

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAM
FORMUNUN HASTA ANKSİYETESİ VE
VİTAL BULGULARI ÜZERİNE ETKİSİ

Dt. Serkan KİRİŞ

Cerrahi (Diş) Programı

DOKTORA TEZİ

Ankara

2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAM
FORMUNUN HASTA ANKSİYETESİ VE
VİTAL BULGULARI ÜZERİNE ETKİSİ

Dt. Serkan KİRİŞ

Cerrahi (Diş) Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mustafa Yiğit SAYSEL

Ankara

2012

Anabilim Dalı: Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi

Program: Cerrahi (Diş)

Tez Başlığı: AYRINTILI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMUNUN HASTA ANKSIYETESİ VE VİTAL BULGULAR ÜZERİNE ETKİSİ

Öğrenci Adı-Soyadı: Dt. Serkan KİRİŞ

Savunma Sınavı Tarihi: 17.07.2012

Bu çalışma jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Muzaffer TUNCER*

(Hacettepe Üniversitesi)

Tez danışmanı: *Doç. Dr. Mustafa Yiğit SAYSEL*

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Osman Taha KÖSEOĞLU*

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Barış ŞİMŞEK*

(Gazi Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Alper AKTAŞ*

(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa Kadri

ALTUNDAĞ

Müdür

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresinde alanımız ile ilgili bilgi, birikim ve donanımını özveri ile benimle paylaşan, yardımlarını her an hissettiren, tez çalışmam sırasında her türlü desteğini aldığım, sabrını, ilgisini benden esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Mustafa Yiğit SAYSEL'e,

Birlikte çalışma fırsatı yakalamaktan onur duyduğum, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan anabilim dalımız öğretim üyelerine,

Bölümde çalıştığım süre boyunca destekleri ve arkadaşlıklarıyla her an yanı başımda olan, Dr. Dt. Selen IŞIK ADILOĞLU'na, Dr. Dt. Azime Sibel ÖKTEN EL'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın planlama ve istatistiksel analiz aşamalarında yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Bioistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Erdem KARABULUT'a,

Sadece uzmanlık eğitimim süresince değil, tüm hayatım boyunca benden ilgi, sevgi ve desteklerini eksik etmeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

ÖZET

Kiriş, S. Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi (Diş) Programı Doktora Tezi, Ankara, 2012. İlk kez alt çene gömülü yirmi yaş dişi çekimi için başvuran, herhangi bir sistemik ve psikolojik rahatsızlığı bulunmayan ve yaş ortalamaları 23,3 olan 80 hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmamızda, 40 hastaya ayrıntılı aydınlatılmış onam formu (hasta grubu), kalan 40 hastaya ise normal aydınlatılmış onam formu (kontrol grubu) okutulup imzalandıktan sonra gömülü yirmi yaş dişi cerrahisi işlemi uygulanmıştır. Hastalar, anksiyete ve vital bulgular açısından hasta ve kontrol gruplarında karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinin anksiyete ve vital bulgular üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Tüm hastalarda anksiyete seviyelerinin belirlenmesinde Vizüel Analog Skala (VAS) ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) kullanılmıştır. Hastalar monitörize edilerek, vital bulgular onam formunu okumadan önce ve ameliyatın hemen başlangıcında insizyon yapılırken kaydedilmiştir. Çalışmamızda vital bulguların aydınlatılmış onam formunun içeriğinden etkilenmediği, hastaların 8 tanesinin (%10, 5 erkek, 3 kadın) yüksek düzeyde dental anksiyeteye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıntılı aydınlatılmış onam formu okuyup imzalayan hastaların (hasta grubu) anksiyete seviyelerinde, normal aydınlatılmış onam formu okuyup imzalayan hastalara (kontrol grubu) kıyasla istatistiksel olarak da anlamlı bulunan bir artış olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; ayrıntılı aydınlatılmış onam formu hasta anksiyetesini arttırdığı için, formda hastaya verilecek bilgi içeriğinin, onamın asıl amacı olan hastanın bilgi edinme hakkı ihmal edilmeksizin, dikkatli bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış onam, gömülü 20 yaş dişi, dental anksiyete, vital bulgular.

ABSTRACT

Kiriş, S. Effects of Detailed Consent Form on Patients Anxiety Levels and Vital Signs. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ph.D. Thesis on Surgery (Dental) Programme, Ankara, 2012. In this study, impacted third molar teeth extraction surgery was conducted to 80 healthy patients without any surgical extraction experience (mean age 23,3 years) after having 40 of them read and sign the detailed consent form (detailed group) and 40 of them read and sign the ordinary consent form (ordinary group). A comparative evaluation of the patients was made between the detailed group and the ordinary group according to anxiety and vital signs. Additionally, the effects of age, sex and education level on anxiety and vital signs were evaluated. Visual Analog Scale (VAS) and Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) were used in all patients to detect anxiety levels. Vital signs were recorded by monitoring before reading the consent form and during initial incision. Patient's heart rate, diastolic and systolic blood pressure and oxygen saturation were observed and they were recorded before reading and signing consent forms and at the beginning of the surgery (while incision was preparing). In our study, it is observed that vital signs were not affected by informed consent forms and 8 patients (10%; 5 men, 3 women) had high levels of dental anxiety. The group who read and signed the detailed informed consent form (detailed group) had statistically significant higher levels of anxiety than the group who read and signed the ordinary consent form (ordinary group). As a result, due to increased patient anxiety with detailed informed consent forms, the information given on the consent forms should be determined carefully without invading patient's right to be informed which is the main purpose of consent forms.

Key Words: Informed consent, impacted third molar, dental anxiety, vital signs.

İÇİNDEKİLER

Onay Sayfası	iii
Teşekkür Sayfası	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	xi
Şekiller Dizini	xii
Tablolar Dizini	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Tanımı ve Temeli	2
2.1.1. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi	4
2.1.2. Tarihi Gelişimi	4
2.1.3. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişiminde	
Önemli Rol Oynayan Bazı Davalar	5
2.1.3.1. Mohr-Williams Davası	5
2.1.3.2. Schloendorff Davası	6
2.1.3.3. Hunter-Burroughs Davası	6
2.1.3.4. Salgo Davası	7
2.1.3.5. Nathanson-Kline Davası	7
2.1.3.6. Cobbs-Grant ve Canterbury-Space Davaları	8
2.1.3.6.1. Cobbs-Grant Davası	8
2.1.3.6.2. Canterbury-Space Davası	9

2.1.3.7. Nazi Doktorlarına Karşı Açılan Davalar	10
2.1.4. Ülkemizdeki Durum	11
2.1.4.1. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği	12
2.1.4.2. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları	13
2.2. Anksiyete	15
2.2.1. Anksiyete Bozukluklarının Belirtileri	17
2.2.2. Anksiyete ve Korku İlişkisi	17
2.2.3. Anksiyete ve Fobi İlişkisi	18
2.2.4. Anksiyete ve Panik İlişkisi	19
2.2.5. Anksiyetenin Kökeni ve Gelişmesi	19
2.2.6. Anksiyetenin Ruhsal Kökeni	20
2.2.6.1. Psikanalitik Görüş	20
2.2.6.2. Varoluşçu Görüş	21
2.2.6.3. Davranışçı Görüş	21
2.2.6.4. Bilişsel Görüşler	21
2.2.6.4.1. Bilişsel Kaçınma Kuramı	22
2.2.6.4.2. Üst Biliş Görüşü	22
2.2.6.4.3. Belirsizliğe Dayanma Görüşü	22
2.2.6.4.4. Duygulanım Düzenlenmesinde Bozukluk Görüşü	23
2.2.6.4.5. Paniğin Bilişsel Kuramı	23
2.2.6.4.6. Öğrenme-Koşullanma Kuramı	23
2.2.7. Çevresel Etkenler	24
2.2.8. Anksiyete Bozukluğu Tipleri	24
2.2.8.1. Panik Atağı	24
2.2.8.2. Panik Bozukluğu	24
2.2.8.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	25
2.2.8.4. Obsesif-Kompulsif Bozukluk	25
2.2.8.5. Posttravmatik Stres Bozukluğu	25
2.2.8.6. Fobiler	25
2.3. Dental Anksiyete Kavramı	27

2.3.1. Dental Anksiyetenin Tanımı	27
2.3.2. Dental Anksiyete Karşısında Verilen Yanıt	28
2.3.3. Dental Anksiyete Belirtileri	29
2.3.4. Dental Anksiyete Epidemiyolojisi	29
2.3.4.1. Dental Anksiyete Prevelansı	30
2.3.4.2. Dental Anksiyetenin Demografik Özellikleri	30
2.3.4.3. Dental Anksiyete Etiyolojisi	31
2.3.4.3.1. Direkt Şartlanma	32
2.3.4.3.2. İndirekt Şartlanma	32
2.3.4.3.3. Kişiliğe Bağlı Nedenler	32
2.3.4.3.4. Diğer Nedenler	33
2.4. Anksiyete Ölçekleri	35
2.4.1. Dental Anksiyete ve Korkunun Değerlendirilmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler	36
2.4.1.1. Dental Anksiyete Skalası (DAS:Dental Anxiety Scale)	36
2.4.1.2. Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS:Modified Dental Anxiety Scale)	38
2.4.1.3. Spielberger Anksiyete Skalası (STAI:Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory)	40
2.4.1.4. Vizüel Analog Skala (VAS:Visual Analogue Scale)	40
2.4.1.5. Dental Korku Skalası (DFS:Dental Fear Scale)	41
2.4.1.6. Dental Anksiyete Sorusu (DAQ:Dental Anxiety Question)	42
2.4.1.7. Fotoğraf Anksiyete Anketi (PAQ:Photo Anxiety Questionnaire)	42
2.4.1.8. Gatchel'in Korku Skalası (GFS:Gatchel's 10-Point Fear Scale)	42
2.5. Dental Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Stratejiler	43
3. GEREÇ ve YÖNTEM	56
3.1. Araç ve Gereçler	57
3.2. Yöntem	57

