodontiye Uyarlanmış Versiyonu “MDASO” (The Modified Dental Anxiety Scale Adapted to Orthodontics),
- Ortodontik tedavi hakkında kaygıların belirlenmesi amacıyla Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi “OKL” (A List of Potential Concerns about to Orthodontic Treatment) anketleri doldurtulmuştur. Hastalar anketlerdeki soruları tek başlarına yanıtlamıştır.

3.1. İstatistiksel Yöntem

Tüm anketler hastalar tarafından değerlendirildikten sonra üzerinde durulan özellikler bakımından sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma olarak, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel analizler, IBM SPSS Version 21.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Her bir ölçüme ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Normallik için Kolmogorov–Smirnov testi yapılmış ve verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bu yüzden araştırmamızda non-parametrik istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Elde edilen verilerde iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olup olmadığını değerlendirmek için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olup olmadığını değerlendirmek için ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p=0,05$ olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

3.2. MDASO ve OKL Anketlerinin Güvenilirliği

Modifiye dental anksiyete skalasının ortodontiye uyarlanmış versiyonu (MDASO) ve Ortodontik tedavi hakkında olası kaygılar listesi (OKL) anketleri çeviri-geri çeviri tekniği ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Türkçe'ye uyarlanan MDASO ve OKL anketinin güvenilirliği için; içsel tutarlılık Cronbach α Katsayısı ile her bir sorunun toplam skorla ilişkisi ise Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir.

3.3. Metot Hatasının Değerlendirilmesi

Ölçümlerinin tekrarlanabilirliğine ilişkin metot hatasını belirlemek amacıyla, ilk değerlendirmeden yaklaşık bir ay sonra rastgele seçilen 50 hasta tekrar çağrılmış ve anketleri tekrar doldurmaları istenmiştir. Hastaların yaptıkları anket değerlendirmelerinin birinci ve ikinci ölçümleri arasında bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek için Wilcoxon testinden yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre yaş dağılımları ve yaş ortalamaları Tablo 1’de gösterilmiştir. Kız hastaların (n=132) yaş ortalaması 16,14 iken erkek hastaların (n=68) yaş ortalaması 15,6’dır. Çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması ise 15,96’dır.

Tablo 1. Hastaların yaş dağılımı ve yaş ortalamaları

| Cinsiyet | n | % | Yaş aralığı | Yaş ortalaması |
|----------|-----|-----|-------------|----------------|
| Kız | 132 | 66 | 11-20 | 16,14 |
| Erkek | 68 | 34 | 11-20 | 15,6 |
| Toplam | 200 | 100 | 11-20 | 15,96 |

Araştırma kapsamına alınan 132 kız (%66) ve 68 erkek (%34) toplam 200 hastanın demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. 11-15 yaş grubunda toplam 107 birey (72 kız, 35 erkek), 16-20 yaş grubunda ise toplam 93 birey (60 kız, 33 erkek) bulunmaktadır. Çalışma grubunda 100 birey (62 kız, 38 erkek), kontrol grubunda ise 100 birey (70 kız, 30 erkek) bulunmaktadır. Hastalar, DMFT indeksine göre değerlendirildiklerinde 1-7 arası değişen skorlar elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklığına göre hastalar değerlendirildiğinde günde 1, günde 2, günde 3 ve günde 4 kere diş fırçalayan bireyler sırasıyla 1, 2, 3 ve 4 skoru ile puanlanmıştır. Bunun yanında dişini günde 1 kereden az fırçalayan hastalar 5 skoru ile puanlanmıştır.

Yaş, grup, DMFT skoru ve diş fırçalama sıklığına göre kız ve erkek hastaların dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 2. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre demografik özelliklerinin dağılımının karşılaştırılması

| Demografik Özellikler | | Toplam | | Kız | | Erkek | | χ^2 | Sig |
|-----------------------|---------|--------|------|-----|------|-------|------|----------|-----|
| | | N | % | n | % | n | % | | |
| Yaş | 11-15 | 107 | 53,5 | 72 | 54,5 | 35 | 51,5 | 0,680 | NS |
| | 16-20 | 93 | 46,5 | 60 | 45,5 | 33 | 48,5 | | |
| Grup | Çalışma | 100 | 50 | 62 | 47 | 38 | 55,9 | 1,426 | NS |
| | Kontrol | 100 | 50 | 70 | 53 | 30 | 44,1 | | |
| DMFT | 1 | 24 | 12 | 13 | 9,8 | 11 | 16,2 | 12,073 | NS |
| | 2 | 28 | 14 | 16 | 12,1 | 12 | 17,6 | | |
| | 3 | 33 | 16,5 | 27 | 20,5 | 6 | 8,8 | | |
| | 4 | 34 | 17 | 27 | 20,5 | 7 | 10,3 | | |
| | 5 | 26 | 13 | 17 | 12,9 | 9 | 13,2 | | |
| | 6 | 21 | 10,5 | 10 | 7,6 | 11 | 16,2 | | |
| | 7 | 34 | 17 | 22 | 16,7 | 12 | 17,6 | | |
| Diş Fırçalama Sıklığı | 1 | 34 | 17 | 26 | 19,7 | 8 | 11,8 | 4,441 | NS |
| | 2 | 70 | 35 | 48 | 36,4 | 22 | 32,4 | | |
| | 3 | 69 | 34,5 | 43 | 32,6 | 26 | 38,2 | | |
| | 4 | 16 | 8 | 10 | 7,6 | 6 | 8,8 | | |
| | 5 | 11 | 5,5 | 5 | 3,8 | 6 | 8,8 | | |

χ^2 : Ki Kare, Sig: İstatistiksel önem, NS: Önemli değil

Araştırma kapsamında incelenen TAÖ-20, STAI, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL anketlerine verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler Tablo 3'de gösterilmiştir. Ortalama TAÖ-20 değeri 48,66±8,61, ortalama STAI-S değeri 42,13±6,13, ortalama STAI-T değeri 46,5±6,29, ortalama DKS değeri 36,6±14,4, ortalama ÇAS değeri 17,46±7,42, ortalama MDASO değeri 9,92±3,68, ortalama OKL değeri 31,91±10,85 tir.

Tablo 3. Anketlere verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler

| İncelenen Veriler (N=200) | <i>Ortalama</i> (Ort.) | <i>Standart Sapma</i> (S.sp.) | <i>Minimum</i> (Min.) | <i>Maksimum</i> (Maks.) |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| TAÖ-20 | 48,66 | 8,61 | 29 | 72 |
| STAI-S | 42,13 | 6,13 | 14 | 57 |
| STAI-T | 46,5 | 6,29 | 30 | 67 |
| DKS | 36,6 | 14,4 | 20 | 96 |
| ÇAS | 17,46 | 7,42 | 10 | 49 |
| MDASO | 9,92 | 3,68 | 5 | 25 |
| OKL | 31,91 | 10,85 | 14 | 61 |

Araştırmada incelenen MDASO anketinde sorulan 5 ayrı soruya verilen cevaplara ait puanların tanımlayıcı istatistik değeri Tablo 4’te verilmiştir. Buna göre, 1. Soru (Ortodontisti ilk kez ziyaret ettiğinizde kendinizi nasıl hissettiniz ya da hissedersiniz?) en yüksek, 5. Soru (Dişlerinizden ölçü alındığını düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissedersiniz?) ise en düşük ortalamaya sahip MDASO sorusu olarak karşımıza çıkmıştır.

Tablo 4. MDASO sorularına verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler

| MDASO | <i>Ortalama</i> (Ort.) | <i>Standart Sapma</i> (S.sp.) | <i>Minimum</i> (Min.) | <i>Maksimum</i> (Maks.) |
|---------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Soru 1 | 2,15 | 0,96 | 1 | 5 |
| Soru 2 | 1,86 | 0,85 | 1 | 5 |
| Soru 3 | 2,11 | 0,99 | 1 | 5 |
| Soru 4 | 1,98 | 1,04 | 1 | 5 |
| Soru 5 | 1,83 | 0,98 | 1 | 5 |

Araştırmada incelenen MDASO anketinin devamı niteliğindeki OKL anketinde sorulan 15 ayrı soruya verilen cevaplara ait puanların tanımlayıcı istatistik değerleri Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre bu listede bulunan 14. Soru (Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz?) en yüksek ortalamaya sahipken, 4. Soru (Ortodontik tedaviniz hakkında sorular sorulmasından dolayı hissettiğiniz rahatsızlık için endişe eder misiniz) ise en düşük ortalamaya sahip kaygı sorusu olarak karşımıza çıkmıştır.

Tablo 5. OKL sorularına verilen puanlara ait tanımlayıcı istatistik değerler

| OKL | <i>Ortalama</i> (Ort.) | <i>Standart Sapma</i> (S.sp.) | <i>Minimum</i> (Min.) | <i>Maksimum</i> (Maks.) |
|----------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Soru 1 | 2,27 | 0,99 | 1 | 5 |
| Soru 2 | 2,28 | 1,02 | 1 | 5 |
| Soru 3 | 1,80 | 0,88 | 1 | 5 |
| Soru 4 | 1,69 | 0,93 | 1 | 5 |
| Soru 5 | 1,87 | 1,04 | 1 | 5 |
| Soru 6 | 2,02 | 1,10 | 1 | 5 |
| Soru 7 | 1,99 | 1,03 | 1 | 5 |
| Soru 8 | 2,67 | 1,17 | 1 | 5 |
| Soru 9 | 2,62 | 1,16 | 1 | 5 |
| Soru 10 | 2,11 | 1,14 | 1 | 5 |
| Soru 11 | 1,94 | 1,09 | 1 | 5 |
| Soru 12 | 2,86 | 1,38 | 1 | 5 |
| Soru 13 | 2,63 | 1,38 | 1 | 5 |
| Soru 14 | 3,18 | 1,24 | 1 | 5 |
| Soru 15 | 2,22 | 1,01 | 1 | 5 |

MDASO ve OKL'nin güvenilirliğinin incelenmesi

Hastaların MDASO anketine verdikleri cevaplar için Güvenilirlik Analizi yapılmış ve anketin içsel tutarlılığı “Cronbach α Katsayısı” ile anket sorularının total skorla ilişkisi ise “Spearman Korelasyon Katsayısı” ile değerlendirilmiştir (Tablo 6). Alfa katsayısı her soruda 0,70'in üzerinde bulunmuştur. Tüm sorular için de 0,803 bulunmuştur. Bu skorlara göre MDASO anketi, güvenilir olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6. MDASO anketinde yer alan beş sorunun toplam MDASO skoru ile ilişkisi

| MDASO | Korelasyon Katsayısı | Cronbach Alfa (Soru çıkarılınca) |
|---|----------------------|-------------------------------------|
| Soru 1 | 0,568 | 0,771 |
| Soru 2 | 0,602 | 0,762 |
| Soru 3 | 0,686 | 0,732 |
| Soru 4 | 0,561 | 0,774 |
| Soru 5 | 0,527 | 0,783 |
| <i>Tüm sorular için Cronbach Alfa = 0,803</i> | | |

Hastaların OKL anketine verdikleri cevaplar için Güvenilirlik Analizi yapılmış ve anketin içsel tutarlılığı “Cronbach α Katsayısı” ile anket sorularının total skorla ilişkisi ise “Spearman Korelasyon Katsayısı” ile değerlendirilmiştir (Tablo 7). Alfa katsayısı her soruda 0,90'ın üzerinde bulunmuştur. Tüm sorular için de 0,918 bulunmuştur. Bu skorlara göre OKL anketi, güvenilir olarak değerlendirilmiştir.

Bu tez çalışmasında kullanılan TAÖ-20, DKS, STAI ve ÇAS anketlerinin daha önce geçerlilik ve güvenilirlikleri yapıldığı için bu anketler için güvenilirlik analizi yapılmamıştır.

Tablo 7. OKL anketinde yer alan onbeş sorunun toplam OKL skoru ile ilişkisi

| OKL | <i>Korelasyon Katsayısı</i> | <i>Cronbach Alfa (Soru çıkarılınca)</i> |
|---|-----------------------------|---|
| Soru 1 | 0,608 | 0,913 |
| Soru 2 | 0,583 | 0,914 |
| Soru 3 | 0,473 | 0,917 |
| Soru 4 | 0,577 | 0,914 |
| Soru 5 | 0,584 | 0,914 |
| Soru 6 | 0,638 | 0,912 |
| Soru 7 | 0,578 | 0,914 |
| Soru 8 | 0,708 | 0,910 |
| Soru 9 | 0,745 | 0,909 |
| Soru 10 | 0,739 | 0,909 |
| Soru 11 | 0,660 | 0,912 |
| Soru 12 | 0,687 | 0,911 |
| Soru 13 | 0,638 | 0,913 |
| Soru 14 | 0,618 | 0,913 |
| Soru 15 | 0,558 | 0,915 |
| <i>Tüm sorular için Cronbach Alfa = 0,918</i> | | |

Cinsiyete göre verilerin incelenmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler, ilk olarak cinsiyet faktörü göz önüne alınarak incelenmiştir. Anketlere verilen skorların ortalamalarının, cinsiyete göre kendi içerisinde Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Anketlerin skor ortalamalarının cinsiyete göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

| <i>Veri</i> | <i>Cinsiyet</i> | <i>n</i> | <i>Ort.</i> | <i>S.Sp.</i> | <i>Mann Whitney U</i> |
|---------------|-----------------|----------|-------------|--------------|-----------------------|
| TAÖ-20 | kız | 132 | 47,75 | 8,33 | * |
| | erkek | 68 | 50,42 | 8,94 | |
| STAI-S | kız | 132 | 42,01 | 5,87 | NS |
| | erkek | 68 | 42,36 | 6,63 | |
| STAI-T | kız | 132 | 46,84 | 6,29 | NS |
| | erkek | 68 | 45,83 | 6,29 | |
| DKS | kız | 132 | 37,53 | 14,43 | NS |
| | erkek | 68 | 34,77 | 14,49 | |
| ÇAS | kız | 132 | 17,76 | 7,14 | NS |
| | erkek | 68 | 16,88 | 7,96 | |
| MDASO | kız | 132 | 10,05 | 3,51 | NS |
| | erkek | 68 | 9,66 | 4,01 | |
| OKL | kız | 132 | 32,81 | 11,15 | NS |
| | erkek | 68 | 30,14 | 10,08 | |

NS: Önemli değil, $p < 0,05^*$

Cinsiyet faktörü göz önüne alındığında sadece TAÖ-20 değerlerinde istatistiksel farklılık bulunmuştur. Bu sebeple değerlendirmeler yapılırken TAÖ-20 verileri kız ve erkek bireylerde ayrı ayrı incelenmiştir. Diğer anketlerde değerlendirme yapılırken ise kız ve erkek bireylerin verileri birleştirilerek inceleme yapılmıştır.

Yaş gruplarına göre verilerin incelenmesi

Araştırma kapsamında ortodonti kliniğine ilk kez gelen (kontrol grubu) hastalar ile ortodontik tedaviye kabul edilmiş ve bondingi bekleyen hastalar (çalışma grubu) araştırmaya dahil edilmiştir.

Cinsiyet farklılığı görülen TAÖ-20 skorlarının yaş faktörüne göre kız ve erkek bireyler için ayrı ayrı incelenmesi Tablo 9’da gösterilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak farklılık yoktur.