3.2.1. Anksiyetenin Değerlendirilmesi ve Ölçek Formları	57
3.2.2. Vital Bulguların Ölçülmesi	70
3.2.2.1. Kalp Atım Hızı	70
3.2.2.2. Kan Basıncı	70
3.2.2.3. Oksijen Satürasyonu	70
3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri	70
4.BULGULAR	71
4.1. Vital Bulgular	72
4.1.1. Kalp Atım Hızı (Nabız)	72
4.1.2. Satürasyon Değerleri	76
4.1.3. Kan Basıncı Değerleri	80
4.1.3.1. Diastolik Kan Basıncı Değerleri	80
4.1.3.2. Sistolik Kan Basıncı Değerleri	84
4.2. Vizüel Analog Skala Ölçüm Değerleri	88
4.3. MDAS Skorlarının Değerlendirilmesi	92
5. TARTIŞMA	95
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
7. KAYNAKLAR	111

SİMGELER VE KISALTMALAR

VAS	Vizüel Analog Skala
MDAS	Modifiye Dental Anksiyete Skalası
DAS	Dental Anksiyete Skalası
STAI	Spielberger Sürekli/Durumluluk Anksiyete Skalası
DFS	Dental Korku Skalası
DQS	Dental Anksiyete Sorusu
PAQ	Fotoğraf Anksiyete Anketi
GFS	Gatchel'in Korku Skalası
N1	Bekleme Salonundaki Nabız Değeri
N2	Operasyonun Başlangıcındaki Nabız Değeri
ND	Nabız Değeri Ölçümleri Arasındaki Değişim
Sat1	Bekleme Salonundaki Satürasyon Değeri
Sat2	Operasyonun Başlangıcındaki Satürasyon Değeri
SatD	Satürasyon Değeri Ölçümleri Arasındaki Değişim
Dia1	Bekleme Salonundaki Diastolik Kan Basıncı Değeri
Dia2	Operasyonun Başlangıcındaki Diastolik Kan Basıncı Değeri
DiaD	Diastolik Kan Basıncı Değeri Ölçümleri Arasındaki Değişim
Sis1	Bekleme Salonundaki Sistolik Kan Basıncı Değeri
Sis2	Operasyonun Başlangıcındaki Sistolik Kan Basıncı Değeri
SisD	Sistolik Kan Basıncı Değeri Ölçümleri Arasındaki Değişim
VAS1	Aydınlatılmış Onam Formunu Okumadan Önceki VAS değeri
VAS2	Aydınlatılmış Onam Formunu Okuduktan Sonraki VAS değeri
VASD	İki VAS ölçümü arasındaki Değişim
EDA	Elektrodermal aktivite

ŞEKİLLER

Şekil 4.1 Nabzın gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik	76
Şekil 4.2 Satürasyon değerlerinin gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik	80
Şekil 4.3 Diastolik kan basıncının gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik	84
Şekil 4.4 Sistolik kan basıncının gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik	88

TABLULAR

Tablo 3.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri	56
Tablo 3.2. Aydınlatılmış Onam İmzalanmadan Öncesi Vizüel Analog Skala	57
Tablo 3.3. Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formu	58
Tablo 3.4. Standart Aydınlatılmış Onam Formu	62
Tablo 3.5. Aydınlatılmış Onam Sonrası Vizüel Analog Skala	65
Tablo 3.6. Modifiye Dental Anksiyete Ölçüm Anketi	66
Tablo 3.7. Ayrıntılı ve Normal Aydınlatılmış Onam Formları Arasındaki Farklar	68
Tablo 4.1. Hastaların cinsiyete göre grup içinde dağılımı	71
Tablo 4.2 Hastaların eğitim durumlarına göre gruplar içindeki dağılımları	71
Tablo 4.3 Hastaların yaşlarına göre dağılımı	72
Tablo 4.4 Nabız değerlerinin gruplara göre değerlendirilmesi	73
Tablo 4.5 Nabız değerlerinin Cinsiyete göre değerlendirilmesi	73
Tablo 4.6 Nabız değerlerinin yaşa göre değerlendirilmesi	74
Tablo 4.7 Nabız değerlerinin eğitim düzeyine göre değerlendirilmesi	75
Tablo 4.8 İki nabız ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi	75
Tablo 4.9 Satürasyon değerlerinin gruplara göre değerlendirilmesi	77
Tablo 4.10 Satürasyon değerlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi	77
Tablo 4.11 Satürasyon değerlerinin yaşa göre değerlendirilmesi	78
Tablo 4.12 Satürasyon değerlerinin eğitim durumuna göre değerlendirilmesi	79
Tablo 4.13 İki satürasyon ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi	80
Tablo 4.14 Diastolik kan basıncının gruplara göre değerlendirilmesi	81
Tablo 4.15 Diastolik kan basıncının cinsiyete göre değerlendirilmesi	81
Tablo 4.16 Diastolik kan basıncının yaşa göre değerlendirilmesi	82
Tablo 4.17 Diastolik kan basıncının eğitim düzeyine göre değerlendirilmesi	83
Tablo 4.18 İki diastolik kan basıncı ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi	83
Tablo 4.19 Sistolik kan basıncının gruplara göre değerlendirilmesi	85
Tablo 4.20 Sistolik kan basıncının cinsiyete göre değerlendirilmesi	85
Tablo 4.21 Sistolik kan basıncının yaşa göre değerlendirilmesi	86
Tablo 4.22 Sistolik kan basıncının öğrenim durumuna göre değerlendirilmesi	87

Tablo 4.23 İki sistolik kan basıncı ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi	87
Tablo 4.24 VAS skorlarının gruplara göre değerlendirilmesi	89
Tablo 4.25 VAS skorlarının yaşa göre değerlendirilmesi	89
Tablo 4.26 VAS skorlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi	90
Tablo 4.27 VAS skorlarının öğrenim durumuna göre değerlendirilmesi	91
Tablo 4.28 İki VAS skoru ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi	92
Tablo 4.29 MDAS skorlarının gruplara göre değerlendirilmesi	93
Tablo 4.30 MDAS skorlarının yaşa göre değerlendirilmesi	93
Tablo 4.31 MDAS skorlarının cinsiyete göre değerlendirilmesi	93
Tablo 4.32 MDAS skorlarının öğrenim durumuna göre değerlendirilmesi	94
Tablo 4.33 Yaygın anksiyete görülen hastaların gruplara göre dağılımı	94

1.GİRİŞ

Hastanın, kendi kararını vermesi ilkesine dayanan ve tedavi sürecine katılımını sağlayan aydınlatılmış onam, tıp ve diş hekimliği etiği açısından bir görev, yasal olarak ise bir zorunluluktur. Yasaca kendi kararını kendi verebilme yeterliliğine sahip olan bir kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır.

Aydınlatılmış onamın amacı hastayı tedavi seçenekleri, aşamaları ve komplikasyonları ile ilgili bilgilendirmektir. Ancak, gereğinden fazla detaylı bilgi verilmesi de hastanın anksiyete seviyesini arttırarak yanlış karar vermesine ve/veya tedaviden vazgeçmesine sebep olabilmektedir.

Her ne kadar günümüzde sağlık ve diş hekimliği alanında pek çok ilerleme kaydedilmiş ve olanaklar genişletilmiş olsa da, toplumun bu olanaklardan yeterince yararlanamadığı görülmektedir. Ülkemizde halkın dental sağlık konusunda bilinçli olmaması ve ekonomik faktörler hastaların gerekli tedaviyi alamamalarındaki en büyük engel olarak görülse de, dental sağlık konusunda bilinçli toplumlarda da diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmanın yeterli seviyede olmadığı görülmektedir. Her türlü maddi imkâna sahip hastaların dahi dental tedavilerini aksatmalarının en büyük sebebinin diş hekimi korkusu ve anksiyete olduğu bilinmektedir.

Literatürde dental anksiyete konusunda birçok araştırma mevcuttur. Dental anksiyetenin sebepleri, görülme sıklığı, tedavisi ve dental anksiyete ile başa çıkma stratejileri yaygın bir şekilde araştırılmış ve önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Günümüzde de dental anksiyetenin tespit edilmesi ve giderilmesi konusu güncelliğini korumakta ve bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızın amacı, aydınlatılmış onam formunda yer alan tıbbi bilgilerin, hastalar üzerindeki psikolojik ve fizyolojik etkilerinin araştırılmasıdır. Bu nedenle ilk kez gömülü diş çektirecek olan hastalarda, aydınlatılmış onam formunu imzalamadan önce ve sonra vital bulgular ve anksiyete skorları değerlendirilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Tanımı ve Temeli

Günümüz tıp ve diş hekimliği etiği anlayışı içinde; özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi biyomedikal etiğin temel ilkeleri ile savunulabilen aydınlatılmış onam; hastanın kendi kararını vermesi esasına dayanan, hastanın karar verme aşamasına katılabilmesini sağlayan, doktor hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanmasını ve anlaşılır olmasını da zorunlu kolan bu öğretisi(1,2) , doktor hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hasta hekim ilişkisini bir konum olmaktan çıkartarak bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelmektedir (3) .

Amerikan hukuk biliminin iki temel ilkesinin doğal bir gelişimi olarak ortaya çıktığı öne sürülen aydınlatılmış onam öğretisi, insan onurunu ve bütünlüğünü korumayı hedeflemektedir(4) .

Bu ilkelere ilki; güvene dayanan ilişki kavramı içinde açıklanmaktadır. Bir kişi, kendisine güvenen ve inanan bir kişinin iyi niyetine bağlı kalarak, onun yararına davranmak durumundadır(5,6) . Hekimin mesleki bilgisi, hastanın hastalığı konusundaki bilgisizliği ve çaresizliği, hasta-hekim ilişkisini güvene dayanan bir ilişki olması zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Böyle bir ilişki; doktora, önerdiği tedavi ve hastanın durumu hakkında tüm gerçekleri hastasına açıklama ödevini yüklemektedir(3,6) .

Aydınlatılmış onam öğretisinin dayandığı ikinci ilke ise; bireyin kendisi ile ilgili karar verme hakkına sahip olmasıdır. Yasaca kendi kararını kendi verebilme yeterliliğine sahip olan bir kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır (3,7) .

Aydınlatılmış onam; güncel tıbbi etik ve medikal uygulamaları tamamlayan etik bir kavramdır. Aydınlatılmış onamın etik öneminin farkına varılmasıyla birlikte Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Derneği 2004 yılında aşağıda bildirilen 8 maddelik raporunu beyan etmiştir(8) ;

1. Aydınlatılmış onam; medikal tedavilere, tıbbi çalışmalara ve ğrenci ve stajyer doktorların eğitim çalışmalarına katılım için yasal prensipler ve gereksinimlerle kısmen ifade edilen etik bir gerekliliktir.
2. Aydınlatılmış onam ihtiyacı hastanın bir insan olarak saygı görmesi gerekliliğinin ifadesidir.
3. Aydınlatılmış onam hastayı istenmeyen medikal tedavilerden korumakla kalmaz; aynı zamanda hastanın kendi tıbbi tedavi planına aktif olarak katılmasını sağlar.
4. Aydınlatılmış onam alınacaksa, iletişim şarttır. Doktor, hastalarla bireysel görüşmelerde olduğu gibi; tıbbi bakım enstitülerinin yapısal ortamlarında da iletişimi kolaylaştırmak için yollar bulmalıdır.
5. Aydınlatılmış onam form üzerine atılan bir imzadan öte, bir prosedür olarak kabul edilmelidir. Bu prosedür medikal yardım isteyen hasta için devam eden bilgi paylaşımını ve seçenekler oluşturulmasını içerir.
6. Aydınlatılmış onam için etik ihtiyaç, doktorun etik zorunluluğu olan faydalı olma prensipleriyle çelişmemelidir. Dolayısıyla hastalara medikal fayda sağlamak ve hastayı bir bütün olarak kabul edip, somutlaştırarak saygı gösteren bir aydınlatılmış onam formu taahhütnamesi hazırlamak için her türlü çaba sarf edilmelidir.
7. Hastanın aydınlatılmış onam alamayacak durumda olması halinde, karar verici pozisyonda olacak vekil, hastanın isteklerini ve ilgi alanlarını en iyi temsil edecek kişi olmalıdır. Acil durumlarda, tıp uzmanları tercihlerini hastanın en çok ilgi gösterdiği alanlara göre yapmak zorunda kalabilirler; nadiren de toplum sağlığını ilgilendiren konular gibi daha ağır basan etik zorunluluklar olduğunda aydınlatılmış onam almaktan vazgeçebilirler.
8. Etik gereklilikler ve kanuni gereklilikler her zaman aynı olmayabileceği için; doktorlar, aydınlatılmış onamla ilgili federal ve bölgesel yasal gereksinimlerden haberdar olmalıdırlar.

2.1.1. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi

Biyomedikal etiğin, özellikle klinik etiğin çok önemli konularından biri olan aydınlatılmış onam, günümüzde günlük tıp uygulamalarının vazgeçilmez ön koşullarından biri olmuştur. Ve daha sonra pek çok ülke, bireyin; hastalık anında da kişilik haklarının koruyabilmesi için gerekli yasal düzenlemelerini yapmıştır(4) .

Henüz bir öğreti iken geçirdiği tarihi süreç; günümüzde; tanımı, işlevleri, öğeleri, sınırları, ilgili yasa maddeleri dahi belirlenmiş olan aydınlatılmış onamın gelişimini göstermesi açısından son derece önemlidir. Önceleri konuya sadece ahlak ve etik açıdan yaklaşılmaktayken daha sonra yasal açıdan değerlendirilmeye başlanması, ilgili yasal düzenlemelerin yenilenmesine ve pek çok bildirgenin, etik kodun ortaya çıkmasına neden olmuştur(4) .

2.1.2. Tarihi Gelişimi

İlk çağlardan beri hekim sorumluluğunu belirleyen bir takım kurallar, kanunlar olduğu bilinmektedir. Örneğin; en eski belgelerden biri olan Hamurabi kanunlarında (MÖ. 1790-1800) hekimin sorumluluğu ortaya çıkan sonuca göre belirlenmekteydi(9) . Hamurabi kanunlarında olduğu gibi ilk çağ uygarlıklarının hemen hepsinde; kötü ya da hatalı bir uygulama olduğunda hekim sorumluluğundan söz edilmekte iken, ilk kez Roma Kanunu'nda; hekimin bilgisizliği ve ihmali, ağır kusur olarak kabul edilmeye başlanmıştır(9,10) .

İslam Hukuku'nda hekimin sorumlu tutulabilmesi için ya hastanın rızasının alınmamış olması ya da kusurlu davranılmış olması gerekmektedir(8). Osmanlı arşivlerindeki pek çok şeriyat mahkemesi sicilinde, cerrahın sorumluluğunu ortadan kaldırmak için, ameliyat öncesinde rıza senedi alındığını gösteren bilgiler bulunmaktadır(11,12) . Hastanın aydınlatılması konusunda da; eğer hasta anlatılacakları kavrayamayacak durumda ise, yakın akrabalarına açıklama yapılması önerilmekteydi(12,13) .

200 yılı aşkın bir süreden beri Amerikan hukukunda yer aldığı öne sürülen onam kavramı herkesin kendi bedeninin sahibi olduğu görüşü ile bireyin bir insan olarak konumunun korunması gerektiği fikri üzerine temellendirilmiştir(6,14) .

18. ve 19. yy sonlarında Amerika Birleşik Devletleri mahkemelerinde görülen hukuk davalarında “hasta onamını almada ihmalkâr davranan doktorların” ilgili kanunu ihlal etmekle suçlandığını belirten McCoid; hastanın onamı için doktoru sorumlu tutan Amerikan hukukunun resmileştirilmesinde, aşağıda açıklanan dava kararlarının katkısının büyük olduğunu ileri sürmektedir. 1900’lerin başında bu hukuk davalarında tüm dikkatler; cerrahların tasarladığı her bir cerrahi girişimden önce, hastanın onamını alma görevlerinin olup olmadığı üzerinde toplanmaktaydı (15,16) .

İlk çağlarda ortaya çıkan sonuca göre cezalandırma temeline dayanan hekim sorumluluğu, gelişen hak ve hukuk anlayışları ile daha farklı bir boyut kazanmaya başlamıştır. Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981,1994 ve 1995 yıllarında hastayı bilgilendirme görevi ve aydınlatılmış onam hakkında yayınlanan 3 bildirdeden sonra aydınlatılmış onam tüm dünya ülkelerinin hukuk sistemlerinde yerini sağlamlaştırdı(17) .

2.1.3. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişiminde Önemli Rol Oynayan Bazı Davalar

Tarih süreci içinde de görüleceği gibi, hekim sorumluluğu cerrahi tedavide daha fazla önem kazanmaktaydı. Beden bütünlüğünün ortadan kaldırması nedeniyle, cerrahi girişimlerde hastanın hatalı uygulamalardan korunması fikri, ahlak ve yasal temellere dayandırılarak, oldukça güçlü bir biçimde savunulmuştur (8) .

2.1.3.1. Mohr-Williams Davası

1905’de Ann Mohr sağ kulağı üzerinde yapılacak olan ameliyat için onam verir. Hasta anestezi altında iken cerrah Williams sağdan ziyade sol kulağın tedaviye gereksinimi olduğuna karar verir ve sol kulağı ameliyat eder. Hastanın kendisinden

izinsiz yapılan bu eylemi dava etmesi sonucu mahkeme, ameliyatın usulünce yapıldığına ve yararlı olduğuna dair kanıtlara sahip olmasına karşın, sol kulak ameliyatının “yetkilendirilmemiş dokunma” olduğunu, hasta üzerinde “kötü davranış” ve “saldırı” meydana getirdiğini kabul eder. Çünkü hastanın, hekimini kendine yapılacaklar için yetkilendirebilmesi, ancak her bir girişim için gerçek onamın elde edilmesiyle mümkün olabilmektedir (16,18) .

2.1.3.2. Schloendorff Davası

Aydınlatılmış onam öğretisine farklı bir bakış açısı getiren ve onam için çok önemli bir öge olan “yeterlilik” ögesinin belirlenmesine katkı sağlayan bu yasal karar, 1914’de hasta Schloendorff’un New York Hastanesine karşı açtığı davada alınmıştır. Davada hâkim, her yetişkin yaşta ve vasat akılda olan insanın, kendi bedenine ne yapılacağını belirleme hakkına sahip olduğunu belirterek, hastanın onamı alınmaksızın herhangi bir ameliyat gerçekleştiren cerrahın, oluşabilecek zararlardan kendisinin sorumlu olduğu kanaatine varmıştır. Bu karar; sadece yeterliliğin tanımının yapılmasına katkı sağlamakla kalmayıp, konunun “kişisel karar hakkı” yönünü de vurgulaması açısından önem kazanmıştır. Günümüzde, aydınlatılmış onamın gereklerinden biri olarak kabul edilen, bireyin kendi hakkında karar verme hakkı, ilk kez bu davada ele alınmaya başlanmış ve aydınlatılmış onamın, bireyin kendi hakkında karar verme hakkını koruyacağı fikrini doğurmuştur(16,18,19) .

2.1.3.3. Hunter-Burroughs Davası

1918’de Hunter-Burroughs davasında; mahkeme, hastaya yapılacakların açıklanması üzerinde durdu. Ve hastanın vücuduna yapılacaklar hakkında alınacak kararlara katılabilmesi için aydınlatılması gerektiği kararını aldı. Bu karar ile, aydınlatılmış onam için gerekli olan “bilginin açıklanması” ve hastanın karar verme sürecine katılarak “gönüllülüğünün” sağlanmasının önemi vurgulanmış oldu. Bu iki gereklilik, aydınlatılmış onamın öğelerinden; bilginin açıklanması ile gönüllülük öğelerinin belirlenmesine yardımcı olmuş oldu. Hastanın aydınlatılması, karar verme

sürecine katılması hastanın gönüllülüğünün ve haklarının korunmasına destek sağlayacağı görüşü ortaya atılmış oldu(20) .