Tablo 9. TAÖ-20 ortalamalarının yaş gruplarına göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

| <i>Veri</i> | <i>Yaş Grubu</i> | <i>n</i> | <i>Ort.</i> | <i>S.Sp.</i> | <i>Mann Whitney U</i> |
|---------------------------|------------------|----------|-------------|--------------|-----------------------|
| (Kız) TAÖ-20 | 11-15 | 72 | 47,02 | 7,91 | NS |
| | 16-20 | 60 | 48,61 | 8,78 | |
| (Erkek) TAÖ-20 | 11-15 | 35 | 49,82 | 10,47 | NS |
| | 16-20 | 33 | 51,06 | 7,07 | |

NS: Önemli değil

Cinsiyet farklılığı görülmeyen STAI-S, STAI-T, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL skorlarının yaş faktörüne göre incelenmesi Tablo 10'da gösterilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur.

Tablo 10. Anket ortalamalarının (TAÖ-20 hariç) yaşa göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

| <i>Veri</i> | <i>Yaş Grubu</i> | <i>n</i> | <i>Ort.</i> | <i>S.Sp.</i> | <i>Mann Whitney U</i> |
|---------------|------------------|----------|-------------|--------------|-----------------------|
| STAI-S | 11-15 | 107 | 42,439 | 6,501 | NS |
| | 16-20 | 93 | 41,774 | 5,689 | |
| STAI-T | 11-15 | 107 | 46 | 6,754 | NS |
| | 16-20 | 93 | 47,086 | 5,705 | |
| DKS | 11-15 | 107 | 38,944 | 15,885 | * |
| | 16-20 | 93 | 33,903 | 12,203 | |
| ÇAS | 11-15 | 107 | 18,953 | 8,096 | ** |
| | 16-20 | 93 | 15,753 | 6,183 | |
| MDASO | 11-15 | 107 | 10,477 | 3,986 | * |
| | 16-20 | 93 | 9,280 | 3,204 | |
| OKL | 11-15 | 107 | 33,850 | 11,053 | ** |
| | 16-20 | 93 | 29,677 | 10,226 | |

NS: Önemli değil, $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$

Testin sonuçlarına göre DKS ve MDASO anketlerinde yaş gruplarına göre farklılık vardır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yine ÇAS ve OKL anketlerinde yaş gruplarına göre farklılık vardır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$).

Ortodontik tedaviye kabul edilen (çalışma grubu) ve kliniğe ilk kez başvuran bireylerde (kontrol grubu) verilerin incelenmesi

TAÖ-20 ortalamalarının çalışma ve kontrol grubu faktörüne göre kız ve erkek bireylerde ayrı olarak değerlendirilmesi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. TAÖ-20 ortalamalarının çalışma ve kontrol grubuna göre Mann Whitney U testine göre karşılaştırılması

| <i>Veri</i> | <i>Grup</i> | <i>n</i> | <i>Ort.</i> | <i>S.Sp.</i> | <i>Mann Whitney U</i> |
|---------------------------|-------------|----------|-------------|--------------|-----------------------|
| (Kız) TAÖ-20 | Çalışma | 62 | 46,581 | 8,722 | NS |
| | Kontrol | 70 | 48,786 | 7,879 | |
| (Erkek) TAÖ-20 | Çalışma | 38 | 49,211 | 8,705 | NS |
| | Kontrol | 30 | 51,967 | 9,144 | |

NS: Önemli değil

TAÖ-20 ortalamalarının çalışma ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması sonucu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Gruplar arası farklılık yoktur.

STAI-S, STAI-T, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL ortalamalarının çalışma ve kontrol grubu faktörüne göre ayrı olarak değerlendirilmesi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Anketlerin ortalamalarının (TAÖ-20 hariç) çalışma ve kontrol grubuna göre Mann Whitney U testi ile karşılaştırılması

| <i>Veri</i> | <i>Grup</i> | <i>N</i> | <i>Ort</i> | <i>S.Sp.</i> | <i>Mann Whitney U</i> |
|---------------|-------------|----------|------------|--------------|-----------------------|
| STAI-S | Çalışma | 100 | 42,32 | 5,81 | NS |
| | Kontrol | 100 | 41,94 | 6,46 | |
| STAI-T | Çalışma | 100 | 46,18 | 5,79 | NS |
| | Kontrol | 100 | 46,83 | 6,77 | |
| DKS | Çalışma | 100 | 33,67 | 13,23 | ** |
| | Kontrol | 100 | 39,53 | 15,12 | |
| ÇAS | Çalışma | 100 | 16,34 | 7,13 | * |
| | Kontrol | 100 | 18,59 | 7,57 | |
| MDASO | Çalışma | 100 | 9,91 | 3,82 | NS |
| | Kontrol | 100 | 9,93 | 3,55 | |
| OKL | Çalışma | 100 | 31,61 | 11,36 | NS |
| | Kontrol | 100 | 32,21 | 10,36 | |

NS: Önemli değil, $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$

Testin sonuçlarına göre STAI-S, STAI-T, MDASO ve OKL anketlerinde çalışma ve kontrol grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. DKS anketinde çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Yine ÇAS anketinde çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

OKL 15 sorudan oluşan ve ortodontik tedavi ile ilgili kaygıların incelendiği bir ankettir. Bu sebeple OKL anketinin her bir sorusuna verilen cevapların dağılımı cinsiyete, çalışma-kontrol gruplarına ve yaş grubuna göre Ki-kare analizi ile ayrı ayrı incelenmiştir. Genel itibariyle sorulara verilen cevapların dağılımında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı görülmüştür. Sadece birkaç soruda gruplar arasında istatistiksel farklılık olduğu bulunmuş ve farklılık görülen cevapların dağılımı aşağıdaki tablolarda (Tablo 13-Tablo 20) gösterilmiştir.

OKL sorularına verilen cevapların dağılımının cinsiyete göre incelenmesi

OKL sorularına verilen cevapların dağılımı cinsiyete göre incelendiğinde sadece 14. soruya verilen cevapların dağılımında istatistiksel olarak farklılık gözlenmiştir.

Tablo 13. 14. soruya verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı

| | | | 14- Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|----------|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Cinsiyet | kız | n | 14 | 24 | 31 | 32 | 31 | 132 |
| | | % | %10,6 | %18,2 | %23,5 | %24,2 | %23,5 | %100 |
| | erkek | n | 5 | 24 | 16 | 19 | 4 | 68 |
| | | % | %7,4 | %35,3 | %23,5 | %27,9 | %5,9 | %100 |

Kız hastalar, ondördüncü soruda 5 skorunu erkek hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir ve bu farklılık istatistiksel olarak önemlidir.

OKL sorularına verilen cevapların dağılımının çalışma-kontrol gruplarına göre incelenmesi

OKL sorularına verilen cevapların dağılımı çalışma-kontrol gruplarına göre incelendiğinde sadece 2. ve 4. soruya verilen cevapların dağılımında istatistiksel olarak farklılık gözlenmiştir.

Tablo 14. 2. soruya verilen cevapların çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımı

| | | | 2-Ortodontik tedavi hakkında yeterli bilginiz olmadığı için endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|------|---------|---|--|-----|-----|-----|----|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Grup | çalışma | n | 36 | 32 | 20 | 9 | 3 | 100 |
| | | % | %36 | %32 | %20 | %9 | %3 | %100 |
| | kontrol | n | 15 | 38 | 35 | 10 | 2 | 100 |
| | | % | %15 | %38 | %35 | %10 | %2 | %100 |

Çalışma grubundaki hastalar, ikinci soruda 1 skorunu kontrol grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

Tablo 15. 4. soruya verilen cevapların çalışma ve kontrol grubuna göre dağılımı

| | | | 4- Ortodontik tedaviniz hakkında sorular sorulmasından dolayı hissettiğiniz rahatsızlık için endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|------|---------|---|---|-----|-----|----|----|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Grup | çalışma | n | 67 | 18 | 12 | 1 | 2 | 100 |
| | | % | %67 | %18 | %12 | %1 | %2 | %100 |
| | kontrol | n | 42 | 39 | 14 | 2 | 3 | 100 |
| | | % | %42 | %39 | %14 | %2 | %3 | %100 |

Kontrol grubundaki hastalar, dördüncü soruda 2 skorunu çalışma grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

OKL sorularına verilen cevapların dağılımının yaşa göre incelenmesi

OKL sorularına verilen cevapların dağılımı yaşa göre incelendiğinde 8., 9., 12., 13., ve 14. soruya verilen cevapların dağılımında istatistiksel olarak farklılık gözlenmiştir.

Tablo 16. 8. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı

| | | | 8-Dişlerinize tel takılırken ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|-----------|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Yaş grubu | 11-15 | n | 18 | 29 | 32 | 11 | 17 | 107 |
| | | % | %16,8 | %27,1 | %29,9 | %10,3 | %15,9 | %100 |
| | 16-20 | n | 12 | 42 | 25 | 9 | 5 | 93 |
| | | % | %12,9 | %45,2 | %26,9 | %9,7 | %5,4 | %100 |

11-15 yaş grubundaki hastalar, sekizinci soruda 5 skorunu, 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

Tablo 17. 9. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı

| | | | 9- Ortodontik tedavide bazı noktalarda ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|-----------|-------|---|---|-------|-------|------|------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Yaş grubu | 11-15 | n | 20 | 25 | 32 | 15 | 15 | 107 |
| | | % | %18,7 | %23,4 | %29,9 | %14 | %14 | %100 |
| | 16-20 | n | 16 | 36 | 31 | 7 | 3 | 93 |
| | | % | %17,2 | %38,7 | %33,3 | %7,5 | %3,2 | %100 |

11-15 yaş grubundaki hastalar, dokuzuncu soruda 5 skorunu, 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

Tablo 18. 12. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı

| | | | 12- Diş çekimi gerekirse endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|-----------|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Yaş grubu | 11-15 | n | 19 | 21 | 31 | 11 | 25 | 107 |
| | | % | %17,8 | %19,6 | %29 | %10,3 | %23,4 | %100 |
| | 16-20 | n | 23 | 24 | 17 | 18 | 11 | 93 |
| | | % | %24,7 | %25,8 | %18,3 | %19,4 | %11,8 | %100 |

11-15 yaş grubundaki hastalar, onikinci soruda 5 skorunu, 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

Tablo 19. 13. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı

| | | | 13- İğne yapılması gerekirse endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|-----------|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Yaş grubu | 11-15 | n | 24 | 20 | 25 | 14 | 24 | 107 |
| | | % | %22,4 | %18,7 | %23,4 | %13,1 | %22,4 | %100 |
| | 16-20 | n | 32 | 26 | 18 | 13 | 4 | 93 |
| | | % | %34,4 | %28 | %19,4 | %14 | %4,3 | %100 |

11-15 yaş grubundaki hastalar, onüçüncü soruda 5 skorunu, 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir.

Tablo 20. 14. soruya verilen cevapların yaş grubuna göre dağılımı

| | | | 14- Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz? | | | | | Toplam |
|-----------|-------|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Yaş grubu | 11-15 | n | 6 | 20 | 24 | 32 | 25 | 107 |
| | | % | %5,6 | %18,7 | %22,4 | %29,9 | %23,4 | %100 |
| | 16-20 | n | 13 | 28 | 23 | 19 | 10 | 93 |
| | | % | %14 | %30,1 | %24,7 | %20,4 | %10,8 | %100 |

11-15 yaş grubundaki hastalar, onördüncü soruda 4 ve 5 skorlarını, 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha fazla işaretlemişlerdir. 16-20 yaş grubundaki hastalar ise 1 ve 2 skorlarını daha fazla işaretlemişlerdir.

Bu durum 11-15 yaş grubundaki hastaların 16-20 yaş grubundaki hastalara göre sorularda bahsi geçen işlemlerden daha çok endişe duyduklarını göstermektedir.

Korelasyonlar:

Çalışmada kullanılan anketlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin incelenmesi amacıyla Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

TAÖ-20 anketi ile DKS, ÇAS, MDASO ve OKL arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

STAI-S anketi ile STAI-T ve OKL anketi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

STAI- T anketi ile STAI-S, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL anketi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

DKS anketi ile STAI-T, TAÖ-20, ÇAS, MDASO, OKL anketi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

ÇAS anketi ile STAI-T, TAÖ-20, DKS, MDASO, OKL anketi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

MDASO anketi ile STAI-T, TAÖ-20, DKS, ÇAS, OKL anketi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.

OKL anketinin sorularına verilen yanıtlar ile bütün anketler arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Yapılan anketlere ait Spearman Korelasyon Katsayıları

| Anketler | TAÖ-20 | STAI-S | STAI-T | DKS | ÇAS | MDASO | OKL |
|----------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|
| TAÖ-20 | - | | | | | | |
| STAI-S | -0,104 | - | | | | | |
| STAI-T | 0,125 | 0,216 ^{**} | - | | | | |
| DKS | 0,290 ^{**} | -0,048 | 0,245 ^{**} | - | | | |
| ÇAS | 0,228 ^{**} | -0,032 | 0,237 ^{**} | 0,805 ^{**} | - | | |
| MDASO | 0,216 ^{**} | -0,131 | 0,173 [*] | 0,589 ^{**} | 0,666 ^{**} | - | |
| OKL | 0,255 ^{**} | -0,192 ^{**} | 0,206 ^{**} | 0,711 ^{**} | 0,719 ^{**} | 0,807 ^{**} | - |

p<0,05*, p<0,01**

Metot Hatası:

Anket ölçümlerinin tekrarlanabilirliğinin belirlenmesi için rastgele seçilen 50 hasta, ilk değerlendirmeden bir ay sonra tekrar anketleri doldurmuştur. Hastaların yaptığı değerlendirmelere ait birinci ve ikinci ölçümler arasındaki farklılıkları belirlemek için Wilcoxon testi uygulanmıştır (Tablo 22). Bu analiz sonucuna göre birinci ve ikinci ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel farklılık yoktur.

Tablo 22. Hastalara ait TAÖ-20, STAI-S, STAI-T, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL skor ortalamalarının karşılaştırılması

| İncelenen Veriler (N=50) | Birinci Ölçümler <i>Ortalama</i> <i>Ort. (S.Sp)</i> | İkinci Ölçümler <i>Ortalama</i> <i>Ort. (S.Sp)</i> | Wilcoxon |
|------------------------------------|--|---|-----------------|
| TAÖ-20 | 47,65 ± 0,45 | 46,43 ± 1,12 | NS |
| STAI-S | 43,23 ± 1,23 | 42,55 ± 0,85 | NS |
| STAI-T | 48,51 ± 1,56 | 49,01 ± 0,91 | NS |
| DKS | 34,62 ± 0,78 | 35,44 ± 1,07 | NS |
| ÇAS | 18,46 ± 0,82 | 19,23 ± 1,04 | NS |
| MDASO | 10,02 ± 0,89 | 9,95 ± 0,49 | NS |
| OKL | 32,11 ± 0,93 | 31,22 ± 0,58 | NS |

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ortodontik tedavinin gidişatı diğer dental tedavilere göre bazı farklılıklar içermektedir. Bütün dental problemleri halledilmiş ve ortodontik tedavi için uygun birer aday haline gelen hastaların, ilk olarak ortodontik teşhis materyalleri toplanır. Ortodontik tedavi öncesi sırasıyla anamnez, ağız içi ve ağız dışı fotoğraf çekimleri, ölçü alma işlemi ve radyografi çekimi yapılmaktadır. Kayıtları toplanan hastalar değerlendirildikten sonra ne çeşit bir ortodontik tedavi yapılacağına karar verilip tedaviye başlanmaktadır. Bu andan itibaren hastalar ve ortodontist arasında düzenli bir iletişim başlamaktadır (Ülgen, 1993). Ortodontist, tedavi süreci başladıktan sonra da hastalarını aylık periyodlar halinde düzenli bir şekilde görür ve uzun yıllar bu süreç böyle devam eder. Çocukluk çağındaki hastaların sadece dental gelişimleri değil aynı zamanda ruhsal gelişimleri de ortodontistin gözlemi içinde olur. Bir ortodontistin hastanın aynı zamanda ilk psikiyatristi olduğu söylenmiştir (Neeley II ve ark., 2006).

Ortodontistler, dental korku ve dental anksiyeteyi ölçen skalalar ile ortodontik tedavi sırasında hissedilen korku ve anksiyeteyi ölçebilmektedirler (Weinstein ve ark., 2003; Chanpong ve ark., 2005). Fakat kayıt işlemleri ve ortodontik tedavi öncesindeki uygulamalar hakkında bilgisi olmayan hastaların hissettikleri rahatsızlık, ağrı, korku ve anksiyete gibi durumları tam olarak değerlendirebilecek ve rutin olarak kullanılan bir skala veya anket henüz mevcut değildir (Roy, 2011). Ortodontik tedavi öncesinde hastaların hissettiği korku ve anksiyetenin belirlenmesi amacıyla yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır. Bu durum, ortodontik işlemlerle alakalı özel anket ve skalaların eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Roy, 2011). Yine “duyguları ifade etme güçlüğü” olarak tanımlanan aleksitiminin varlığı da ortodontik tedaviler gibi uzun süren durumlarda ve bu tedaviyi görecektir hastalarda incelenmelidir. Literatürde ortodontik tedavi öncesi tedaviye kabul edilen bireylerin duygularını ifade etme durumlarını inceleyen bir çalışmaya raslanmamıştır.

Ortodontik tedavi esnasında oluşan ağrı; yaş, cinsiyet, kültürel geçmiş, fizyolojik ve psikolojik durumlar gibi faktörlerle ilişkilidir (Ngan ve ark., 1989; Brown ve Moerenhout, 1991; Scheurer ve ark., 1996; Firestone ve ark., 1999; Bergius ve ark., 2000). Ağrı, hastada dental anksiyete oluşturan faktörlerin de başında gelmektedir (Maggirias ve Locker, 2002). Ortodontik tedavi gören hastalardaki mevcut anksiyete

bozukluklarının, psikolojik rahatsızlıkların ve aleksitimi gibi durumların ortodontik uygulamaların neden olduğu ağrı şiddetini önemli bir şekilde etkilediği bildirilmiştir (Bergius ve ark., 2000). Separasyon işlemi, ark teli yerleştirilmesi ve aktivasyonu, ortopedik kuvvetlerin uygulanması ve debonding gibi ortodontik işlemler, dişlerde sızlama, basınç ve gerilim hissi gibi durumlar oluşturarak hastaların rahatsızlık duyabilmelerine neden olabilmektedir (Ngan ve ark., 1989; Krishnan, 2007). Ortodonti hastalarının yaklaşık %70-95'inin ortodontik tedavi boyunca ağrı deneyimleri olabilmektedir (Scheurer ve ark., 1996; Bergius ve ark., 2002). Erken dönemde ağrı deneyimi yaşayan hastaların %8'inin tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir (Patel, 1989). Geçmiş tedavilerinde ağrı tecrübesi olan bazı hastalar, fonksiyonel olarak ihtiyaçları olmasına rağmen ortodontik tedaviden uzaklaşabilmektedirler (Bartlett ve ark., 2005).

Bireylerin genellikle tedavilerinin nasıl ilerleyeceği ve tedavi esnasında neler olacağı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları bildirilmiştir (Roy, 2011). Bu gerçek hastaların ortodontik tedavi hakkında iyi bir şekilde bilgilendirilmediğini göstermektedir. Çevre ve aile tarafından paylaşılan olumsuz hikayeler ortodontiyle ilişkili dental anksiyete düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (Rachman, 1990). Ailelerin ortodontistle ilişkisi ve ortodontik tedavi maliyeti, ortodonti hastalarında dental anksiyeteye neden olan etkenlerden diğer biridir (Roy, 2011). Üniversite hastanelerinde hastaların öğrenciler tarafından tedavi edilebileceklerini düşünmeleri, dental anksiyetelerini artırabilmektedir (Roy, 2011). Özel kliniklerde ortodontik tedavi gören hastalar genellikle doktorunu kendi seçebilir ve bu sebeple ortodontistine olan güvenleri daha fazla olabilir. Hastalar, özel kliniklerdeki deneyimli ortodontistlere kolay bir şekilde soru sorabilecekleri için anksiyete seviyeleri daha düşük olabilmektedir. Ortodontist ve hasta arasında güvene dayanan bu ilişki, hastaların dental anksiyetesinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Roy, 2011).

Dental korku ve dental anksiyetenin tedavi başlangıcında doğru bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir ve tüm sebepleri ayrıntılı olarak ortaya çıkarılmalıdır. Bunun için birden fazla ölçme aracının kullanılması gereklidir (Roy, 2011). Literatür incelendiğinde standart ortodontik işlemlerin hastaların psikolojik durumlarına olan etkisini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Egolf ve ark., 1990; Sarı ve ark., 2005).

Literatürde genellikle korku ve anksiyete değerlendirmeleri için DAS ve MDAS (Humphris ve ark., 1995; Newton ve Buck, 2000) gibi anketler kullanılmaktadır. Fakat lokal anestezi, kanama, diş çekimi, iğne gibi rutin dental işlemlerden kaynaklı korku ve anksiyetenin değerlendirilmesi, ortodontik tedavi öncesindeki anksiyete seviyesini belirlemek için uygun değildir. Çünkü ortodontik tedavi için aday olan hastaların tedaviye uyumlu olup olmadığının seçiminde bu korku ve anksiyete kesin birer kriter olarak kullanılamamaktadır. Bununla birlikte tedavi öncesi hasta ile hekim arasında iyi bir iletişim ve ilişkinin kurulması için hastanın ortodonti ile ilgili korku ve anksiyete durumunun belirlenmesi gerekmektedir (Roy, 2011).

5.1. Dental Korku ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler

Dental korkunun değerlendirildiği çalışmalarda araştırmacılar korkunun sebeplerini belirlemeye çalışmışlardır. Geçirilmiş travmatik deneyimler (Kunzelman ve Dünninger, 1990; Berggren ve ark., 1997), sosyal öğrenme (Kunzelman ve Dünninger, 1990; Berggren ve ark., 1997), klasik koşullanma ve bilişsel öğrenme (Kunzelman ve Dünninger, 1990), diş hekiminin hastanın dental tedavisi hakkında yorum yapması (Stouthard ve Hoogstraten, 1987; Berggren ve ark., 1997) gelişim çağı ile birlikte belirli fizyolojik faktörler (Shim ve ark., 2015), dental tedavi hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması (Serra-Negra ve ark., 2012), aleksitimik bireyler (Pohjola ve ark., 2011), yaş (Yıldırım ve ark., 2013; Suhani ve ark., 2016), cinsiyet (Yıldırım ve ark., 2013; Suhani ve ark., 2016) dental korkunun olası sebepleri arasındadır.

Geçirilmiş ortodontik tedavinin çocuklarda dental korku üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, dental korkunun azaldığını bildiren çalışmaların (Luoto ve ark., 2009) yanı sıra dental korkunun azalmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Crowley ve ark., 1956; Rantavuori ve ark., 2014; Khokhar ve ark., 2015).

Dental korkunun prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Bunun sebebi dental korkunun değerlendirilmesinde farklı skalalar kullanılması ve dental anksiyetenin dental korku ile bir tutulmasıdır. Diş hekimine müracaat eden hastalarda yapılan bazı çalışmalarda; Oliveira ve ark. (2012) Brezilyalı hastalarda ortalama DKS skorunu 35,2, Coolidge ve ark. (2008) Yunan hastalarda ortalama DKS skorunu 39,8, Yoshida ve ark. (2009) Japon hastalarda

ortalama DKS skorunu 37,4, Lueken ve ark. (2011) Alman hastalarda ortalama DKS skorunu 42,7 ve Sirin ve ark. (2012) Türk hastalarda ortalama DKS skorunu 36,1 bulmuşlardır.

Bu tez çalışmasına ortodonti kliniğine ilk kez müracaat eden ve tedavi için kabul edilen 11-20 yaşları arasındaki bireyler dahil edilmiş ve çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin ortalama DKS skoru 36,6 olarak bulunmuştur. Bulgularımız, DKS kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda (Oliveira ve ark., 2012; Coolidge ve ark., 2008; Yoshida ve ark., 2009; Lueken ve ark., 2011; Sirin ve ark., 2012)) elde edilen bulgular ile benzerdir. Fakat yukarıda bahsedilen çalışmalarda, çalışmamızdan farklı olarak daha yüksek yaşlardaki dental hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Ortodontik tedavi esnasında genellikle anestezi gibi korkutucu bir işlem olmamasına karşın küçük bireyler ortodontik tedavi öncesinde herhangi bir bilgi ve deneyime sahip olmadıklarından daha çok korkabilirler. Hatta bazı hastalar yaşadıkları olumsuz dental deneyimlerden bile daha korkutucu işlemlere maruz kalabileceklerini düşünebilirler. Küçük yaştaki bireylerin büyük yaştaki bireylere göre dental tedavilerden daha çok korktuğu bilinen bir gerçektir (Lahti ve ark., 2007). Bu tez çalışmasına dahil edilen 200 hastanın cinsiyete göre yapılan değerlendirmesinde DKS skorlarında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Fakat yaşa göre yapılan değerlendirmede 11-15 yaş grubundaki hastalarda daha yüksek dental korku görülmüştür.

Çalışmamızda çalışma ve kontrol grubuna göre yapılan değerlendirmede ortodontik tedavi için kliniğe ilk kez başvuran bireylerde daha yüksek dental korku (DKS skorları) görülmüştür. Ayrıca bu hastaların genel anksiyete seviyeleri (STAI skorları) ve ortodonti ile ilişkili dental anksiyete seviyeleri (ÇAS ve MDASO skorları) de daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara bakılarak ortodonti kliniğine ilk kez gelen ve yaşları 11-15 arasında olan hastalarda diş hekimi korkusu ve anksiyete potansiyeli olabileceği söylenebilir.

5.2. Genel Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler

Özdemir ve ark. (2001), çalışmalarında Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran ve çalışmaya dahil edilen 151 birey üzerinde anksiyeteyi değerlendirmişlerdir. Anksiyete durumluk ve sürekli değerlerini ölçen STAI-S ve STAI-T formları ile ölçülmüştür. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede erkeklerin sürekli ve durumluk anksiyete değerlerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşa, eğitim durumuna ve mesleğe göre yapılan değerlendirmede ise istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır.

Yusa ve ark. (2004), çalışmalarında STAI anketini kullanmışlardır. İlk defa 20 yaş dışı çektirecek olan hastaların STAI-S skorlarının, aynı işlemi ikinci kez yaptıracak olan hastalardan daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonucu hastaların yapılan işlemlerde tecrübe kazanmaları sonucu anksiyete düzeylerinin azaldığı şeklinde yorumlamışlardır.

Sarı ve ark. (2005), yaptıkları çalışmalarında 83 hasta ve bunların yakınları üzerinde genel anksiyeteyi incelemişlerdir. Yaş ortalaması 15,6 olan 40 birey ve ailelerinden oluşan birinci grubu (ortodontik tedavi için bekleyen hastalar), yaş ortalaması 16 olan 43 kişi ve ebeveynleri ikinci grubu (1 yıldır ortodontik tedavi gören hastalar) oluşturmuştur. Çalışmada STAI anketi kullanılmıştır. Hastaların durumluk anksiyete düzeyleri ve hasta yakınlarının sürekli anksiyetelerinin ortodontik tedavinin başlangıcında yüksek olduğu görülmüştür. Ortodontik tedavinin birinci yılında başlangıçta yüksek anksiyete gösteren hastaların anksiyete düzeylerinin normale döndüğü, ebeveynlerinin anksiyete seviyelerinin ise değişmediği görülmüştür.

Vaida ve ark. (2007), çocuklarda ve adölesanlarda talep edilen ortodontik tedavinin anksiyete derecesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında çalışma grubunda yaşları 7 ile 18 arasında değişen, yaş ortalaması 12,31 olan 41 çocuk ve adölesan bulunmaktadır. Kontrol grubu ise yaşları 9 ile 17 arasında değişen yaş ortalaması 12,36 olan 43 ortaokul ve lise öğrencisinden oluşmaktadır. Anksiyetenin değerlendirilmesi için STAI kullanılmıştır. Durumluk anksiyete açısından ortodontik tedavi talep edilen çalışma grubunda anksiyete seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Sürekli anksiyete açısından ise bir farklılık bulunmamıştır. Ortodonti hastalarının

anksiyete düzeyleri ortodontik tedavi görmeyen bireylerden daha yüksektir. Çalışmamızda ise çalışma ve kontrol grubu arasında durumluk anksiyete açısından bir farklılık bulunmamıştır.

Trakyalı ve ark. (2009), çalışmalarında hastaları ortodontik tedaviye uyumlu ve uyumsuz olarak iki gruba ayırmıştır. STAI kullanarak yapmış oldukları çalışmada anksiyete düzeyleri ve ortodontik tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında sürekli anksiyete değerleri açısından bir fark yokken uyumsuz hasta grubunda durumluk anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.

Yıldırım ve Karacay (2012), ortodontik tedavinin ilk üç ayı boyunca anksiyete seviyesindeki değişiklikleri değerlendirdikleri çalışmalarında 120 hasta ve her hastanın bir yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada anksiyete düzeyleri STAI ve DAS ile değerlendirilmiştir. 3 ay içerisinde hastaların dental anksiyete ve durumluk anksiyete seviyelerinin düştüğü görülmüştür. Fakat hasta yakınlarının anksiyete derecesinin azalması için 3 ayın yeterli olmadığı belirtilmiştir.

Pervez ve ark. (2015), ortodontik tedavinin ilk üç ayında anksiyete düzeylerinin değişimini araştırmışlardır. Zamanla hastaların anksiyete seviyelerinin düştüğü ancak hasta yakınlarının anksiyete seviyelerinin değişmediği sonucuna varmışlardır. Buna göre ortodontik tedavi ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının ortodontiste ve kliniğe olan uyumlarının arttığı rapor edilmiştir.

Bu tez çalışmasında bireylerin durumluk ve sürekli anksiyeteleri STAI-S ve STAI-T anketleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ortalama STAI-S skoru 42,13 iken ortalama STAI-T skoru 46,5'dir. Çalışmamızda Sarı ve ark. (2005) ile Vaida ve ark.'nın (2007) çalışmalarından farklı olarak ortodontik tedaviye başlanmış ve başlanmamış bireylerde durumluk anksiyete değerleri arasında farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda sürekli anksiyetenin yaşa, cinsiyete, çalışma-kontrol grubuna göre yapılan değerlendirmesinde bir farklılık görülmemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda; Özdemir ve ark. (2001) durumluk anksiyete değerlerinin erkeklerde kadınlardan yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda ise durumluk ve sürekli anksiyete değerleri cinsiyete göre farklılık göstermemiştir.