1900'den 1950'ye kadar hekimler, hastalarına gerekli bilgiyi vermeme durumunda "kötü davranış"la suçlanmakta ve yasal açıdan hekim sorumluluğu "yetkilendirilmemiş dokunmaya" dayandırılmaktaydı. Aydınlatılmamış hasta onamının, hekim üzerinde yetki yaratmayacağı hükmüne varılmıştı. 1950'lerde ise Wisconsin Üniversitesi hukuk profesörü McCoid; aydınlatılmış onamı elde etmedeki sorunun yetkilendirilmemiş dokunma ya da kötü davranışla açıklanamayacağını, çünkü sorunun hastanın aydınlatılmasında gösterilen "ihmal olduğunu ileri sürerek farklı bir bakış açısı kazandırmıştır (16) .

2.1.3.4.Salgo Davası

1957'de Stanford Üniversitesi, yönetim kurulu ile Bayan Salgo arasındaki hukuk davasında varılan sonuç aydınlatılmış onamın en önemli sorunlarından biri olan "bilginin ne kadarı açıklanmalı" sorusuna da yanıt getirmiştir. Çünkü mahkeme; üniversitede çalışan bu hekimin, hastanın kendi tedavisi ile ilgili bir karar alabilmesi için gerekli olan bilgileri vermesi gerektiğini, Hunter-Burroughs davası kararlarına dayanarak açıklamış ve hekimin bu bilgileri vermeyerek görevini kötüye kullandığı hükmüne varmıştır. Böylece "hastanın haklarını ve bedenini etkileyebilecek tüm işlemlerin yararlarının, zararlarının varsa tehlikelerinin açıklanmasının bir ödev olduğu" görüşü ile, "olası tehlikeler konusunda uyarma yükümlülüğü" kavramını, bir araya getirmiştir(18,20,21) .

Lidz, aydınlatılmış onam teriminin, tıpla ilgili olarak, ilk kez bu Amerikan hukuk davasında kullanıldığını bildirmekte ve aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi için Scloendorff davası gösterilse de, aydınlatılmış onama çağdaş yaklaşımın Nathanson-Kline davası ile olduğunu ileri sürmektedir(21) .

2.1.3.5. Nathanson-Kline Davası

1960'da Bayan Nathanson meme kanserinin tedavisi için kendisine önerilen radikal mastektomiye onam vermişti. Hasta ameliyattan sonra tümörün çıkartıldığı

alana kobalt radyasyon tedavisi uygulayacak olan Dr. Kline'a havale edildi. Radyoterapi sonrası ilgili bölgenin (cilt, kıkırdak ve kemik dokuları) ciddi hasara uğradığı görüldü. Dr. Kline, hastaya önerdiği radyoterapinin bu hasara neden olduğunu bilmesine karşın, Bayan Nathanson'a böyle bir riski açıklamamıştı. Davanın görüldüğü mahkemede jüri, hekimler lehine karar almasına karşın, temyizde (Kansas Anayasa Mahkemesi) davanın tekrar görüşülmesine karar verildi. Dava sonucunda mahkeme; doktor hasta arasındaki ilişkinin güvene dayanan bir ilişki olduğunu vurgulayarak, hastaya hastalığı ve tedavisi hakkındaki tüm gerçeklerin açık sözlülükle açıklanması gerektiğini kabul etti. Açıklama ödevini de doktora yükleyerek, aydınlatılmış onam için açıklamanın gerekli olduğu hükmüne varılmıştır(6,18,22) .

2.1.3.6. Cobbs-Grant ve Canterbury-Space Davaları

1972'de görülen iki davada (Cobbs-Grant ile Canterbury-Space davaları) da; geçerli aydınlatılmış onamın elde edilebilmesi için, hastaya tüm gerçeklerin, hasta çok küçük olasılıktaki (%1 gibi) risklerin bile açıklanmış olması gerektiği üzerinde durulmuş ve açıklamanın yeterliliği, miktarı gibi ortaya konmuştur (6,18) .

2.1.3.6.1.Cobbs-Grant Davası

Ralph Cobbs, uzun süredir çekmekte olduğu karın ağrısı ve kusma şikâyetlerinin nedeninin duodenum ülseri olduğunu ve ameliyat olması gerektiğini öğrendi. Cerrah Grant'a gönderilen Cobbs ameliyat olmayı kabul etti. Dr.Grant ameliyatının içeriğini ayrıntılarıyla açıkladı, fakat ameliyatın öncesi ve sonrasına ait hiçbir riskinden söz etmedi. Operasyon başarılı geçmişti. Ne yazık ki 9 gün sonra hasta şiddetli karın ağrısı ile tekrar hastaneye geldi ve 2 saat sonra şoka girdi. Karın içinde kanama nedeniyle tekrar ameliyat edildi ve dalak çıkartıldı. Bu ilk ameliyat ile ilgili %5'lik bir riskti ve Cobbs'a açıklanmamıştı. Hasta ikinci kez taburcu edildi, fakat bir ay sonra tekrar şiddetli ağrılar çekmeye başladı. Yeni ülser gelişmişti. Bu duodenum ülserinden kurtulmak için yapılan ameliyatın bir başka riskiydi. Dört ay sonra hasta üçüncü kez ameliyata alındı ve midesinin %50'si çıkarıldı. İyileşmeden sonra hasta üçüncü kez taburcu edildi, fakat dikişlerinin erken rezorbsiyonu sonucu

karın için kanaması nedeniyle tekrar yatırıldı. Bir hafta sonra kanama azaldığı için dördüncü kez taburcu edildi(18) .

Hasta Cobbs iki nedenden dolayı Dr.Grant'e karşı malpraktis (hatalı uygulama) davası açtı;

- 1) Ameliyatı yapmada ihmalkâr davranma.
- 2) Asıl ameliyatın risklerini açıklamama.

Mahkeme ameliyatı değerlendirdiğinde; Cobbs'un yaşadığı bu olumsuzlukların tümünün cerrahi riskler ile ilgili olduğunu, bir ihmal sonucu olmadığını kabul etti. Cerrah yapmayı planladığı ilk ameliyatın yapısını açıklamasına karşın, olası hiçbir riskden söz etmemiştir. Dalağın hasar görebileceğini, yeni bir ülserin gelişebileceğini, hatta gastrektomi gerekebileceğini ve de dikişin erken rezorbsiyonu sonucu karın-içinde kanama olabileceğini açıklamamıştır.

Mahkeme: doktoru, hastasını aydınlatmada gösterdiği özensizlikten dolayı ve hastalarına karşı yükümlü olduğu "açıklama görevini" yerine getirmemekle suçlamıştır. Bu açıklama ihlali, doktorun sorumlu tutulması için yeterliydi. Çünkü Dr.Grant, hastasının aydınlatılmış olarak onam verme hakkını kısıtlamıştır. Doktorun sağduyusunun (kötü riskleri açıklamaktan çekinmek gibi), hastanın kendi tedavisi hakkında aydınlatılmış karar verme hakkı (temel hakkı) ile uzlaştırılmayacağına, doktorun önerilen işlemin ölüm riski dahil, ciddi tehlikelerini açıklamakla yükümlü olduğuna ve hastanın karar sürecine etkin bir şekilde katılabilmesinin, ancak yeterli bilgiyi almakla mümkün olabileceğine karar verilmiştir (18) .

2.1.3.6.2.Canterbury-Spence Davası

Hastasına spinal cerrahinin riskleri konusunda yeterli açıklama yapmamış olan cerrah Spence hakkındaki davada mahkeme, hangi bilgilerin hastalara verilmesi gerektiği konusundaki endişeleri gideren şu kararı aldı. Alınan karara göre; doktor, hastayı mantıklı bir insanın bilmek isteyeceği tüm bilgiler doğrultusunda aydınlatmalıydı(16,18) .

Tüm bu ve benzeri davalar aydınlatılmış onam öğretisini biçimlendirmeye başlamıştı. Standartlar gerekiyordu. Bunun üzerine Kasım 1972'de Amerikan Hastane Birliği, "Hasta Hakları Bildirgesi"ni yayınladı. Bu bildirgenin 2. ve 3. maddesindeki "hasta, tanısı, tedavisi ve prognozu ile ilgili doğru ve eksiksiz bilgiyi alma, bilgiyi anlamış olma ve makul karar vermesine olanak sağlanmasını bekleme hakkına sahiptir" ibaresi onamın hayata geçirilmesini kolaylaştırmıştır (14,23) .

2.1.3.7.Nazi Doktorlarına Karşı Açılan Davalar

II. Dünya Savaşı'nda Nazi toplama kamplarında savaş tutsakları üzerinde insanlık dışı deneyler yapan doktorlar, 1947'de Nuremberg Mahkemeleri'nde yargılanmışlardır. Deneklerin onamı alınmaksızın yapılan bu zalim deneyler, mahkemeyi; aydınlatılmış onamın kurallarını, ilkelerini belirlemeye zorlamıştır. Duruşmalarda alınan kararlar, belirlenmiş olan şu ilkelere dayandırılmıştır: a) Hekim aydınlatma ödevine sahiptir, b) Aydınlatma ödevinin kapsamı, müdahalenin tipik tehlikelerini açıklamayı içerir, c) Aydınlatma ödevinin kapsamı bir hukuk sorunudur ve bunu belirleme yetkisi hekime verilmemelidir, d) Aydınlatmadan dolayı hastanın zarar göreceği görüşü sadece bazı durumlar için geçerli sayılabilecektir(24) . Belirlenen bu ilkeler, 1949 Nuremberg Kodu olarak isimlendirilmiş, böylece insanlar üzerindeki deneylerde deneğin aydınlatılmış onamının elde edilmesi, bir kurala bağlanmıştır(23) .

İnsan Hakları Bildirgeleri (1948), Dünya Tıp Birliği (WMA-World Medical Association)'nin pek çok bildirgesi; Uluslararası Tıp Etiği Kodları (1949), Cenevre (1948), Nuremberg Kodu (1949), Helsinki (1964), Tokyo (1975), Hawaii (1977) ve Lizbon (1977) Bildirgeleri (23,24,21) ile kuralları, koşulları belirlenmiş olan aydınlatılmış onam, evrensel boyuta getirilmiştir(4) .

2.1.4.Ülkemizdeki Durum

20. yüzyılın başlarındaki bu gelişmelerin Türk Hukukunu da etkilediğini bildiren Özsunay, hastanın bedenine yapılacak her bir müdahaleyi öğrenme hakkına sahip olduğunu ve bu kişilik hakkının anayasa ile koruma altına alınmış olduğunu açıklamaktadır(24) .

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 11.4.1928 tarihli ve 1219 sayılı kanunun 70. Maddesi "...yapacakları ve her türlü ameliye için hastanın, küçük ya da vesayat altında ise veli veya vasiyesinden muvafakiyetini alırlar. Büyük cerrahi mücadeleler için bu muvafakatin yazılı olması gerekir" demektedir(25) . Hekimin aydınlatma ödevi ile ilgili diğer bir hüküm ise, 13.1.1960 tarihli ve 4/12578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul edilen Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 14. Maddesinde yer almaktadır: "...hasta üzerinde fena tesir yaparak hastalığın artmasına neden olmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken önlemler hastaya açıkça söylenmelidir"(10,25) .

Ülkemizde bu güne kadar malpraktis konusunda açılmış, sonuçlanmış ve hala devam etmekte olan birçok dava vardır. Ancak tarihi sürece bakıldığında, bu konu ile ilgili ilk dava, Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 7.3.1977 tarihli ve 6297/2541 sayılı kararıyla sonuca bağlanmıştır. Bu kararda, hekimin salt aydınlatma görevi üzerinde durulmuş, ancak hekimliğin bu göreve getirdiği sınırlar ve ayrıntılar üzerinde durulmamıştır. Dava; acil olarak ambulansla doğumevine getirilmiş olan hastaya davalı kadın-doğum uzmanı tarafından rektal tuşe yapılmış, tuşe sırasında hekimin başparmağının himene basması hastanın anüler olan kızlık zarının yırtılmasına yol açmıştır(21,25) . Yargıtay'ın aldığı karara göre; muayenenin olası sonuçları, riski davacıya açıkça bildirilmeliydi. Çünkü bu tür muayenelerde bazen kızlık zarının zarar görebileceği Adli Tabiplik raporunda belirtilmekteydi. Davalı hekim aydınlatma görevini uygun olarak yerine getirdiğini kanıtlayamadığı için, aydınlatma ödevini yerine getirmemekten dolayı sorumlu tutulmuştur(25,26) .

2.1.4.1. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği

Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı

Madde 15 - Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenebilir(17,27) .

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir(26,27).

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz(26,27).

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz. Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan

birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır(26,27).

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz(26,27).

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır(26,27).

Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir(17,27) .

2.1.4.2. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Aydınlatılmış Onam

Madde.26 - Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın

önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.

Yapılacak aydınlatma hastanın toplumsal ve ruhsal durumuna uygun olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin onay ya da red kararının kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir(17,27) .

2.2 Anksiyete

Anksiyete kelimesinin sözlük anlamı iç sıkıntısı, endişe, korku veya kuruntunun yarattığı psişik gerilimle belirgin huzursuzluk halidir(28) . Rubin ise anksiyeteyi yoğun, tam formüle edilemeyen bir huzursuzluk, genellikle iç organlarda fizyolojik düzensizliğe neden olan ciddi düzeyde bir endişe olarak tanımlamıştır(29) .

Anksiyete terimi Latince kökenli bir kelime olan “anxious”tan gelmektedir ve Latince kaygı ve üzüntü hali olarak tanımlanır. Anksiyöz kelimesinin kökü olan “anx” yine Latince bir kelime olan angere’den gelir ve bu da nefesi kesilmek, boğulmak anlamına gelir. Anxious terimi de buna istinaden anksiyöz kişilerin sıklıkla tecrübe ettikleri boğulma benzeri nefessiz kalma hissini anlatır(30) . Türkçe’de bu kavramı karşılamak için bunaltı, daralma, sıkıntı ve sıklıkla “kaygı” sözcüğü kullanılmıştır. Fakat kaygı genellikle bir duruma veya kişiye karşı duyulan merak, tasalanma, endişe duygusu olup, bir annenin çocuğunun başarısı konusundaki kaygısı gibi normal bir durumu belirtir. Klinik olarak şiddetli ve normal olmayan endişe durumunu ifade etmekte ise yetersiz kalır. Bu nedenle bunaltı veya anksiyete sözcüklerinin kullanılması daha yerinde olacaktır(31,32) .

Anksiyete hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Asıl amacı, yaşamın sürdürülmesini ve uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygunun yardımıyla, bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyarlardan sakınma, onlarla başa çıkma, onlara karşı koyma, ya da gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar gösterilebilir. Özetle, insan yaşamının sürdürülebilmesi için, tüm bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle var olması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı ve normal olan bu duygunun yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemeye başlar. İşte bu noktadan sonra anksiyete, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu özelliğini kazanır(33) .

Anksiyete, otonom sinir sisteminin fazla çalışmasına bağlı somatik belirtilere eşlik eden, korku hissi ile birlikte gözlenen patolojik bir durum olarak ifade edilir (34) . Kişi anksiyeteyi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif

tedirginlik ve gerginlik duygusundan başlayarak, panik derecesine kadar varabilen yoğunluklarda olabilir. Ağır seyrettiği durumlarda kişinin benliği bu durumu en güçlü fiziksel ağrılardan bile daha rahatsız edici olarak algılayabilir. Ayrıca organizma anksiyeteyi nedeni bilinmeyen bir tehlike şeklinde algıladığı için doğal savunma mekanizması olarak otonom sinir sistemi uyarılır ve buna bağlı kan basıncının yükselmesi, nabızın yükselmesi, kaslarda tonus artışı, terleme vb. fizyolojik belirtiler görülür(32) .

Sözlü sınava giren öğrencinin hafızasının bomboş olduğunu hissetmesi, bir tıp öğrencisinin katıldığı ilk ameliyatta bayılması veya diş çekimi sırasında hastanın kendini kötü hissetmesi anksiyete sonucu gelişen durumlardır. Anksiyetenin paradoksal tarafı kişinin en çok korktuğu ya da nefret ettiği şeyin istemeden başına geliyor olması, sanki korktukça olma olasılığının artmasıdır. Anksiyetede bir refleksmiş gibi bir anda beliriveren ve bir imge veya otomatik düşünce biçimini alan bilişsel bir süreç söz konusudur. Bu süreç makul görünen bir uyararla birlikte başlar ve bir anksiyete dalgası tarafından izlenir(30) .

Anksiyete konusundaki epidemiyolojik çalışmalarda oldukça farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bunun en önemli nedenleri dayanak alınan tanı ölçütlerinin farklı olması, kullanılan ölçek ya da envanterlerin farklılığı, örneklem sayılarının küçük olması ve görüşmecilerin farklı mesleklerden olmasıdır(35) . Anksiyete bozuklukları toplumda sıklıkla karşılaşılmakta ve yaşam boyu yaygınlığının %13.6 ile %28.8 arasında olduğu bildirilmektedir. Anksiyete bozuklukları genellikle erken yaşlarda başlar; ortaya çıkma açısından en riskli dönem 10-25 yaş arasındadır. Olguların %80-90'unda belirtiler 35 yaşından önce ortaya çıkar. Toplumda en sık görülen anksiyete bozuklukları özgül fobilerdir, bunu sosyal fobiler izler, en az rastlanan ise obsesif-kompulsif bozukluktur(32) . Tüm anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Ailesel bir geçiş söz konusudur. Genetik geçişin otozomal dominant bir genle olduğu ileri sürülmektedir(35,36) .

2.2.1. Anksiyete Bozukluklarının Belirtileri

Anksiyete bozukluklarının tek bir bozukluktan ziyade, birbiriyle ilişkili birçok durumdan oluşması sebebiyle, belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Ancak çoğu insanın tehdit edici bulmadığı durumlarda hissedilen devamlı ve şiddetli korku ya da endişe bütün anksiyete bozukluklarında ortak olan önemli bir semptomdur(37-39) .

Anksiyete çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine kadar varabilen yoğunluklarda olabilir(40) . Anksiyetenin belirti ve bulguları, psikolojik, somatik ve fiziksel olmak üzere üç başlık altında sıralanabilir(33) .

Psikolojik belirtiler: Kuruntu, kaygı, korku ve kötü bir şeyler olacaktı endişesi, panik ve yok olma duygusu, aşırı uyanıklık, gerçekdışılık, yorgunluk, bitkinlik, uykusuzluk, kazalara eğilim, konsantre olmada güçlütür.

Somatik yakınmalar: Baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı ve göğüs ağrısı, mide sıkıntısı ve diyare, sık idrar yapma, boğazda düğümleme hissi, motor gerginlik ve huzursuzluk, nefes darlığı, pareteziler, ağız kuruluğudur.

Fiziksel bulgular: Terleme, soğuk ve nemli deri, taşikardi ve aritmi, yüzde kızarıklık ve solgunluk, reflekslerde canlılık, titreme, kolay ürkme ve hiperaktivitedir.

Anksiyete bulgularının nedeni kardiyovasküler hastalıklar, pulmoner bozukluklar, endokrin sistem ve metabolizma bozuklukları, tümörler, nörolojik bozukluklar, enfeksiyonlar ve ilaçla ilgili bozukluklar gibi bazı organik hastalıklar da olabilir(33) .