5.3. Dental Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler

Ortodontik tedavi görmüş bireylerde dental anksiyetenin değerlendirildiği çalışmalarda ortodontik tedavinin dental anksiyeteyi etkilediğini gösteren çalışmalar (Sarı ve ark., 2005; Öztürk ve ark., 2009; Yıldırım ve Karacay 2012; Pervez ve ark., 2015) ve dental anksiyeteyi etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Breistein ve Burden, 1998; Gupta ve ark., 2016).

Locker ve ark. (1999), dental anksiyetenin yaş ile ilişkisine baktıkları çalışmalarında bireylerin %16,4'ünde dental anksiyete olduğunu belirtmişlerdir. Anksiyeteli bireylerin %50,9'unun çocuk, %22'sinin adölesan ve %27,1'inin yetişkin olduğu görülmüştür. Çocuklarda dental anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Öztürk ve ark. (2009), yaptıkları çalışmada dental anksiyeteyi MDAS ile değerlendirmişlerdir. Ortodontik tedavi için sırada bekleyen hastalarda dental anksiyetenin ortodontik tedavi gören ve tedavisi bitmiş hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ortodontik tedavisi biten hastaların anksiyete oranı en düşük bulunmuştur. Bireylerin anksiyete düzeylerinin yaş ve cinsiyete göre yapılan değerlendirmesinde ise farklılık olmadığı görülmüştür. Ortodontik tedaviye devam eden hastalar ile tedavisi bitmiş hastalar arasında anksiyete düzeyinin farklı olduğu rapor edilmiştir. Bu farklılığın sebebinin debonding işlemi sırasındaki tedirginlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ortodontik tedavinin ilerleyen dönemlerinde hastaların, tedavi ve oluşabilecek problemler hakkında bilgilendikleri için kendilerini ortodontik tedaviye ve ortodontiste daha yakın hissettikleri ve böylelikle anksiyete düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir. Ortodontik tedavinin başından sonuna kadar bireylerin anksiyete düzeylerinde değişiklik olduğu gözlemlenmiştir. Ortodontik tedavi devam ederken bazı dönemlerde dental işlemler uygulanabilmekte ve bu durum dental anksiyete üzerinde pozitif bir etki oluşturmaktadır (Öztürk ve ark., 2009).

Oktay ve ark. (2009), yaş ortalaması 38,35 olan 215 erkek ve 185 kadın toplam 400 birey üzerinde yaptıkları çalışmalarında; yaş, cinsiyet, eğitim ve tecrübelerin dental

anksiyete üzerine olan etkisini araştırmışlardır. Sonuçlara göre dental anksiyete açısından yaş, cinsiyet, eēitim seviyesine göre bir farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir.

Fuentes ve ark. (2009), dental anksiyete ve sürekli anksiyetenin ilişkisini deēerlendirdikleri çalışmalarında, yaş ortalaması 30,8 olan 1030 katılımcıda DAS ve STAI-T anketlerini kullanmışlardır. Yüksek dental anksiyeteye sahip bireylerin, yüksek sürekli anksiyeteye sahip olma eēiliminde oldukları fakat yüksek sürekli anksiyetenin yüksek dental anksiyetenin hazırlayıcı bir faktörü olmadığı belirtilmiştir. Dental anksiyetenin kendine özgü olduēu ve meydana gelmesinin sürekli anksiyete ile kesin olarak ilişkili olmadığı bildirilmiştir.

Prabhat ve ark. (2014), çalışmalarında mini vida uygulanan ortodonti hastalarında dental anksiyete ve aērı ilişkisini araştırmışlardır. Çalışmada anksiyete DAS ile deēerlendirilirken aērının deēerlendirilmesinde VAS kullanılmıştır. Hastaların ortalama anksiyete skorları 16,31 bulunmuştur. Ortalama VAS skoru ise 27,62 bulunmuştur. Çalışmada hem VAS hem de DAS skorlarının bayanlarda daha yüksek olduēu grlmştir. Dental anksiyete ve hissedilen aērı arasında pozitif bir ilişki olduēu grlmştir. Çalışmamıza dahil edilen bireylere henüz aērı oluşturacak dental işlemler yapılmadığı için VAS ile aērı deēerlendirmesi yapılmamıştır.

Mohammed ve ark. (2014), dental anksiyetenin yaş ve cinsiyetle olan ilişkisini inceledikleri çalışmalarında yaşları 15-65 arasında deēiřen 340 Hintli birey üzerinde inceleme yapmışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre 15-25 ve 25-35 yaş grubundaki bireylerin, 55 yaş ve üzeri bireylerden daha yüksek dental anksiyeteye sahip olduēu belirtilmiştir.

Khokhar ve ark. (2015), çalışmalarında ortalama yaşları 23 olan ortodonti hastalarındaki dental anksiyeteyi DAS ile deēerlendirmiřlerdir. Katılımcıların %46'sında düşük anksiyete, %4'nde ise şiddetli anksiyete grlmştir. Anksiyete ve eēitim seviyesinin ilişkili olduēunu göstermişlerdir. Yüksek eēitim seviyeli kişilerde daha düşük dental anksiyete olduēunu rapor etmişlerdir. Yaş ve cinsiyete göre anksiyete seviyelerinde herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Saatchi ve ark. (2015), yaptıkları çalışmalarında dental korku ve anksiyeteyi incelemişlerdir. Bireylerin %58,8'inde dental anksiyete olduēu tespit edilmiştir. Dental

koru ve anksiyete değerlendirildiğinde yaşa göre bir farklılık gözlenmemiştir. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksek dental korku ve anksiyete değerleri görülmüştür.

5.4. Ortodonti ile İlişkili Dental Anksiyete ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler

Bu tez çalışmasında ortodontik tedavi ile ilgili anksiyetenin değerlendirilmesi için klasik anketler yerine ÇAS ve MDASO kullanılmıştır. ÇAS ve MDASO anketleri, ortodontik anksiyetenin değerlendirilmesi için geliştirilmiş ölçüm araçlarıdır. Literatürde ÇAS'ın kullanıldığı yalnız bir araştırmaya rastlanılmıştır. Ülkemizde yapılan bu çalışmada (Şengün ve ark., 2011) ortalama ÇAS skorunu belirlemek için bireylerin anketi farklı iki zamanda değerlendirmeleri istenmiştir. Bireylerin ortodonti kliniğine ilk kez geldiklerinde yaptıkları değerlendirmede ortalama ÇAS skoru 18,33 olarak bulunmuş iken ikinci kez yapılan değerlendirmede ortalama ÇAS skoru 17,30 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ise bireylerin ÇAS skorları ortalaması 17,46'dır. Bu bulgu Şengün ve ark.'nın (2011) çalışma sonuçları ile benzerdir. Şengün ve ark. (2011) çalışmalarını yaşları 8-15 arasında değişen bireyler üzerinde yürütmüştür. Bu tez çalışmasında ise benzer şekilde 11-20 yaş arası bireyler değerlendirilmiş ve cinsiyete göre yapılan değerlendirmede ÇAS skorlarında istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Fakat yaşa göre yapılan değerlendirmede 11-15 yaş grubundaki hastalarda daha yüksek ÇAS skorları görülmüş ve daha düşük yaştaki hastaların ortodontik tedavi ile ilgili anksiyetesinin daha yüksek olabileceği sonucuna varılmıştır.

Roy (2011), ortodonti hastalarındaki anksiyete seviyesini ölçmek için MDASO anketini (Modifiye dental anksiyete skalasının ortodontiye uyarlanmış versiyonu) geliştirmiştir. MDASO anketi, MDAS anketinin ortodonti hastaları için modifiye edilmiş halidir. Roy'un çalışmasında katılımcıların %24,9'unu kliniğe ilk kez başvuran hastalar geri kalan %75,1'ini ise ortodontik tedavi görmekte olan hastalar oluşturmuştur. Tedavi gören hastaların %35,1'ine bonding işlemi, %4,9'una ölçü alma ve radyografi çekimi, %1,7'sine RPE, fonksiyonel aparey, yer tutucu ve headgear gibi ortodontik apareylerin uygulanması, %7,4'üne ortodontik tel takılması, %0,7'sine ortodontik apareylerin sökümü, %3,1'ine debonding işlemi yapılmıştır. Geri kalan %22,2 birey ise ortodontik tedavi esnasında oluşan acil bir durum veya pekiştirme tedavisi sebebi ile kliniğe gelen hastalardır.

Roy (2011), MDAS ve MDASO'yu katılımcılara ayrı ayrı uygulamıştır. Anketleri tamamlayan 675 hastanın %22,8'inin dental anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların %18,7'sinde ise ortodontik anksiyete tespit edilmiştir. Üniversite hastanesinde tedavi gören hastalarda MDAS skorları, özel klinikte tedavi gören hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından bir fark bulunmamıştır. Yine üniversitede tedavi gören hastalarda MDASO skorları da daha yüksek bulunmuştur. MDASO skorlarının yaş, cinsiyet, muayene sebebi, ilk muayene, tedavi başlangıcından beri geçen zamana göre farklılık göstermediği görülmüştür. MDAS ve MDASO skorları arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yani dental anksiyeteye sahip bireylerin ortodontiste gitme hakkında daha kaygılı olabilecekleri düşünülmektedir (Roy, 2011).

Bu tez çalışmasında bireylerin MDASO skor ortalamaları 9,92'dir. Roy'un çalışmasında elde edilen MDASO ortalaması ise 9,93'tür. Bu bulgu Roy'un verileri ile benzerdir. Roy'un çalışmasından farklı olarak bu tez çalışmasında yaşa göre yapılan değerlendirmede farklılık bulunmuştur. 11-15 yaş grubunda daha yüksek ortodonti ile ilişkili dental anksiyete görülmüştür. Roy, çalışmasında yaşları 12-57 arasında değişen ve yaş ortalaması 17,63 olan bireylerde değerlendirme yapmıştır. Bu tez çalışmasında ise yaşları 11-20 arasında değişen yaş ortalaması 15,96 olan bireylerde değerlendirme yapılmıştır.

MDASO anketi içerisinde olan Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi (OKL) ortodonti ile ilişkili sorular içermektedir. Bu sorulara verilen cevapların genel ortalamalarının cinsiyete, çalışma-kontrol grubuna göre yapılan değerlendirmesinde bir farklılık yokken, yaşa göre yapılan değerlendirmesinde farklılık bulunmuştur. 11-15 yaş grubundaki bireylerin ortodontik tedavi hakkındaki olası kaygılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu tez çalışmasında hastalara lokal anestezi, diş çekimi, döner aletlerle ve ağrı duyulması ile ilgili sorular OKL anketi içerisinde yer alan sorularla sorulmuştur. Lokal anesteziklerin ortodontide çok az kullanılmasına rağmen hastalar tarafından anksiyetenin kaynağı olabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde ortodontistler delici aletleri kavite açmada kullanmamalarına rağmen hastalar bunu stresli bir işlem olarak görmektedirler. Dönen aletlerin ses ve görüntüleri, ağrı olmadığı halde hastalarda

anksiyete gelişmesine neden olabilmektedir. Hastalar, bu dönen aletlerin ve iğnelerin ortodontide rutin olarak kullanıldığını düşünmektedirler (Gündüz, 2009).

OKL'deki sorular ayrı ayrı değerlendirildiğinde cinsiyete göre yapılan değerlendirmede sadece 14. soruda farklılık görülmüştür. 14. Soru (Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz?). Bu soru kız bireylerde daha çok kaygıya sebep olmuştur. Çalışma-kontrol grubuna göre yapılan değerlendirmede ise 2. ve 4. sorularda farklılık görülmüştür. 2. Soru (Ortodontik tedavi hakkında yeterli bilginiz olmadığı için endişe eder misiniz?), 4. Soru (Ortodontik tedaviniz hakkında sorular sorulmasından dolayı hissettiğiniz rahatsızlık için endişe eder misiniz?). Yaş grubuna göre yapılan değerlendirmelerde de 8., 9., 12., 13. ve 14. soruya verilen cevapların dağılımında gruplar arası farklılık gözlenmiştir. 8. Soru (Dişlerinize tel takılırken ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz?), 9. Soru (Ortodontik tedavide bazı noktalarda ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz?), 12. Soru (Diş çekimi gerekirse endişe eder misiniz?), 13. Soru (İğne yapılması gerekirse endişe eder misiniz?), 14. Soru (Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz?). 11-15 yaş grubundaki bireylerin bu sorulara verdikleri skorların daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Dental işlemler ve ortodontik tedavi hakkındaki bilgi birikiminin az olması sonucu bireylerde anksiyete gelişebilmektedir. Bu bilinmeyene karşı duyulan korkunun ortaya çıkması durumudur. Kliniğimize genellikle Van ve çevresinde yaşayan hastalar başvurmaktadır. Sosyo-kültürel çevrenin sonucu olarak hastalarımızın çoğu ortodontik tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Hatta çoğu hasta ortodonti kelimesini bile ilk kez kliniğimizde duymaktadır. Bu tip hastalarda korku ve anksiyete varlığı, muayene esnasında mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu tez çalışmasında ortodontik tedavi için kabul edilen ve ortodonti kliniğine ilk kez başvuran hastaların dental korku, genel anksiyete ve ortodonti ile ilişkili dental anksiyete seviyelerinin yanı sıra hastaların aleksitimik olup olmadıkları da değerlendirilmiştir.

5.5. Aleksitimi ile İlgili Yapılan Değerlendirmeler

Aleksitimi, genel olarak duyguları fark etme, bilme, ayırt edebilme ve ifade edebilme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (Sifneos, 1973). Aleksitiminin bir hastalık olmadığı ve kişilik özellikleri ile ilgili bir durum olduğu belirtilmiştir (Taylor, 1984; Sifneos, 1988). Aleksitiminin oluşmasında kişilik özelliklerin yanı sıra sosyo-kültürel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Bir bireyde aleksitiminin varlığından çok aleksitimik özelliklerin seviyesinden söz etmek daha doğrudur (Paez, 1977). Literatür taramasında farklı alanlarda aleksitimi ile ilgili çok sayıda çalışma yapıldığı gözlenmiştir. Türkiye’de aleksitimi alanında yapılmış araştırmalar sınırlı sayıdadır ve dış hekimliği alanında aleksitimi ile alakalı çalışma sayısı yok denecek kadar azdır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) Taylor ve ark. (1985) tarafından oluşturulmuş bir ölçektir. 20 adet sorudan oluşmaktadır. Skaladan 61 ve üzeri puan alan bireyler aleksitimik olarak nitelendirilmektedir. Artmış puanlar aleksitiminin fazla olduğunu göstermektedir. Türkçe’ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirliği ispat edilmiştir (Dereboy, 1990).

Freyberger (1971), yaptığı çalışmalar ışığında aleksitimik özelliklerin geçici ve sürekli olabileceğini belirtmiştir. Blanchard ve ark. (1981), “Aleksitiminin Psikometrik Belirtilerini Ölçme” isimli çalışmalarında üniversite öğrencileri arasında kızların %1,8’inin, erkeklerin ise %8,2’sinin aleksitimik özellikler gösterdiğini tespit etmişlerdir.