2.2.2. Anksiyete ve Korku İlişkisi

Korku, sözlük anlamı olarak “herhangi bir gerçeklik ya da belirli bir tehlike karşısında sıklıkla duyulan kaygı verici önsezi” olarak tanımlanır(30) . Bu da olayın henüz gerçekleşmediğine, gerçekleşme ihtimaline karşı kişinin endişe içinde olduğuna (kaygı verici önsezi) işaret eder. Belirli bir durumda gerçek veya potansiyel bir tehlikenin varlığına dair kişinin yaptığı bir tahmin ya da değerlendirmeyi gösterir. Kişi bir şeyden korktuğu zaman genellikle o anda var olmayan ama gelecekte olma ihtimali olan bazı durumları kastediyor demektir. Bu bakımdan korku ‘gizil’ bir

niteliğe sahiptir. Korku tehdit olarak kabul edilen durumlarda fiziksel veya psikolojik olarak harekete geçer ve kişi anksiyete haliyle karşı karşıya kalır. Korku tehlikenin derecesini belirleyen şey iken; anksiyete sıklıkla terleme, çarpıntı, yüksek nabız gibi fiziksel belirtilerin eşlik ettiği gerginlik arz eden duygusal bir durumdur. Korku tehdit edici bir uyarana karşı zihinsel bir değerlendirmeyi içerirken, anksiyete bu değerlendirmeye verilen duygusal tepkiyi ifade eder. Anksiyete ve korku, anksiyete duygusal bir süreçken, korkunun bilişsel bir süreç olması ile birbirinden ayrılır (30,31) .

Bu durumda varoluşçu yaklaşımla bakılacak olursa korku, kişinin varlığının dışında, onun dış yüzeyine yönelen bir tehlikeye karşı tepki, anksiyete ise kişinin doğrudan doğruya varoluşuna, özüne karşı bir tehdidin algısıdır. Dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı verilen bir tepki olan korku; benliğe, varlığa yönelik bir tehlike olarak algılanan durumlarda kaçma davranışını başlatır. Tehlike yalnızca dışarıdan gelmez, insan kendi içindeki dürtülerden, eğilimlerden, geçmiş yaşamın anılarından da korkabilir. Bilinçli tehlikeye karşı duyulan tepki korku; bilinçdışı olan, nesnesi kişice tanınmayan, içten gelen tehlikelere karşı duyulan tepki ise anksiyetedir(32) .

Korkuyu gerçekçi veya gerçek dışı olarak nitelendirebiliriz. Eğer duygusal bir temele, mantıksal bir çıkarıma ve objektif bir gözleme dayanıyorsa gerçekçi demektir. Eğer temelsiz bir varsayıma ya da hatalı bir çıkarıma dayanıyor ve gözlemlenemiyorsa gerçek dışıdır. Korkunun tersine anksiyete, gerçekçi veya gerçekdışı olarak nitelendirilemez. Çünkü korkuda olduğu gibi gerçeğin değerlendirildiği bir süreci değil, hissi bir tepkiyi gösterir(30) .

2.2.3. Anksiyete ve Fobi

Fobi kelimesi, düşmanları üzerinde korku yaratan Yunan tanrısı 'Phobos'tan gelmektedir ve Yunanca kaçış anlamına gelen 'phobos'tan türetilmiştir. Hipokrat bu konudaki ilk klinik tanımlamayı yaparken, gece karanlığından korkanlar ve kedi fobisi olanlar olmak üzere iki fobik kişilikten bahseder. Fobilerle ilgili filozoflar tarafından on üçüncü yüzyılda yazılan ve tıbbi olmayan bir metinde ise iblis ve Tanrı fobisinden söz edilmektedir. Fobi terimi psikiyatri literatüründe ise 19. yy'da girmiştir. Fobi,

herhangi bir uyarana karşı duyulan ısrarlı, aşırı ve anlamsız korkudur. Fobi spesifik bir korkuya işaret ederek, korku verici bir durumdan sakınma konusunda duyulan şiddetli bir istek ve beraberinde anksiyete belirtilerinin görülmesi ile karakterize edilir. Fobiye neden olan uyarın, bir durum ya da ortam (kalabalık, taşıt içinde seyahat, kapalı mekânlar v.b.), bir nesne veya canlı (böcek, silah, iğne v.b.) veya doğal bir yaşantı ya da olay (karanlık, şimşek çakması v.b.) olabilir. Böyle bir durumla karşılaştığında kişi, söz konusu olayın o an için geçerli sonuçlarından korkmaktadır (düşmek, havasızlıktan boğulmak v.b.). bir fobinin en önemli niteliği, kişinin aslında güvenli görünen bir durumu yüksek risk taşıyan bir durummuş gibi değerlendirmesidir(30,35) .

2.2.4.Anksiyete ve Panik

Panik kelimesinin ilk kullanımı 17. yy'ın başlarına kadar uzanır ve kaynağını Yunan tanrısı Panikos'tan alır. Panik 'güvenliği sağlamak için gittikçe artan ve telaşla yapılan kimi teşebbüslerin eşlik ettiği ani, çok güçlü korku' olarak tanımlanır. Panik, fizyolojik, motor ve bilişsel semptomların eşlik ettiği yoğun ve akut seyreden bir anksiyete halidir. Hızlı nabız, soğuk ve aşırı terleme gibi semptomlar anksiyetede paniğe göre daha şiddetli seyreder. Panik halinde kişide yaklaşan felaket hissi, tavırlarda genel bir çekingenlik ve söz konusu durumdan kaçıp kurtulma isteği görülür(30) .

2.2.5.Anksiyetenin Kökeni ve Gelişmesi

Her insan, yaşamının ilk dönemlerinden itibaren başkalarının bakımına muhtaçtır ve bakımın gecikmesi veya sağlanamaması durumunda, acı ve gerginlik hissi oluşur. Bebeğin aç kalması veya doyurulmasının geciktirilmesi gibi, temel gereksinimlerinden yoksun bırakılması, yani organizmanın üstesinden gelebileceğinden çok uyarınla karşılaşması anksiyetenin temelini oluşturabilmektedir. Organizma bu açlık dürtüsüyle şiddetli olarak uyarılır ve tüm bedeni etkileyen çarpınma, ağlama gibi tepkiler verir. Organizmanın acı ve gerginlik içinde bulunduğu bu durum birincil anksiyete (primary anxiety) olarak ifade edilir.

Benliğin etkin olarak bunda rolü yoktur ve bu davranış yaşamın daha sonraki dönemlerinde gözlenen anksiyetik davranışların en ilkel biçimidir.

Çocuk büyüdükçe gerginliğe karşı dayanıklılık kazanır. Benlik, uyum ve tepki arasındaki süreyi uzatarak, birincil bunaltıyı yumuşatıp, kendi amaçları için kullanmayı öğrenir. Böylece bunaltının neden ve ne zaman ortaya çıkacağı tahmin edilmeye başlanır. Bu benlik gelişiminin en önemli aşamalarından biridir. Bunaltının önceden sezilen, beklenen bu türüne ön sezme bunaltısı (anticipation anxiety) denir. Bellek tarafından etkin olarak yaratılır fakat kökeni birincil bunaltıya dayanır. Ön sezme bunaltısı yinelenerek yaşandığında benlik bunu iç tehlikelere karşı bir işaret olarak kullanır (signal anxiety). Anksiyete beklentisiyle, anksiyete daha düşük düzeyde yaşanır. Bu anlamda anksiyete benliğin uyum sağlanmasında koruyucu bir rol üstlenir ve bu yönüyle de korkuya benzer(32) .

Anksiyetenin hem öznel (psikolojik) hem de nesnel (somatik) belirtiler göstermesinden dolayı etiyojisi konusundaki tartışmalar da biyolojik ve psikofizyolojik modellerin geliştirilmesine neden olmuştur(31) .

2.2.6.Anksiyetenin Ruhsal Kökeni

2.2.6.1.Psikanalitik Görüş

1970'lerin ortalarına dek, anksiyete ve fobilerin oluş neden ve biçimleri daha çok Freud'un başlattığı psikanalitik kuramla açıklanıyordu. Bu kurama göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın ürünüdür. İç çatışma ve buna bağlı gelişen bunaltı kavramını anlayabilmek için ruhsal gelişimi gözden geçirmek gerekir. İnsanoğlu çocukluktan itibaren biyolojik ve ruhsal dürtülerini her istediği anda, yerde ve biçimde doyuramayacağını, beklemeyi ve kimi gereksinimlerden vazgeçmeyi öğrenir. Çocukluğun ilk yıllarında egemen olan haz ilkesi giderek yerini gerçeklik ilkesine bırakmasına rağmen gereksinim ve dürtülerimiz yok olmaz, davranışlarımızda etkili olurlar. Yaşam boyu kişi bir taraftan dürtülerine doyum ararken diğer yandan gerçeklere uyma zorunluluğu ve koşullara uygun biçimde dürtülerin doyumunu sağlama çabası vardır.

Freud, çaresizlik ve ezilmişliğin olduğu tecrübeleri anksiyete kuramında “travmatik durum” olarak ifade eder ve bunun prototipi olarak doğum travmasını gösterir. “tehlikeli durum” ise, bireyin travmanın tekrarlanacağını beklemesini ifade eder ve bu nedenle birey anksiyete denilen ego tepkisini başlatarak savunma mekanizmalarını harekete geçirir. Bu durumda anksiyete egoyu işgal eder, dönüşüm veya bastırma gerçekleşmeden doğrudan açığa çıkar.

2.2.6.2.Varoluşçu Görüş

Varoluşçu felsefeye göre bunaltı, kişinin varoluşunun yok edilebileceğini düşünmesi, durumu doğrudan doğruya varoluşuna, özüne bir tehdit olarak algılamasıdır. Varoluşçu yaklaşımın en faydalı yönü bireyin tanınabilmesinde her türlü ön bilgi ve önyargıdan bağımsız olarak, bireyin varoluşsal kaygılarının, bunaltılarının anlaşılmasına çalışılmasıdır(32) .

2.2.6.3.Davranışçı Görüş

Davranışçı görüşe göre anksiyete ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Hayvanlarda bu durumlar deneysel olarak yaratılabilmektedir. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi korku yaratmayan bir nesne ile karşılaşırken aynı zamanda ağırlı bir uyarana maruz bırakılırsa zamanla korkmadığı nesneden de kaçınma davranışı gösterir. İnsanda karmaşık öğrenme süreçleri ile bu korkular yerleşebilmektedir. Örneğin sürekli hastalık korkusu yaşanan bir ailede çocukta da öğrenme ile hastalık fobileri oluşabilir(32) .

2.2.6.4.Bilişsel Görüşler

Beck, anksiyete bozukluklarındaki birincil patoloji veya disfonksiyonun aklın kognitif kısmında olduğunu ifade etmektedir. Kişilerin uyum gösterme modlarında belirli bir denge vardır ve modlardan biri baskın olursa, mod uzun süre hiperaktif düzeyde kalır. Sonuçta otonom sinir sisteminde aşırı mobilizasyon ve gastrointestinal fonksiyon bozuklukları gibi semptomlar görülür. Kişi yanlış yorumlama, aşırı genelleştirme ve abartma gibi hatalar yapar. Anksiyete

bozukluklarında baskın mod tehlike (korku) modudur. Tehlikeler abartılır, genelleştirilir, tehlikeli olmayan şeyler tehlike gibi algılanır(35) .

2.2.6.4.1.Bilişsel Kaçınma Kuramı

Borkovic'in geliştirdiği bu kurama göre tasalanma bunaltıdan kaçınma yoludur. Duygusal olarak daha yüklü konulardan kaçınarak, bunların yerine daha az önemli konulara odaklanmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanır. Daha çok iç konuşma şeklinde, sözel olarak ifade edilmekte ve korkuyu sonlandırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle tasalanma daha derin duygusal kaygılar ya da olumsuz olaylarla ilgili kaygılı uyarılma veya felaket beklentisinden bir kaçınma çabasıdır. Kişi dikkatini bilişsel etkinliğe odaklayarak veya olumsuz duygulardan kaçınarak, duygularının farkındalığını azaltır. Böylece anksiyetenin sempatik etkinliği ve bedensel belirtileri tasalanma ile bastırılır(41,42) .

2.2.6.4.2.Üst Biliş Görüşü

Bu görüşe göre tasalanma, üst bilişsel düşünceler tarafından tetiklenen bir başa çıkma yöntemidir ve iki tip tasalanmadan bahseder(42) .

Birincisi günlük yaşamdaki tasalardır. Kişi bu tip tasalara kapılarak, olaylarla daha etkili başa çıkabileceği gibi olumlu bir üst bilişe sahiptir (örneğin tasalanırsam kötü şeyler olmaz, tasalanmak benim kötü şeylere hazırlıklı olmamı sağlar).

İkinci tip ise, tasalar üzerine tasalanmadır. Kişi tasalanmanın tehlikesi ve denetlenemezliği konusunda olumsuz düşünceler taşır (örneğin tasalarım benim aklımı kaçırmama yol açacak, tasalarım hiç dinmeyecek)

2.2.6.4.3.Belirsizliğe Dayanma Görüşü

Anksiyetede korkudan farklı olarak tedirginlik yaratan nesne belirsizdir ve asıl tehdit edici olan bu belirsizliktir. Kişide belirsiz durumlarda olumsuz bir olayın gerçekleşeceği beklentisi vardır. Bu görüşe göre yaygın anksiyete bozukluğunun dört bileşeni vardır(42,43) . Bunlar; Belirsizliğe dayanamama, tasalanma ile ilgili yanlış olumlu inançlar, sorun çözme becerisinin zayıflığı, bilişsel kaçınmadır.

2.2.6.4.4.Duygulanım Düzenlenmesinde Bozukluk Görüşü

Yaygın anksiyete bozukluğunda önerilen en yeni yaklaşımdır. Bu modele göre kişiler duygularını daha yoğun yaşar, daha zor tanır ve daha zor yönlendirirler. Duyguların bu denli yoğun yaşanması istenmeyen bir durumdur ve kişiyi duygularından kaçınmaya, onları denetlemeye, yok saymaya iter. Sonuçta yaygın anksiyete bozukluklarındaki tasalanma, duyguların denetlenme çabasına bağlı gelişen bilişsel bir süreçtir(41,42) .

2.2.6.4.5.Paniğin Bilişsel Kuramı

Anksiyetenin bedensel belirtilerinin şiddetli bir tehdit, bir felaket gibi yorumlanması ile panik nöbetleri ortaya çıkar. Örneğin kişiler kalp çarpıntısını, kalp krizi olarak yorumlar, bu durum belirtilerin şiddetlenmesi ve çeşitlenmesine (göğüste sıkışma gibi) neden olur. Bu yaklaşım hastanın geçirilen panik nöbetlerinin beklenen felaketle sonlanmadığının görülmesine karşın, neredeyse olacağı inancının yerleşmesi şeklinde ifade edilir(44) .

2.2.6.4.6.Öğrenme Koşullanma Kuramı

Anksiyete ve buna bağlı davranışlar çocuklukta veya sonrasında değişik koşullarda, çeşitli öğrenme yolları ve etkileri ile öğrenilerek giderek kişiliğe yerleşebilir. Birey tehlikesiz uyanları, nesnelere, olayları da tehlikeli olarak algılamayı, değerlendirmeyi; buna bağlı kaçınma davranışları geliştirmeyi öğrenir. Bunda organizmanın biyolojisi, psikolojik yatkınlığı, yaşamdaki olaylar, öğrenmenin biçimi, yoğunluğu, sürekliliği, yinelenmesi gibi faktörler rol oynar. Korku hem dış hem iç fizyolojik uyanlarla koşullanabilir. Dış veya iç fizyolojik uyanlarla korku koşullanması ortaya çıkınca, kişi bu uyanlarla ilişkili işaretlere de duyarlı ve uyanık olmaktadır(32,35) .

2.2.7.Çevresel Etkenler

Çocuklukta çocuğun kendine bakım veren kişiye güven duymamasıyla ilerideki yaşamındaki yaygın anksiyetenin bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Kendisine bakan kişiye güvenini yitiren çocuk, olası tehditlere karşı aşırı duyarlılaşır, hem kendisi hem de bakım veren için tasalanmaya başlar. Bu şekilde büyüyen çocuk, erişkin hayatında dünyanın tehlikeli bir yer olduğunu düşünür ve tasalanmayı etkili bir başa çıkma yöntemi olarak benimser. Ayrıca çocuklukta her türlü kötü muamele ve travmatik olaylar, yaşamdaki davranışları belirler ve her türlü psikopatoloji için kaynak oluşturur(42) .

2.2.8. Anksiyete Bozukluğu Tipleri

2.2.8.1.Panik Atağı

Panik atağı, psikolojik karmaşa ve bedensel duygularda değişikliklerle birlikte görülen şiddetli bir anksiyete patlamasıdır(29) . Atak birden başlar ve hızla doruk düzeyine ulaşır. Genellikle panik atağı, yakında bir tehlikenin doğacağı ya da kişinin sonunun geldiği duygusu ve kaçma dürtüsü izler(45) . Panik atağı sırasında hasta çarpıntı, terleme, titreme ya da sarsılma, nefes darlığı ya da boğulma hissi, soluğun kesilmesi, göğüs ağrısı, gerçekdışılaşma, kontrolünü kaybetme, çıldırma korkusu, pareteziler ve üşüme, ürperme ya da ateş basma gibi semptomlar yaşar(45). Panik atakları, panik bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, posttravmatik stres sendromu, akut stres bozukluğu gibi farklı anksiyete tipleri ile beraber gözlenebilir(45) .

2.2.8.2. Panik Bozukluğu

Yineleyen, beklenmedik panik ataklarından sonra en az bir ay süreyle başka bir panik atağı olacağına dair sürekli bir kaygı duyma, panik ataklarının yol açabileceği sonuçlarla ilgili olarak üzüntü duyma ya da belirgin bir davranış değişikliği göstermektir(45).

2.2.8.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

En az altı ay süreyle, hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik karşısında aşırı anksiyete ve üzüntü duymadır. Anksiyete ve üzüntüye, kolay yorulma, düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme, kas gerginliği ve uyku bozukluğu gibi semptomlar da eşlik eder(45).

2.2.8.4. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Bu bozukluk anlamsız olduğu düşünülen, hoşla gitmeyen fakat ısrarlı, tekrarlayıcı düşünceler, duygular, imgeler ya da dürtüler (obsesyonlar) ve hastanın anlamsız olduğunu düşündüğü, direnmeyi denediği tekrarlayıcı stereotipik davranışlar (kompulsiyonlar) ile karakterizedir(33) .

2.2.8.5. Posttravmatik Stres Bozukluğu

Kişinin doğrudan yaşadığı, aşırı travmatik bir stres kaynağının ardından özgül bir takım semptomların gelişmesidir(45).

2.2.8.6. Fobiler

Normal durumlarda bile ortaya çıkabilen, ısrarlı, mantık dışı korkulardır (33). Fobik anksiyete kendi içerisinde alt tiplere ayrılır.

Agorafobi: Bir panik atağı ya da benzeri semptomlar ortaya çıkarsa yardım sağlamanın ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde (köprü, taşıt, tüneller, asansör vb.) ya da durumlarda (evde veya odada tek başına kalma gibi) bulunmaktan dolayı anksiyete duymadır. Bu anksiyete çeşitli durumlardan yaygın bir biçimde kaçınmaya yol açar(33,45).

Sosyal fobi: Hastalar sosyal ya da halkla açık durumlarda kendilerini küçük düşürecek ya da zor durumda bırakacak bir davranışta bulunabilecekleri konusunda ısrarlı ve mantık dışı bir korku duyarlar(33) .

Özgül fobi: Açıkça görülen, çerçevesi belirli nesne ya da durumlardan belirgin ve sürekli bir korku duymadır. Korkuya neden olan etkenler herhangi bir hayvan ya da bir doğa olayı ile karşılaşmak, kan ya da yara görmek, tünel, asansör gibi belli bir yerde bulunmak vb. olabilir. Fobik uyararla karşılaşma düşüncesi önemli düzeyde anksiyeteye neden olur(29) . Karşılaşma sırasında yaşanan anksiyete tepkisi bir panik atağı biçimini alabilir. Bazen korkuyla katlanılsa da çoğu zaman fobik uyarandan kaçınılır.