Fricchione ve Hwanitz (1985), araştırmalarında beynin sağ yarım küresi hasarlanmış bireylerin aleksitimik özellikler taşıdığını belirtmişlerdir. Aleksitiminin beynin sağ ve sol yarım küreleri arasındaki iletişimsizlikten kaynaklandığını bildirmişlerdir. Sağ yarım kürenin duyguları iletmede ve düzenlemede, dilin duygusal öğelerini tanınmasında önemli bir etkisinin olduğunu ve böylece aleksitimik özelliklerin oluştuğunu rapor etmişlerdir.

Yemez (1991), çalışmasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran 237 hastaya TAÖ-20 uygulamıştır. Aleksitimi ve demografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaş ilerledikçe aleksitimik özelliklerin arttığı ve kadınlarda

erkeklerle göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Anne ve babanın öğrenim düzeyi ve aleksitimik özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyo-ekonomik seviye azaldıkça aleksitiminin arttığı tespit edilmiştir (Yemez, 1991).

Boyatzis (1982), okul öncesi eğitimi gören çocukların yüz ifadelerini tanıma becerilerini değerlendirmek için yaptığı araştırmasında 7 yaşındaki bir erkek çocuğunun kızgınlık, tiksinti, korku, mutlu, üzgün ve sürpriz duygularını ifade eden fotoğrafları kullanılmıştır. Araştırma sonunda kızların duyguları tanımada, erkek çocuklara göre daha başarılı oldukları; iki cinsiyet için de yüzdeki duyguları tanıyıp ifade etme kabiliyetinin yaş ile birlikte arttığı bulguları tespit edilmiştir.

Parker ve ark. (1993), aleksitimi ile duygu ifadeleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Stres, hayret, merak, iğrenme, utanç, kızgınlık, korku, zevk, küçümseme, aşağılık duygularını ifade eden siyah-beyaz fotoğraflar bireylere gösterilmiştir. Yüksek aleksitimik özellik gösteren gruptaki bireylerin, düşük aleksitimik özellik gösteren gruba göre yüzdeki duygu ifadelerini daha az anlayabildiği görülmüştür. Yüzdeki duygu ifadelerini tanıyabilme becerisi yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aleksitimik karakterler ile duyguları sözel olarak ifade edebilme arasında bir ilişki olduğu rapor edilmiştir.

Salminen ve ark. (1999), 1285 kişi üzerinde yaptıkları çalışmalarında aleksitimiye TAÖ-20 ile değerlendirmişlerdir. Popülasyonun aleksitimi oranı %13 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %17, kadınlarda ise %10'dur.

Mattila (2009), popülasyondaki aleksitimik özellik gösteren birey sayısını %9,9 olarak bulmuştur. Bu oran erkelerde %11,9 ve kadınlarda %8,1'dir. Erkeklerde kadınlardan daha çok aleksitimi görüldüğünü bildirmiştir. Genç bireylerin %4,7'sinde ve yaşlı bireylerin %29,3'ünde aleksitimik özellik bulunmuştur. Mattila çalışmasında hastalardaki aleksitimi düzeyini TAÖ-20 kullanarak ölçmüştür. TAÖ-20 anketi sonucu popülasyon ortalaması 45,8 bulunmuştur. Bu değer kadınlar için 43,9, erkekler için 47,8'dir ve erkekler daha aleksitimik olarak değerlendirilmiştir. Yine çalışma sonucunda TAÖ-20 ortalamasının cinsiyet farkı olmaksızın yaşla birlikte arttığı rapor edilmiştir.

Viinikangas ve ark. (2009), yaş ortalaması 41,28 olan 669 birey üzerinde yaptıkları çalışmalarında dental anksiyete ve aleksitimiye değerlendirmişlerdir. Ortalama TAÖ-20 değerini 43 olarak belirlemişlerdir. Katılımcıların %6,7'sinde aleksitimik özellikler tespit edilmiştir. Erkeklerin %7,2'si, kadınların ise %6,4'ü aleksitimik bulunmuştur. Yüksek dental anksiyete görülenlerin %15,5'inde, düşük dental anksiyete görülenlerin %5,9'unda aleksitimi görülmüştür. Yani yüksek dental anksiyeteli bireylerde aleksitimi görülme oranının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Aleksitiminin görülme sıklığı açısından cinsiyete göre bir farklılık bulunmamıştır. TAÖ-20 ortalamalarında ise erkekler kadınlara göre daha aleksitimik bulunmuştur.

Pohjola ve ark. (2011), yaşları 30 ve üzerinde olan ve yaş ortalaması 51,2 olan 5421 katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmalarında aleksitimiye TAÖ-20 ile değerlendirmişlerdir. Ayrıca dental korku ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde %12 ve kadınlarda %8,3 aleksitimi görülmüştür. Erkeklerde aleksitimi görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan bireyler arasında yüksek dental korku görülme sıklığı açısından farklılık bulunmamıştır. Bireylerin ortalama TAÖ-20 değerleri 45,7 olarak bulunmuştur. Bu değer erkekler için 47,8 ve kadınlar için 43,8 bulunmuştur. Yüksek aleksitimi değerleri gösteren kadınların düşük aleksitimi skoru gösterenlere göre dental korkuya sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Mansouri ve ark. (2014), yaşları 18-25 arasında değişen 571 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarında TAÖ-20'yi kullanmışlardır. Elde edilen sonuçlara göre aleksitimi oranı %15,1'dir. Bu oran erkeklerde %17,3, kadınlarda %13,8'dir. Erkeklerde aleksitimi görülme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Zaidi ve ark. (2015), Pakistanlı yaşları 18-25 arasında değişen 200 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmalarında erkeklerin aleksitimi ortalamaları 61,35 ve kadınların aleksitimi ortalamaları 57,89 bulunmuştur. Yani erkeklerde kadınlara göre daha yüksek aleksitimi görüldüğü bildirilmiştir.

Mohsin ve ark. (2016), Pakistanlı üniversite öğretmenleri üzerinde yaptıkları çalışmalarında TAÖ-20'yi kullanmışlardır ve erkekler için 2,5, kadınlar için 2,38

ortalama değer bulmuşlardır. Buna göre erkeklerde kadınlara göre daha yüksek aleksitimi semptomları görülmüştür.

Kamm ve ark. (2016), adölesanlarda aleksitimiyi araştırdıkları çalışmalarında yaş ortalaması 15,5 olan 225 öğrenci üzerinde değerlendirme yapmışlardır ve TAÖ-20'yi kullanmışlardır. Ortalama TAÖ-20 skorunu 60,95 bulmuşlardır. TAÖ-20 skorlarında yaşa göre bir farklılık bulmamışlardır. Katılımcıların %56'sının aleksitimik olduğu görülmüştür. Diğer birçok çalışmadan farklı olarak Kamm ve ark. (2016) kızlarda aleksitimi oranını erkeklere göre daha yüksek bulmuştur.

Bu tez çalışmasına dahil edilen bireylerdeki aleksitimik özellikler TAÖ-20 ile değerlendirilmiştir. Bireyler önce cinsiyet farklılığı göz önüne alınarak değerlendirilmiş ve cinsiyete göre yapılan değerlendirmede erkeklerin kızlardan daha aleksitimik olduğu bulunmuştur. Literatürdeki bir çok çalışma ile (Salminen ve ark. (1999), Pohjola ve ark. (2011), Mansouri ve ark. (2014), Zaidi ve ark. (2015), Mohsin ve ark. (2016)) bulgularımız örtüşmektedir. Viinikangas ve ark. (2009) ise çalışmalarında ortalama TAÖ-20 değerlerine göre erkekleri kadınlara göre daha aleksitimik bulmuştur. Fakat bu sonucun istatistiksel olarak önemli olmadığı belirtilmiştir. Kamm ve ark. (2016) ise kızlarda aleksitimi oranını erkeklere göre daha yüksek bulmuştur.

Çalışmamızda bireylerdeki aleksitimik özellikler açısından yaşa veya çalışma-kontrol grubuna göre bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Kamm ve ark. (2016) da aleksitimide yaşa göre farklılık bulmamıştır. Bulgularımız bu çalışma ile uyum göstermektedir. Mattila (2009) ise aleksitiminin yaşla birlikte arttığını rapor etmiştir. Bu farklılığın çalışmamız ile Mattila'nın (2009) çalışmasındaki bireylerin farklı yaş ve coğrafik özelliklere sahip olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

TAÖ-20 kullanılarak yapılan bazı çalışmalardan; Pohjola ve ark. (2011), ortalama TAÖ-20 değerlerini 45,7 bulmuş iken Viinikangas ve ark. (2009), ortalama TAÖ-20 değerini 43 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda bireylerin ortalama TAÖ-20 skorları 48,66 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda TAÖ-20 ortalamaları bahsedilen çalışmalardan daha yüksektir. Çalışmamızda, bahsedilen çalışmalardan daha genç bireyler üzerinde değerlendirme yapılmıştır. Bu farklılığın çalışmalara dahil edilen bireylerin yaş farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ülkemizde aleksitimi ile ilgili yapılan çalışmalar daha çok psikoloji ve psikiyatri alanındadır. Diş hekimliği ve ortodonti alanında hastaların duygularını ifade edebilme durumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu tez çalışması, ülkemizde diş hekimliği ve özellikle ortodonti alanında hastaların aleksitimi seviyelerini ölçen ilk araştırmadır. Ortodonti kliniğimize tedavi olmak amacıyla başvuran hastalar daha çok 11-20 yaş aralığında olduğundan tez çalışmasında incelenen bireylerde bu yaş grubundan seçilmiştir. Diğer dental tedavilerin aksine hekim-hasta ilişkisinin önemli olduğu ve süre olarak da uzun süren ortodontik tedavilerin başlangıcında hastaların psiko-sosyal durumlarının gözardı edilmemesi gerekir. İlk muayene seansından itibaren ortodontik tedavi hakkında yeterli bilgisi olmayan hastalar korku ve anksiyeteye kapılabilir. Özellikle duygularını ifade etmede güçlük yaşayan (aleksitimik özellik gösteren) hastalara hekimlerin daha duyarlı olması gerekir.

Sonuç ve Öneriler

Ortodonti kliniğine ilk kez başvuran hastalar ile ortodontik tedavi için kabul edilip kayıt materyali toplanan fakat henüz tedavisi başlamayan hastaların incelendiği bu araştırmada elde edilen sonuçları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- 1- DKS anketi kullanılarak değerlendirilen “Dental Korku” 11-15 yaş grubundaki hastalarda 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- 2- STAI anketleri kullanılarak değerlendirilen “Durumluk ve Sürekli Anksiyete” çalışmaya katılan hastalar arasında farklılık göstermemiştir.
- 3- ÇAS ve MDASO anketleri kullanılarak değerlendirilen “Ortodonti ile İlişkili Dental Anksiyete” 11-15 yaş grubundaki hastalarda 16-20 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- 4- DKS skor ortalamaları ve ÇAS skor ortalamaları, ortodonti kliniğine ilk kez başvuran hastalarda, ortodontik tedaviye kabul edilen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- 5- OKL anketindeki sorulara verilen cevapların dağılımı incelendiğinde; 14. soruya verilen cevapların dağılımında cinsiyete göre, 8., 9., 12., 13. ve 14. soruya verilen cevapların dağılımında yaş gruplarına göre, 2. ve 4. soruya verilen

cevapların dağılımında ise çalışma-kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak farklılık görülmüştür.

- 6- TAÖ-20 anketi kullanılarak değerlendirilen “Aleksitimi” (duyguları ifade etme güçlüğü) erkek bireylerde kadın bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Kız ve erkek hastaların aleksitimi skorları diğer gruplarda (yaş ve çalışma-kontrol) ayrı ayrı incelendiğinde ise istatistiksel olarak farklılık görülmemiştir.
- 7- Ortodontik tedavi öncesinde yapılan işlemler (ilk muayene ve kayıt materyali toplama) diğer dental işlemler gibi korku ve anksiyeteye sebep olabilmektedir. Ortodontistler, bu reaksiyonlara sebep olan etkenleri, bu etkenlerin hasta psikolojisi üzerindeki etkilerini ve tedavi sırasında hasta-hekim ilişkisinde oluşabilecek problemleri göz önünde bulundurmalıdır.
- 8- Dental işlemler öncesinde hastalarda korku ve anksiyete gelişebileceği bilinen bir gerçektir. Aynı şekilde ortodontik tedavi öncesinde de özellikle yeterli bilgisi ve deneyimi olmayan hastalarda ortodontik tedavi ile ilişkili korku ve anksiyete gelişebilir. Bu durum hastaların ortodontik tedavi gidişatını olumsuz olarak etkileyebilir.
- 9- Ortodontik tedavi ile ilişkili korku ve anksiyete belirlenirken ortodontik işlemleri spesifik olarak değerlendiren ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması tedavi öncesinde iyi bir hasta-hekim ilişkisi oluşmasında da yardımcı olacaktır.
- 10- Hastaların aleksitimik özellikleri gibi farklı kişilik ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi ortodontik tedavi gibi uzun süren tedavilerin başlangıcında gözden kaçırılmamalı ve mutlaka yapılmalıdır.
- 11- Ortodontik tedavi için başvuran bireylerin aleksitimik özelliklerinin göz önünde bulundurulması, tedavi gidişatındaki hasta-hekim ilişkisini ve tedavinin başarısını etkileyen diğer bir önemli faktördür.
- 12- Ülkemizde ortodontik tedavi ile ilişkili korku, aleksitimi ve anksiyetenin belirlenmesi ve karşılaştırılması için farklı yaş gruplarında, farklı sosyokültürel yapıda ve değişik coğrafik bölgelerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖZET

Çınarsoy Cigdem S, Ortodontik Tedaviye Kabul Edilen Hastaların Dental Korku, Aleksitimi ve Anksiyete Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van 2017. Bu çalışmanın amacı ortodonti kliniğine ilk kez başvuran hastalar ile ortodontik tedavi talebi ile başvurup tedaviye kabul edilen hastalardaki dental korku, aleksitimi ve anksiyete seviyelerinin değerlendirilmesidir. Araştırmaya 11-20 yaş arasında toplam 200 birey dahil edilmiştir. Hastalara sırasıyla TAÖ-20, STAI, DKS, ÇAS, MDASO ve OKL anketleri doldurtulmuştur. DKS anketi kullanılarak değerlendirilen “Dental Korku” 11-15 yaş grubundaki bireylerde 16-20 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. ÇAS ve MDASO anketleri kullanılarak değerlendirilen “Ortodonti ile İlişkili Dental Anksiyete” 11-15 yaş grubundaki bireylerde 16-20 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. DKS skor ortalamaları ve ÇAS skor ortalamaları, ortodontik tedaviye ilk kez başvuran bireylerde, ortodontik tedaviye kabul edilen bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. TAÖ-20 anketi kullanılarak değerlendirilen “Aleksitimi” erkek bireylerde kadın bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak ortodontik tedavi talebi ile başvuran ve tedaviye kabul edilen bireylerin korku ve anksiyete durumları ile aleksitimik özellikler gibi farklı kişilik ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi ortodontik tedavi gibi uzun süren tedavilerin başlangıcında gözden kaçırılmamalı ve yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dental korku, anksiyete, aleksitimi, TAÖ-20, STAI, DKS, ÇAS, MDASO.

SUMMARY

Çınarsoy Ciğirim S, Examination of the relationship between dental fear, alexithymia and anxiety levels in patients accepted to orthodontic treatment, Yuzuncu Yil University, Faculty of Dentistry, Department of Orthodontics, Phd Thesis, Van 2017. The purpose of this study is the evaluation of dental fear, alexithymia and anxiety levels, in patients who applied for orthodontic treatment for the first time with in patients admitted to treatment who apply with orthodontic treatment request to the clinic. A total of 200 individuals, aged between 11 and 20 ages, were included in the study. In order for the patients TAS-20, STAI, DFS, ÇAS, MDASO and A List of Potential Concerns about to Orthodontic Treatment the questionnaires were filled. The dental fear, assessed using the DFS questionnaire, was higher in the 11-15 age group than in the 16-20 age group. Dental anxiety related to orthodontics assessed using ÇAS and MDASO questionnaires, were found to be higher in the 11-15 age group than in the 16-20 age group in the individuals. DFS score averages and ÇAS score averages were found to be higher, according to the people who applied orthodontic treatment for the first time than people who are accepted orthodontic treatment. Alexithymia assessed using TAS-20 questionnaire, was found to be higher in male individuals than female individuals. In conclusion, the evaluation of different personality and psychological conditions, such as fear and anxiety states and alexithymic characteristics of individuals who applied with the request of orthodontic treatment and accepted treatment, should not be missed and done at the beginning of long-standing treatments such as orthodontic treatment.

Keywords: Dental fear, anxiety, alexitymia, TAS-20, STAI, DFS, ÇAS, MDASO.

KAYNAKLAR

Aartman IH, de Jongh A, Makkes PC, Hoogstraten J (2000). Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, 6, 435-442.

Aartman IH, de Jongh A, Van derMeulen MJ (1997). Psychological characteristics of patients applying for treatment in a dental fear clinic, *European Journal of Oral Sciences*, 105, 384-388.

Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG (2001). Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study, *Acta Odontologica Scandinavica*, 59, 273-279.

Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG (2003). The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment, *European Journal of Oral Sciences*, 111, 99-105.

Acharya S (2008). Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population, *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 259-267.

Agras S, Sylvester D, Oliveau D (1969). The epidemiology of common fears and and phobia, *Comprehensive Pshyciatry*, 10, 151-156.

Akarslan ZZ, Erten H, Uzun Ö, İşeri E, Topuz Ö (2010).The relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending to a dental school, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16, 5, 558-562.

Akyüz S, Pince S, Hekin N (1996). Children's stress during a restorative dental treatment: assessment using salivary cortisol measurement, *Journal of Pediatric Dentistry*, 20, 219-223.

Allik J, Realo A (1997). Emotional experience and its relation to the five factor model in Estonian, *Journal of Personality*, 65, 3, 625-647.

Alwin NP, Murray JJ, Britton PG (1991). An assessment of dental anxiety in children, *British Dental Journal*, 171, 201-207.

Apfel RJ, Sifneos P (1979). Alexithymia: Concept and Measurement, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.

Appukuttan DP, Tadepalli A, Cholan PK, Subramanian S, Vinayagavel M (2013). Prevalence of dental anxiety among patients attending a dental educational institution in Chennai, India – A questionnaire based study, *Journal of Oral Health and Dental Management*, 12, 4, 289-294.

Ay S, Öztürk M (2000). Bilinçli sedasyon, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 3, 2, 121-126.

Ay ZY, Erdek Y, Öztürk MM (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 8, 12-18.

Aydemir Ö, Köroğlu E (2000). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, *Hekimler Yayın Birliği*, 153-59.

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1, 23-32.

Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D (1986). Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 4, 207-215.

Barsky AJ, Klerman GL (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles, *The American Journal of Psychiatry*, 140, 3, 273-283.

Bartlett BW, Firestone AR, Vig KWL, Beck M, Marucha PT (2005). The influence of a structured telephone call on orthodontic pain and anxiety, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 128, 435-41.

Baymur, F (1983). Genel Psikoloji, İnkılap ve Aka Kitabevi, İstanbul.

Beach, M (1994). Alexithymia and Somatization: Relationship to DSM III-R. Diagnoses, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 6, 529-535.

- Berggren U (1987). Reduction of fear and anxiety in adult fearful patients, *International Dental Journal*, 37, 127-136.
- Bergius M, Berggren U, Kiliaridis S (2002). Experience of pain during an orthodontic procedure, *European Journal of Oral Science*, 110, 92-98.
- Bergius M, Kiliaridis S, Berggren U (2000). Pain in orthodontics: a review and discussion of the literature, *Journal of Orofacial Orthopedics*, 61, 125-137.
- Berggren U, Carlson GS, Hakeberg M, Haggblom C, Samsonowitz B (1997). Assessment of patients with phobic dental anxiety, *Acta Odontologica Scandinavica*, 55, 217-222.
- Bernson JM, Elfström ML, Berggren U (2007). Self-reported dental coping strategies among fearful adult patients: preliminary enquiry explorations, *European Journal of Oral Sciences*, 115, 484- 490.
- Bernstein DA, Kleinknecht RA, Alexander LD (1979). Antecedents of dental fear, *Journal of Public Health Dentistry*, 39, 113-124.
- Blanchard BE, Arena JG, Pallmeyer JP (1981). Psychosometric properties of a scale to measure alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 67-71.
- Boorin MR (1995). Anxiety its manifestation and role in the dental patient, *Dental Clinics of North America*, 39, 523-537.
- Boyatzis RE (1982). *The Competent Manager: A Model For Effective Performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Breistein B, Burden DJ (1998). Equity and orthodontic treatment: a study among adolescents in Northern Ireland, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 111, 93-98.
- Brown DF, Moerenhout RG (1991). The pain experience and psychological adjustment to orthodontic treatment of preadolescents, adolescents and adults, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 100, 349-356.

- Brown DF, Wright FA, McMurray NE (1986). Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children, *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 213-218.
- Buchanan H, Niven N (2002). Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12, 47-52.
- Budak S (2000). Psikoloji Sözlüğü, Birinci Basım, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Carvey CS, Scheir MF (1990). Origins and functions of positive and negative affect: a control process view, *Psychological Review*, 97, 1, 37-54.
- Chadvick BL (2002). Assessing the anxious patient, *Dental Update*, 29, 448-454.
- Chanpong B, Haas DA, Locker D (2005). Need and demand for sedation or general anaesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population, *Anaesthesia Progress*, 52, 3-11.
- Chapman HR, Kirby-Turner NC (1999). Dental fear in children-a proposed model, *British Dental Journal*, 187, 408-412.
- Chellappah NK, Vignehsa H, Milgram P, Lam LG (1990). Prevalence of dental anxiety and fear in children Singapore, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 269-271.
- Coolidge T, Arapostathis KN, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides A, Kotsanos N (2008). Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS), *BMC Oral Health*, 8, 29.
- Corah NL (1969). Development of a dental anxiety scale, *Journal of Dental Research*, 48, 596.
- Corah NL, O'Shea RM, Ayer WA (1985). Dentists' management of patients' fear and anxiety, *The Journal of the American Dental Association*, 110, 734-736.

Crowley RE, Klebanoff SG, Singer JL, Napoli PJ (1956). Relationship between personality factors and cooperation in dental treatment, *Journal of Dental Research*, 35, 157-165.

Cunningham SJ, Gilthorpe MS, Hunt NP (2001). Are pre-treatment psychological characteristics influenced by pre-surgical orthodontics?, *European Journal of Orthodontics*, 23, 751-758.

Cuthbert MI, Melamed BG (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems, *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 49, 432-436.

Cüceloğlu D (1991). İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları, 2. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Çağlayan S, Tuncer BB (2011). Ortodontide ağrının önemi, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 38, 2, 95-101.

Dağ İ (1999). Psikolojinin ışığında kaygı, *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, 6, 181-189.

Dereboy İF (1990). Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

DiClementi JD, Deffenbaugh J, Jackson D (2007). Hypnotizability, absorption and negative cognitions as predictors of dental anxiety: two pilot studies, *The Journal of the American Dental Association*, 138, 9, 1242-1250.

Do Nascimento DL, da Silva Araújo AC, Gusmão ES, Cimões R (2011). Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services, *Oral Health & Preventive Dentistry*, 9, 329-337.

Dökmen Ü (2000). Yarına Kim Kalacak? Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak Gelişmek Uzlaşmak, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Egolf RJ, BeGole EA, Upshaw HS (1990). Factors associated with orthodontic patient compliance with intraoral elastic and headgear wear, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 97, 336-348.

Enkling N, Marwinski G, Jöhren P (2006). Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city, *Clinical Oral Investigations*, 10, 84–91.

Eren İ, Şahin M, Cüre E, İnanlı İ.Ç, Tunç Ş.E, Küçük A (2007). Ankilozan Spondilit Hastalarında Psikiyatrik Belirtilerin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkileri, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44, 1, 1-9.

Ersevım İ (2005). Freud ve Psikanaliz'in Temel İlkeleri, 3. Basım, Assos Yayınları, İstanbul.

Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic, *Quintessence Publishing: Quintessence International*, 37, 304-310.

Erten H, Can M, Üçtaşlı MB, Ömürlü H (2000). Evaluation of changes in salivary cortisol level during the simple restorative treatments, *Balkan Journal of Stomatology*, 2, 1-3.

Faryna A, Rodenhauser P, Torem M (1986). Development of an analog alexithymia scale, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 201-206.

Feiguine RJ, Jones NF, Kassel PA (1988). Distribution of alexithymic characteristics within an adult outpatient population, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 61-67.

Feinmann C, Harrison S (1997). Liaison psychiatry and psychology in dentistry, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 467-76.

Firat D, Tunç EP, Sar V (2006). Dental anxiety among adults in Turkey, *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 7, 75-78.

Firestone AR, Scheurer PA, Bürgin WB (1999). Patient's anticipation of pain and painrelated side effects and their perception of pain as a result of orthodontic treatment with fixed appliances, *European Journal of Orthodontics*, 21, 387-396.

Forbes AE (2000). Simple ways to reduce patient anxiety, *Quintessence Publishing: Quintessence International*, 31, 6, 436-437.

- Freeman R (1998). A psychodynamic theory for dental phobia, *British Dental Journal*, 184, 4, 170-172.
- Freeman R (1998). Assessing and managing dental phobia in general practice: some practical suggestions, *British Dental Journal*, 184, 5, 214-216.
- Freeman RE (1985). Dental anxiety: a multifactorial etiology, *British Dental Journal*, 159, 406-408.
- Freyberger H (1971). Supportive psychotherapy techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Freyberger H (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Fricchione G, Howanitz E (1985). Aprosodia and alexithymia a case report. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 156-169.
- Friedman N, Landesman HM, Wexler M (1988). The influences of fear, anxiety and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures, *Journal of Prosthetic Dentistry*, 59, 2, 169-173.
- Fuentes D, Gorenstein C, Hu LW (2009). Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship, *British Dental Journal*, 206, 1-3.
- Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N (1997). Mother's love care in the development of alexithymia: a preliminary study in Japanese college students, *Psychological Reports*, 80, 1, 143-146.
- Fukunishi I, Rahe RH (1995). Alexithymia and coping with stress in healthy persons: alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress, *Psychological Reports*, 76, 3, 2, 299-304.
- Gatchel R (1989). The prevalence of dental fear and dental avoidance: expanded adult and recent surveys, *The Journal of the American Dental Association*, 118, 591-593.

Goleman, D. (1996). Duygusal Zeka neden IQ'dan daha önemlidir, (Banu Seçkin Yüksel, Çev.), 6.Baskı, Varlık Yayınları, İstanbul.

Goleman D (2002). Duygusal Zeka, (Banu Seçkin Yüksel, Çev.), Varlık Yayınları, İstanbul.

Graber LW, Vanarsdall RL, Vig KWL (2012). Orthodontics - Current Principles and Techniques, 5. Edition, Mosby, Philadelphia.

Gupta A, Bamba S, Gupta A, Vikram S, Dogra V, Anandani C (2016). Dental anxiety levels in relation to number of appointments among orthodontic patients in pediatrics clinics, *Indian Journal Of Applied Research*, 6, 8, 397-399.

Guttman H, Laporte L (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context, *Comprehensive Psychiatry*, 43, 6, 448-455.

Gündüz S (2009). Dental Fobisi Olan Hastalarda Diğer Anksiyete Bozuklukları Eştanısı Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Güray E, Orhan M, Ertaş E (1994). The evaluation of patient co-operation in Turkey (Ülkemizdeki hasta kooperasyonunun değerlendirilmesi), *Turkish Journal of Orthodontics*, 7, 177-186.

Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Ahlqwist M (1996). Dental anxiety among middle-aged elderly women in Sweden, A study of oral state, utilization of dental services and concomitant factors, *Gerodontology*, 13, 25-34.

Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hällstrom T, Bengtsson C (1999). Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996, *Journal of Dental Research*, 78, 1655-1661.

Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqwist M, Sullivan M, Berggren U (2000). Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, 451-460.

- Hakeberg M, Breggren U, Carlsson SG (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20, 97-101.
- Hällström T, Halling A (1984). Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 438-446.
- Henderson JM, Bergman S, Salama A (2001). Management of the oral and maxillofacial surgery patient with thrombocytopenia, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 59, 421.
- Hermes D, Truebger D, Hakim SG, Sieg P (2005). Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery-basics and first clinical experience, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 33, 123-129.
- Hilzenrat N, Yesovitch R, Shrier I, Stavrakis M, Deschenes M (2006). The effect of information level and coping style on pain and anxiety in needle liver biopsy, *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20, 597-600.
- Humphris GM, Clarke HM, Freeman R (2006). Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomized controlled trial with adults in general dental practice, *British Dental Journal*, 201, 33-35.
- Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age, *BMC Oral Health*, 9, 20.
- Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V (2000). Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale, *International Dental Journal*, 50, 367-370.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms, *Community Dental Health*, 12, 143-150.

Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, Bayırlı G (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients, *Journal of International Medical Research*, 33, 252-259.

İnanç BY, Çelik M, Görgün H (2003). Diş hekimliği korkusu ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Gaziantep Üniversitesi Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1, 31-40.

Jackson DL, Johnson BS (2002). Conscious sedation for dentistry: risk management and patient selection, *Dental Clinics of North America*, 46, 4, 767-780.

Jackson DL, Johnson BS (2002). Inhalation and enteric conscious sedation for the adult dental patient, *Dental Clinics of North America*, 46, 781-802.

Kamm SG, Sepulveda E, Brosig B (2016). Adolescent alexithymia research: indigenous sample compared to hispanic sample in southern chile, *Psychology*, 7, 992-1003.

Kanlı A, Kanbur NO, Dural S, Derman O (2008). Effects of oral health behaviors and socioeconomic factors on a group of Turkish adolescents, *Quintessence Publishing: Quintessence International*, 39, 26-32.

Kaplan A, Fishbein B (1988). Integrating the dental phobic in to the general dental practice, *Dental Clinics of North America*, 32, 4, 771-777.

Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT (1993). Social factors in alexithymia, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 5, 330-335.

Khokhar NA, Jan A, Shinwari MS, Anwar A, Farid H (2015). Dental fear and anxiety among orthodontic patients a Pakistani sample, *Pakistan Oral & Dental Journal*, 35, 2, 220-223.

Kleiger JH, Jones NF (1980). Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 465-470.

Kleiman MB (1982). Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services, *ASDC Journal Of Dentistry For Children*, 49, 209-213.

Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry, *The Journal of the American Dental Association*, 86, 842-848.

Koçak R (2002). Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar, *Ankara University Faculty of Educational Sciences Journal of Special Education*, 35, 1, 2.

Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA (2003). Alexithymia, depression and social support among japanese workers, *Psychotherapy And Psychosomatics*, 72, 6, 307-314.

Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J (2001). Prevelence and sociodemographic correlates of alexithymia in population sample of young adults, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471- 476.

Konrad S, Hend C (1997). Duygularla Güçlenmek, (Çev: Taştan M, 2001), Hayat Yayıncılık, İstanbul.

Köknel Ö (1993). Zorlanan İnsan, Altın Kitaplar, İstanbul.

Kömerik N, Muglalı M (2005). Ağız cerrahisinde anksiyete kontrolü: hastaların bilgilendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 15, 3, 25-33.

Köroglu A, Durkan R (2010). Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 20, 3, 205-212.

Krishnan V (2007). Orthodontic pain: from causes to management- a review, *European Journal of Orthodontics*, 29, 170-179.

Krystal JH (1979). Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 33, 1, 17-31.

Krystal JH (1982). Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment, *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353-378.

- Krystal JH, Güler EL, Cichetti DV (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness-introduction of a reliable measure, *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Kunzelman KH, Dünninger P (1990). Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 264-266.
- Kvale G, Berggren U, Milgrom P (2004). Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 250-64.
- Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, Hausen H (2007). Dental fear among population aged 30 years and older in Finland, *Acta Odontologica Scandinavica*, 65, 2, 97-102.
- Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies, *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 6, 533-541.
- Lautch H (1971). Dental phobia, *The British Journal of Psychiatry*, 119, 151-158.
- Lazarus RS (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition, *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Lazarus RS (1991). Progress on a cognitive - motivational relational theory of emotion, *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39.
- Leff JP (1973). Culture and differentiation of emotional states, *The British Journal of Psychiatry*, 123, 299-306.
- Lesser IM (1981). A review of the alexithymia concept, *Psychosomatic Medicine*, 43, 6, 531-543.
- Lesser IM (1985). Current concepts in psychiatry: alexithymia, *The New England Journal Of Medicine*, 312, 11, 690-694.
- Lewis HG, Brown WA (1973). The attitude of patients to the wearing of a removable orthodontic appliance, *British Dental Journal*, 34, 87-90.

- Litt MD, Kalinowski L, Shafer D (1999). A dental fears typology of oral surgery patients: matching patients to anxiety interventions, *Journal of Health Psychology*, 18, 6, 614-624.
- Locker D, Liddell A (1992). Clinical correlates of dental anxiety among older adults, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20, 372-375.
- Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D (1999). Age of onset of dental anxiety, *Journal of Dental Research*, 78, 3, 790-796.
- Locker D, Poulton R, Thomson WM (2001). Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 456-463.
- Locker D, Shapiro D, Liddell A (1996). Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 346-350.
- Lueken U, Kruschwitz JD, Muehlhan M, Siegert J, Hoyer J, Wittchen HU (2011). How specific is specific phobia? Different neural response patterns in two subtypes of specific phobia, *Neuroimage*, 56, 1, 363-372.
- Lumley MA, Stettner I, Wehmer F (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways, *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 6, 505-518.
- Luoto A, Lahti S, Nevanperä T, Tolvanen M, Locker D (2009). Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19, 115–120.
- Maggirias J, Locker D (2002). Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30, 151-59.
- Maj G, Squarzone Grilli AT, Belletti MF (1967). Physiological appraisal of children facing orthodontic treatment, *American Journal of Orthodontics*, 53, 849-857.
- Malamed SF (1989). Sedation (A Guide to Patient Management), 7-11, 22-30, 31-59, The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto.

- Manav F (2011). Kaygı kavramı, *Toplum bilimleri*, 5, 9, 201-211.
- Mansouri M, Moradi AR, Hasani J, Ghaffari A (2014). Prevalence of alexithymia and its association with demographic variables in students, *Alborz University Medical Journal*, 3, 3, 133-140.
- Martin BJ, Pihl OR (1986). Influence of alexithymia characteristics on psychological and subjective stress responses in normal individuals, *Psychotherapy Psychosomatic*, 45, 66-77.
- Mattila AK (2009). Alexithymia in Finnish General Population, School of Public Health, Tampere University Hospital, Department of Adult Psychiatry, Finland.
- Mattila AK, Poutanen O, Koivisto AM, Salokangas RKR, Joukamaa M (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients, *Psychosomatics*, 48, 6, 523-529.
- Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population, *Psychosomatics*, 50, 1, 59-68.
- Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 5, 629-635.
- Mc Dougall J (1982). Alexithymia, psychosomatosis, and psychosis, *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 379-388.
- Mc Lean PD (1949). Psychochomatic disease and the 'visceral brain'; recent developments bearing on the Papez theory of emotion, *Psychosomatic Medicine*, 1, 338-353.
- Mejare I, Mjönes S (1989). Dental caries in Turkish immigrant primary school children, *Acta paediatrica Scandinavica*, 78, 110-114.

Mercuri LB, Olson RE, Laskin DM (1979). The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome, *Journal of Dental Research*, 58, 1866-1871.

Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city, *The Journal of the American Dental Association*, 116, 641-647.

Mohammed RB, Lalithamma T, Varma DM, Sudhakar KNV, Srinivas B, Krishnamraju PV, Shaik AB (2014). Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population, India, *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 5, 2, 409-414.

Mohsin MN, Buzdar MA, Mohsin MS, Saleem S (2016). Anxiety, alexithymia and interpersonal communication styles among Pakistani university teachers, *Journal of Depression and Anxiety*, S2:008. doi:10.4172/2167-1044.S2-00.

Moreas ABA, Milgrom P, Tay MK, Costa MS (1994). Prevalence of dental fear in Brazilian high school students in Sao Paulo State, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, 114-115.

Morgon CT, King JR, Welsz J (1986). *Introduction to Psychology*, McGraw Hill Company, New York.

Munshi AK, Hedge AM, Girdhar D (2000). Clinical evaluation of electronic dental anesthesia for various procedures in pediatric dentistry, *Journal of Pediatric Dentistry*, 24, 3, 199-204.

Neeley II WW, Kluemper GT, Haysc LR (2006). Psychiatry in orthodontics. Part 1: Typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 129, 176-184.

Neeley II WW, Kluemper GT, Haysc LR (2006). Psychiatry in orthodontics. Part 2: Substance abuse among adolescents and its relevance to orthodontic practice, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 129, 185-193.

- Nemiah JC, Sifnoes PE (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 150-160.
- Newton JT, Buck DJ (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their application, *The Journal of the American Dental Association*, 1449-1457.
- Ng SK, Chau AW, Leung WK (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 227-235.
- Ngan P, Kess B, Wilson S (1989). Perception of discomfort by patients undergoing orthodontic treatment, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 96, 47-53.
- O'Brien K, Kay L, Fox D, Mandall N (1998). Assessing oral health outcomes for orthodontics - measuring health status and quality of life, *Community Dental Health*, 15, 1, 22-26.
- Oktay EA, Koçak MM, Şahinkesen G, Topçu FT (2009). The role of age, gender, education and experiences on dental anxiety, *Gulhane Medical Journal*, 51, 3, 145-148.
- Oliveira MA, Bendo CB, Ferreira MC, Paiva SM, Vale MP, Serra-Negra JM (2012). Association between childhood dental experiences and dental fear among dental, psychology and mathematics undergraduates in Brazil, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 12, 4676-4687.
- Oliveira MA, Bendo CB, Paiva SM, Vale MP, Serra-Negra JM (2015). Determining cut-off points for the Dental Fear Survey, *The Scientific World Journal*, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/983564>.
- Onur E, Alkın T, Sheridan MJ, Wise TN (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder, *Psychiatric Quarterly*, 84, 3, 303-311.
- Osborn TM, Sandler NA (2004). The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation, *Anesthesia Progress Online*, 51, 46-51.

Önçağ Ö, Çoğulu D (2005). Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarında dental kaygı üzerine etkisi, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 32, 45-54.

Öner N, Le Compte A (1985). Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.

Özdemir A, Özdemir D, Coşkun A, Taşveren S (2001). Dişhekimliği fakültesinde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması, *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 4, 71 -74.

Özer K. (2008). Kaygı: Sınanma Duygusuyla Baş Edebilme, 4. Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Öztürk F, Sökücü O, Demirel S, Nalçacı R, Özdemir H (2009). Ortodontik tedavinin hastaların dişsel kaygı seviyesi ve oral sağlık bilgisi üzerine etkisi, *Türk Ortodonti Dergisi*, 22, 228-238.

Paez D, Basebe N, Voldoseda M (1977). Confrontation: Inhibition, Alexithymia and Health In James W. Pennebaker, *Emotion, Disclosure and Health*, 2. Edition.

Palumbo B, Cassese R, Fusetti S, Tartaro GP (2006). Psychological aspects of orthognathic treatment, *Minerva Stomatologica*, 55, 33-42.

Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM (1993). Alexithymia and the recognition facial expressions of emotion, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.

Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 30, 1, 107-115.

Pasini A, Ceripa S, Ciani N (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: Results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects, *Comprehensive Psychiatry*, 33, 1, 42-46.

Patel V (1989). Non-Completion Of Orthodontic Treatment: A Study Of Patient And Parental Factors Contributing To Discontinuation In The Hospital Service And Specialist Practice, Thesis, University of Wales, Heath Park.

Paulson JE (1985). State of the art of alexithymia measurement, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 57-64.

Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat AM (2010). Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 16, 1, 10-14.

Peretz B, Efrat J (2000). Dental anxiety among young adolescent patients in Israel, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 10, 126-132.

Peretz B, Mann J (2000). Dental anxiety among Israeli dental students: a 4-year longitudinal study, *European Journal of Dental Education*, 4, 133-137.

Pervez H, Ahmed I and Gul-e-Erum, Kumar N (2015). Evaluation of anxiety level changes during the first three months of orthodontic treatment in Pakistani population, *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*, 7, 7, 102-106.

Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S (2011). Dental fear and alexithymia among adults in Finland, *Acta Odontologica Scandinavica*, 69, 243–247.

Prabhat KC, Maheshwari S, Verma SK, Gupta ND, Balamani A, Khan MT, Singh RK (2014). Dental anxiety and pain perception associated with the use of miniscrew implants for orthodontic anchorage, *The Journal of Indian Orthodontic Society*, 48, 3, 163-167.

Raadal M, Milgrom P, Weinstein P, Mancl L, Cauce AM (1995). The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits, *Journal of Dental Research*, 74, 1439-1443.

Rachman SJ (1990). *Fear and Courage*, 2nd Ed., Freeman and Company, New York.

Ragnarsson E (1998). Dental fear and anxiety in an adult Iceland population, *Acta Odontologica Scandinavica*, 56, 100-104.

Rantavuori K, Sihvonen A, Tolvanen M, Lahti S (2014). The significance of previous invasive and orthodontic treatment experiences on children's dental fear, *European Journal of Orthodontics*, 36, 409–413.

- Rashid H, Hussain SS (2014). Prevalence of depression, anxiety and stress among orthodontics patients visiting a tertiary care hospital, *International Journal of Dental Clinics*, 6, 1.
- Rickles WH, Onoda L, Doyle CC (1982). Task Force Study Section report: Biofeedback as an adjunct to psychotherapy, *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 1, 1-33.
- Rodenhauser P, Khamis HJ, Faryna A (1986). Alexithymia and handedness - a pilot study, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 169-173.
- Roy J (2011). Dental Anxiety in Future and Current Orthodontics Patients, Master in Sciences, Department of Orthodontics University of Toronto.
- Ruesch J (1948). The infantile personality, The core problem of psychosomatic medicine, *Psychosomatic Medicine*, 10, 3, 134-144.
- Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh ES (2015). The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran, *Dental Research Journal*, 12, 3, 248–253.
- Salminen J.K, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland, *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 1, 75-82.
- Sarı Z, Uysal T, Karaman AI, Sezgin N, Üre Ö (2005). Does orthodontic treatment affect patients' and parents' anxiety levels?, *European Journal of Orthodontics*, 27, 155-159.
- Sayar K, Güleç H, Ak İ (2001). Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 02-06 Ekim 2001, İstanbul, 130.
- Scheurer PA, Firestone AR, Burgin WB (1996). Perception of pain as a result of orthodontic treatment with fixed appliance, *European Journal of Orthodontics*, 18, 349-357.

- Schuller AA, Willumsen T, Holst D (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear?, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 116-121.
- Scott DS, Hirschman R (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults, *The Journal of the American Dental Association*, 104, 27-31.
- Sergl HG, Klages U, Zentner A (1998). Pain and discomfort during orthodontic treatment: causative factors and effects on compliance, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedic*, 114, 684-691.
- Serra-Negra J, Paiva SM, Oliveira M, Ferreira E, Freire-Maia F, Pordeus I (2012). Self-reported dental fear among dental students and their patients, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 44-54.
- Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY (2015). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review, *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 15, 2, 53-61.
- Sifneos PE (1972). Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic disease?, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 21, 133-136.
- Sifneos PE (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 2, 255-262.
- Sifneos PE (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect and creativity, *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 3, 287-293.
- Sifneos PE (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: an overview, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos PE (1996). Alexithymia, past and present, *American Journal of Psychiatry*, 153, 7.

- Sifneos PE, Apfel SR, Frankel FH (1977). The Phenomenon of alexithymia, observations in neurotic and psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.
- Sirin Y, Humphris G, Sencan S, Firat D (2012). What is the most fearful intervention in ambulatory oral surgery? Analysis of an outpatient clinic, *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 41, 10, 1284–1290.
- Sjögren A, Arnrup K, Jensen C, Knutsson I, Huggare J (2010). Pain and fear in connection to orthodontic extractions of deciduous canines, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20, 3, 193-200.
- Smith GJ (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation / liaison service, *The American Journal of Psychiatry*, 140, 99-101.
- Smith TA, Heaton LJ (2003). Fear of dental care: Are we making any progress?, *The Journal of the American Dental Association*, 134, 1101-1118.
- Smyth JS (1993). Some problems of dental treatment Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences, *Australian Dental Journal*, 38, 5, 354-359.
- Sohn W, Amid II (2005). Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population, *The Journal of the American Dental Association*, 136, 58-66.
- Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B (2000). Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma, *Klinik Psikiyatri*, 3, 4, 235-241.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R (1983). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Stein L, Bergdahl M, Pettersen KS, Bergdahl J (2015). Exploring the association between oral health literacy and alexithymia, *Community Dental Health*, 32, 143–147.
- Stouthard ME, Hoogstraten J (1987). Ratings of fears associated with twelve dental situations, *Journal of Dental Research*, 66, 1175-1178.

- Suhani RD, Suhani MF, Badea ME (2016). Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment, *Clujul Medical*, 89, 1, 143-149.
- Sungur MZ (1997). Fobik Bozukluklar, *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-11.
- Suslow T, Jounghonns K (2002). Impairments of emotion priming alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 32, 541-550.
- Swiller H (1988). Alexithymia utilizing combined individual and group psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 1, 47-61.
- Şahin RA (1992). Peptik ülserli hastalarda aleksitimik özellikler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3, 1, 26-30.
- Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A (2014). Aleksitimi: tedavi girişimleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6, 1, 22-31.
- Şengün K, Kılıçoğlu H, Uysal Ö (2011). Çapa anksiyete skalasının güvenilirliğinin ve geçerliliğinin değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Orthodontics*, 24, 97-110.
- Taani Q (2001). Dental fear among a young adult Saudian population, *International Dental Journal*, 51, 62-66.
- Taylor GJ (1984). Alexithymia Concept, Measurement and Implications For Treatment, *American Journal of Psychiatry*, 141, 6, 725-732.
- Taylor GJ (1992). Is alexithymia and somatic complaints psychiatric out patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 5, 417-424.
- Taylor GJ (1987). Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis, International Institute Press, Madison.
- Taylor GJ (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality, *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74.
- Taylor GJ (2000). Recent developments in alexithymia theory and research, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 2, 134-142.

Taylor GJ, Bagby RM (1988). Creation validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness (Paperback edition 1999), *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 3, 240.

Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 4, 191-199.

Taylor, GJ, Bagby RM, Parker JD (1991). Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32, 2, 153-163.

ter Horst G, de Wit CA (1993). Review of behavioral research in dentistry 1987-1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship compliance, compliance and dental attendance, *International Dental Journal*, 43, 265-278.

Trakyalı G, Işık-Ozdemir F, Tunaboşlu-Ikiz T, Pirim B, Elif Yavuz A (2009). Anxiety among adolescents and its affect on orthodontic compliance, *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 4, 27, 205-210.

Tunç EP, Fırat D, Onur OD, Sar V (2005). Reliability and validity of the modified dental anxiety scale (MDAS) in a Turkish population, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 357-362.

Uzbaş İT (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek Sayı 1, 5-13.

Üçok C, Güner Y, Aydımtuğ Y, Üçok Ö, Okçu K, Özen T (1995). Anksiyete ölçümünde Visual Analog Skala İle Corah'ın Dental Anksiyete Skalasının karşılaştırılması, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 22, 121-124.

Ülgen M (1993). Ortodontik Tedavi Prensipleri, 4. Baskı, Dilek-Örünç Matbaası, İstanbul.

Ünal S, Berksun O, Kınıklı G, Kaya E (1991). Psychological symptoms in cases with chronic urticaria and allergic patients, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 289-293.

- Ünlüoyol AY, Kocabalkan E (2010). Diş tedavisi öncesi endişenin hastanın tedaviye bakış açısına etkisi, *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 27, 3, 167-174.
- Vachiroman A, Wang WC, Vachiramon T (2004). The use of acupuncture in implant dentistry, *Implant Dentistry*, 13, 1, 58-64.
- Vadacca M, Bruni R, Cacciapaglia F, Serino F, Arcarese L, Buzzulini F (2008). Alexithymia and immunoendocrine parameters in patients affected by systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis, *Rheumatismo*, 60, 1, 50-56.
- Vaida L, Dalai C, Dima R (2007). Evaluation of anxiety level in children and adolescents requesting orthodontic treatment, *Journal of Oral Health and Dental Management*, 6, 3, 57-61.
- Vanheule S, Vandenberg J, Verhaeghe P, Desmet M (2010). Interpersonal problems in alexithymia: a study in three primary care groups, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 351-362.
- Viinikangas A, Lahti S, Tolvanen M, Freeman R, Humphris G, Joukamaa M (2009). Dental anxiety and alexithymia: Gender differences, *Acta Odontologica Scandinavica*, 67, 13-18.
- Wardle J (1982). Fear of dentistry, *Psychology and Psychiatry*, 55, 2, 119-126.
- Warnes H (1986). Alexithymia clinical and therapeutic aspects, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 96-104.
- Weiner AA, Weinstein P (1995). Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study, *General Dentistry*, 43, 164-168.
- Weinstein, P, Raadal M, Naidu S, Yoshida T, Kvale G, Milgrom P (2003). A videotaped intervention to enhance child control and reduce anxiety of the pain of dental injections, *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4, 181-185.

Wilson KI, Davies JG (2001). A joint approach to treating dental phobics between community dental services and specialist psychotherapy services-a single case report, *British Dental Journal*, 190, 8, 431-432.

Wisløff TF, Vassend O, Asmyhr O (1995). Dental anxiety, utilization of dental services, and DMFS status in Norwegian military recruits, *Community Dental Health*, 12, 100-103.

Yemez, B. (1991). Psikosomatik, Somatoform ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarda Aleksitimi Üzerine Kontrollü Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Yıldırım E, Karacay S (2012). Evaluation of anxiety level changes during the first three months of orthodontic treatment, *The Korean Journal of Orthodontics*, 42, 4, 201-206.

Yıldırım TT, Acun Kaya F, Uysal E (2013). Diş hekimi korkusu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, diş hekimine gitme sıklığı, eğitim, sosyo-ekonomik ve periodontal durum arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi*, 19, 2, 77-85.

Yoshida T, Milgrom P, Mori Y, Nakai Y, Kaji M, Shimono T, Donaldson AN (2009). Reliability and cross-cultural validity of a Japanese version of the Dental Fear Survey, *BMC Oral Health*, 9, 17.

Young JE (1982). Cognitive Therapy and Loneliness, New Direction in Cognitive Therapy, The Guilford Press, New York.

Yuan S, Freeman R, Lahti S, Lloyd-Williams F, Humphris G (2008). Some psychometric properties of the Chinese version of the Modified Dental Anxiety Scale with cross validation, *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 22.

Yurt E (2006). Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İç Görü ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, İstanbul.

Yusa H, Onizawa K, Hori M (2004). Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 98, 1, 23-27.

Zaidi SMIH, Arshad M, Yaqoob N (2015). Gender distinction in alexithymia among graduation students of Pakistan, *European Journal of Research in Social Sciences*, 3, 4.

Zimmerman G, Rossier J, Meyer de Stadelhofen F, Gaillard F (2005). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality, *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 23-33.



ÖZGEÇMİŞ

Saadet ÇINARSOY CİĞERİM, 1989 yılında Antalya’da doğdu ve memleketi Kayseri’dir. İlköğretim hayatını Denizli, Konya, Yozgat ve Erzurum gibi çeşitli şehirlerde devam ettirdikten sonra Ordu’da tamamlamıştır. 2005 yılında Trabzon Yomra Fen Lisesi’nden mezun olmuştur. 2006 yılında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ni kazanmış ve 2011 yılında mezun olmuştur. 2012 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde Ortodonti Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimine başlamıştır. Halen aynı bölümde araştırma görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.



EKLER

EK-1 : Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)

| TAÖ-20 | | | | | |
|--|--------------|---------|-------|---------|-----------|
| Adı ve soyadı:..... | | | | | |
| Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. | | | | | |
| Hiçbir zaman (1) ,, Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz | | | | | |
| İFADELER | Hiçbir zaman | Nadiren | Bazen | Sık sık | Her zaman |
| 1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Keyfim kaçtığımda üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- İnsanların duygularını tanıması gerekir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilemem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- İnsanlarla duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- Sessizlik anlarında bile kendimi birine yakın hissedebilirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak onlardan alınacak hazzı azaltır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-2 : Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI)

STAI FORM TX – I

Adı ve soyadı:.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

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

STAI FORM TX – 2

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

| | | Hemen hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | her Hemen 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 kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. | Aklı başında ve kararlı bir insanım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40 | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor | (1) | (2) | (3) | (4) |

EK-3 : Dental Korku Skalası (DKS)

DKS

Adı ve soyadı:.....

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup sizin için **en uygun** olan seçeneği işaretleyiniz

1-Diş hekimi korkusu nedeniyle hiç randevunuzu ertelediğiniz oldu mu?

- a.Hiç b.Bir veya iki defa c.Birkaç defa d.Sık sık e.Neredeyse her zaman

2-Diş hekimi korkusu nedeniyle hiç randevunuzu iptal ettiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

- a.Hiç b.Bir veya iki defa c.Birkaç defa d.Sık sık e.Neredeyse her zaman

3-Diş tedavim yapılırken kaslarım gerilir.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

4-Diş tedavim yapılırken nefes alış-veriş oranım artar.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

5-Diş tedavim yapılırken terlerim.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

6-Diş tedavim yapılırken midemde bulantı ve karın ağrısı hissederin

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

7-Diş tedavim yapılırken kalp atış hızım artar.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

8-Diş hekiminden randevu alırken korku ve gerginlik duyarım.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

9-Diş hekimi muayenehanesine yaklaşırken korku ve gerginlik duyarım.

- a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

10-Bekleme odasında otururken korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

11-Diş hekimi koltuğunda (ünitinde) otururken korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

12-Muayene odasının kokusunu aldığımda korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

13-Diş hekimini içeriye girerken gördüğümde korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

14-Anestezi iğnesini gördüğümde korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

15-Anestezi iğnesini hissederken korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

16-Dönen aletleri gördüğümde korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

17-Dönen aletlerin sesini duyduğumda korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

18-Dönen aletin dönme titreşimini dişimde hissettiğimde korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

19-Diş hekimi tarafından dişlerim temizlendiğinde korku ve gerginlik duyarım.

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

20-Bütün bunları düşündüğünüzde diş tedavisi ne kadar korkunç?

a.Neredeyse hiç b.Çok az c.Biraz d.Çok e.Çok fazla

EK-4 : Çapa Anksiyete Skalası (ÇAS)

ÇAS

Adı ve soyadı:.....

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1-Bugün dişhekimine gitmeden önce ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

2-Bekleme salonunda sıranı beklerken ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

3-Ortodonti kliniğine girdiğinde ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

4-Diş hekimi koltuğuna oturduğunda kendini nasıl hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

5-Doktorun kliniğe girdiğinde ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

6-Diş hekiminin el aletlerini grdgnde ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

7-Diş hekimi el aletlerini ağzında kullandığında ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

8-lç kaşıklarını grdgnde ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

9-Fotoğraf ve röntgen odasını grdgnde ne hissettin?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

10-Ortodontik tedavi konusunda ne düşünüyorsun?

- a. Hiç korku ve heyecan duymadım.
- b. Çok az korku ve heyecan duydum.
- c. Biraz korku ve heyecan duydum.
- d. Fazlaca korku ve heyecan duydum.
- e. Çok korku ve heyecan duydum.

**EK-5 : Modifiye Dental Anksiyete Skalasının Ortodontiye Uyarlanmış Versiyonu
(MDASO)**

MDASO

Adı ve soyadı:.....

1-Ortodontisti ilk kez ziyaret ettiğinizde kendinizi nasıl hissettiniz ya da hissedersiniz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Endişesiz | Hafif endişeli | Oldukça endişeli | Çok endişeli | Aşırı endişeli |

2- Ortodonti bekleme salonunda oturduğunuzu düşündüğünüzde (tedavi için beklerken) kendinizi nasıl hissedersiniz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Endişesiz | Hafif endişeli | Oldukça endişeli | Çok endişeli | Aşırı endişeli |

3- Dişlerinize braketlerin takıldığını düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissedersiniz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Endişesiz | Hafif endişeli | Oldukça endişeli | Çok endişeli | Aşırı endişeli |

4- Dişlerinizde tellerinizin değiştirildiğini düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissedersiniz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Endişesiz | Hafif endişeli | Oldukça endişeli | Çok endişeli | Aşırı endişeli |

5- Dişlerinizden ölçü alındığını düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissedersiniz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------|-------------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| Endişesiz | Hafif endişeli | Oldukça endişeli | Çok endişeli | Aşırı endişeli |

EK-6 : Ortodontik Tedavi Hakkında Olası Kaygılar Listesi (OKL)

OKL

1-Bugün ne olacağını bilmediğiniz için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

2-Ortodontik tedavi hakkında yeterli bilginiz olmadığı için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

3-Daha önceden ortodontiste gittiyseniz, geçmiş olumsuz ortodonti deneyiminiz sebebiyle bugün endişe eder misiniz? (ilk ziyaretiniz ise burayı işaretleyiniz)

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

4- Ortodontik tedaviniz hakkında sorular sorulmasından dolayı hissettiğiniz rahatsızlık için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

5-Ortodontist dişleriniz hakkında kendinizi utangaç hissetmenize neden olabileceği için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

6- Ortodontik tedaviniz hakkındaki korkularınızın ciddiye alınmayacağından dolayı endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

7-Tedavi süresince ihtiyaç duyarsanız tedaviye ara veremeyeceğiniz için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

8-Dişlerinize tel takılırken ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

9- Ortodontik tedavide bazı işlemlerde ağrı duyabileceğiniz için endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

10- Diğer insanlardan duyduğunuz olumsuz hikayelerden dolayı ortodontik tedavi yapılması hakkında endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

11- Ölçü alınması işleminden dolayı endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

12- Diş çekimi gerekirse endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

13- İğne yapılması gerekirse endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

14- Ortodontist dişlerinizde frez (delici alet) kullanırsa endişe eder misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

15- Genel şeyler hakkında endişe duymaya eğilimli misiniz?

| | | | | |
|-----|----|-------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç | Az | Biraz | Fazla | Çok fazla |

EK-7 : Etik Kurul Onayı



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU



| | | |
|--|--|--------------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 11 | Tarih: 08.10.2015 |
| | Yrd.Doç.Dr. Fatih KAZANCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Ortodontik Tedaviye Kabul Edilen Hastaların Dental Korku, Aleksitimi ve Anksiyete Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir. | |
| GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | | |
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof.Dr. Oğuz TUNCER | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|--------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Prof.Dr. Oğuz TUNCER | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. Şükran SEVİMLİ | Tıp Tarihi ve Etik | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr. Sıddık KESKİN | İstatistik Uzmanı | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sıddık Keskin |
| Doç.Dr. Hasan Ali GÜMRÜKÇÜOĞLU | Kardiyoloji | Özel Van Lokman Hekim Hastanesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. İlhan GEÇİT | Üroloji | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Murat DOĞAN | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr.M. Fatih GARÇA | KBB | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Hüseyin BEĞENİK | Dahiliye | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. M.Bilal ÇEĞİN | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. Numan ÇİM | Kadın Hastalıkları ve Doğum | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. Ramazan ÜSTÜN | Fizyoloji | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. Ersoy ÖKSÜZ | Farmakoloji Uzmanı | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fatma PEKER | Hukuk | Van Güvenlik Meslek Yüksekokulu | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Çiğdem ÖNER | Üniversite Mezunu | - | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sayfa 2

Adres : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2150470
Faks : 432-2168352
e-posta: etikkurull@gmail.com



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU



| | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------------|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Ortodontik Tedaviye Kabul Edilen Hastaların Dental Korku, Aleksitimi ve Anksiyete Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU | Yok | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd.Doç.Dr. Fatih KAZANCI | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Ortodonti | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | Yok | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | Yok | | | |
| | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Tüm gözlemsel çalışmalar | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Anket çalışmaları | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | | Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hücre veya doku kültürü çalışmaları | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar | <input type="checkbox"/> | | |
| Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi İnsana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeyen yapılacak olan tüm araştırmalar | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------|
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | | Açıklama |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | |
| DİĞER: | <input checked="" type="checkbox"/> | İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD, | |

Sayfa 1

Adres : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2150470
Faks : 432-2168352
e-posta: etikkurull@gmail.com