Özgül fobiler diğer birçok anksiyete bozukluklarından ara dönemlerdeki anksiyete düzeyleri ile ayırt edilebilir. Özgül fobisi olanlar yaygın bir anksiyete göstermezler; çünkü korkuları özgül, çerçevesi belirli nesne ya da durumlarla sınırlıdır. Bununla birlikte, fobik uyararla karşılaşma olasılığının arttığı durumlarda yaygın anksiyöz bir beklenti ortaya çıkabilir(45).

2.3.Dental Anksiyete Kavramı

2.3.1.Dental Anksiyetenin Tanımı

Dental anksiyete, diş tedavisi nedeniyle gelişen genel korku ve endişe duygusudur. Genel anksiyeteye göre daha spesifik karakterdedir; strese verilen yanıt diş tedavisi ile ilgili durumun özelliğine göre değişir(46) .

Weiner'a göre diş tedavisinden korku, bir "beklenti anksiyetesi" olarak değerlendirilebilir. Bekleme sırasında, tedavinin gerçekleştiği ana göre daha fazla anksiyete duyulduğu göz önüne alınırsa Weiner'in görüşü kabul edilebilir. Gerçekten de, spesifik fobilerin tanı kriterlerinden biri beklerken duyulan aşırı düzeydeki anksiyetedir ve bekleme sırasında duyulan nedensiz anksiyete diş hekiminden kaçma davranışının en önemli bileşenleri arasındadır(47) .

Farklı çalışmaların sonuçları dental anksiyetenin korkudan izole edilemeyeceği görüşünde birleşmektedir(48) . Dental anksiyete gelişiminde nedeni bilinmeyen korkularla, daha önceki rahatsızlık karşısında duyulmuş olan korkular birlikte rol oynamaktadır(49) . Diş hekimi korkusu, çeşitli kompleks emosyonel kalıplara bağlı olarak gelişen bir dizi anksiyetenin karışımıdır. Bu korkunun temelinde ağrı korkusunun yanı sıra, başka birisi tarafından cezalandırılma korkusu veya dişini yitirme kaygısı; ki dişin kaybı kişinin kendi bedeni ile ilgili imajını değiştirebilir, bedensel bütünlüğünü bozabilir, v.b. başka korkular yatabilir(50) .

Dental fobisi olan bireyleri, diş tedavisinden korkan bireylerden ayıran en önemli nokta bu kişilerin diş hekimine asla gitmemeleridir(51) . Diş tedavisinden korkan bir kişi zorlanarak da olsa diş hekimine gidebilir(29) . Fakat fobik kişinin korkusu o denli fazladır ki, kişi diş hekimliğine karşı mantıksız bir tutum takınmıştır(51,52) . Gerçek fobik kişileri diş hekimi muayenehanesine getirmek mümkün değildir3. Bu durumda da fobi sadece kötü bir ağız sağlığına değil, ayrıca utanç ve aşâğılık duygusuna da neden olur(52) .

2.3.2.Dental Anksiyete Karşısında Verilen Yanıt

Dental korku ve anksiyete karşısında gösterilen yanıt üç aşamadan oluşur. Bunlardan ilki entelektüel düzeyde olan yanıttır. Yanıtın bu aşamasında hasta sonunda elde edeceği yararı göz önünde bulundurarak zorluklarla karşılaşmaya ve bunları kabul etmeye hazırdır. İkinci olarak psikolojik ve fizyolojik belirtilerin öne çıktığı duygusal yanıt aşaması gelir. Bu aşamada hasta ya şiddete başvurmaya yol açabilecek kadar aşırı öfke veya panik ya da dehşete kadar varabilen ve durumdan kaçmaya neden olan düzeyde korku duyar. Sonuç olarak yanıtın duygusal aşaması, mücadele etme veya kaçma şeklindeki çatışmalardan oluşur. Bu mücadele veya kaçmaya yol açan korku yanıtı algılanan tehdit veya tehlikeye karşı ani bir savunma reaksiyonudur. Yanıtın üçüncü aşaması "hedonic"tir (zevke düşkünlük). Hastalar sadece kendileriyle ilgilidir. Tedavinin sonuçları onları ilgilendirmez. Rahatsızlık veren tedavi şekillerini reddederler(29) .

Dental fobisi ya da diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda bu aşamalar gerek düzey, gerekse şekil bakımından normal hastalardan önemli farklılıklar gösterir. Bu tip hastalar entelektüel aşamada mantıksız bir tutum içerisindedirler, genellikle mantıksızlıklarının farkındadırlar, fakat bunu değiştiremezler. Sadece ağrı artık öncelikli bir duruma geçebilecek kadar çok arttığında hekime gelirler. Ağrı o kadar yüksektir ki, hasta korkusunu bir süre için unuttur, kendisini baskılar. Ciddi düzeydeki nevrotik hastalar bile ağrının neden olduğu bu fiziksel yetersizlik durumunda normal bir hasta gibi davranabilirler(29) .

Psikiyatrik bozuklukları olan hastalar da normal hastalar gibi duygusal aşamada dış tedavisi nedeniyle iç çatışmalar yaşarlar, fakat bu çatışmalar çözülmeyen kalır. Hasta bu çatışmaları çözmek için veya kabul etmek veya karşı koymak gibi bir çaba göstermez. Bir gerilme ya da çatışma durumu devam eder. Bu çatışmaları çözebilme yeteneğinin olmaması dental tedavi ile ilgili olmayan bir nedenden kaynaklanır. Bu hastalar duygusal aşamada korkuya karşı oral-motor problemler, regresyon, histerik reaksiyonlar v.b. gibi farklı yanıtlar verirler(29) .

2.3.3.Dental Anksiyete Belirtileri

Korku ve anksiyeteye verilen normal ve anormal yanıtlar değerlendirildiğinde, hastaların diş hekimi muayenehanesinde gösterdikleri anksiyete belirtilerinin tanınması son derece önemlidir. Anksiyetenin genel tanımında açıklanmış olan bulgu ve belirtiler dental anksiyetede de gözlenir. Bununla birlikte dental anksiyetenin kendine özgü bulgu ve belirtileri de vardır(53) . Firestein, dental anksiyetenin kendine özgü bulgu ve belirtilerini randevu alma sırasında ve muayenehanede olmak üzere ikiye ayırarak değerlendirmiştir(50) . Anksiyetesi olan hastalar genellikle diş hekiminden randevu almayı sürekli olarak ertelerler. Hatta bir kez randevu aldıktan sonra bile, bu randevunun zamanını defalarca değiştirebilirler. Hastalar bu davranışlarını rasyonalize ederler. Onlara göre randevu her zaman için önemli bir engel nedeniyle ertelenmiştir(50,54) .

Hastaların muayenehanede gösterdikleri ilk ve en önemli anksiyete belirtisi nefes almadaki değişikliklerdir(29) . Soluklar düzensizleşir, iç çekme ve sığ nefes alma olabilir. İkinci belirti dişlerin ve çenenin sıkılması, kaslarda gerginlik ve ekstremitelerde sertliktir. Üçüncü olarak normalde konuşkan olan birisi aniden sessizleşir veya sakin bir kişi çok konuşmaya başlar. Böylece hasta-hekim ilişkisinde ani bir değişiklik olur. Dördüncü olarak tedavinin hemen her aşamasında sık sık tükürme veya ağız çalkalama, hekimin kolunu tutarak çalışmasını durdurma, koltukta rahat oturamama gibi rahatsızlık ve huzursuzluk belirtileri gözlenir. Son ve en şiddetli durum ise panik atak veya bayılmadır(29,50,54) .

Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta, bazı hastaların hiçbir anksiyete belirtisi göstermedikleri halde yüksek düzeyde anksiyete duyabilmeleri, diş tedavisini gayet rahat tolere ediyor gibi görünüp, bir panik yaşamalarıdır(50) .

2.3.4.Dental Anksiyete Epidemiyolojisi

Bu güne dek uygulanmış olan çalışmalar arasında gerek kullanılan ölçekler, gerekse anksiyete düzeyi ile ilgili tanımlar bakımından önemli farklılıklar bulunması dental anksiyete epidemiyolojisinin tam olarak tanımlanmasını engellemektedir(55)

. Bununla birlikte çalışmaların değerlendirilmesi dental anksiyetenin dağılımı ve demografik özellikleri hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır.(53)

2.3.4.1.Dental Anksiyete Prevalansı

Dental korku, en sık bildirilen ve klinik açıdan da önem taşıyan korku ve fobiler arasında yer alır(56) . Argas ve ark., dental korku ve fobi prevalansının %19.8 olduğunu ve bu değerin uçak korkusu prevalansı kadar yüksek olduğunu ve bu korku türünün en çok korkulan 40 durum arasında dördüncü veya beşinci sırada yer aldığını bildirmişlerdir(57) .

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılmış olan çalışmalarda benzer prevalans değerleri bildirilmiştir. İsveç'te popülasyonun yaklaşık olarak yarısının dental tedaviyi tedirginlik verici olarak değerlendirdiği(58) , aynı ülkenin Göteborg şehrinde yüksek düzeyde dental anksiyete prevalansının %5.4-6.7 arasında yer aldığı belirlenmiştir(45) . İzlanda'da herhangi bir düzeydeki dental korku prevalansı %29, ekstrem düzeyde korku prevalansı ise %5'dir(57) . Avusturalya'da 13 yaş ve üzeri bireylerin %15inin dental anksiyetesi olduğu bildirilmiştir(59) . 16 yaşından büyük Danimarkalı yetişkinlerden oluşan randomize bir örnekleme %40 oranında bireyin herhangi bir düzeyde, %4 oranında bireyin de yüksek düzeyde dental anksiyete duyduğu belirlenmiştir(55) .

Sonuç olarak yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda ekstrem veya aşırı düzeyde dental anksiyete prevalansı %5-22 arasında bildirilmektedir(47,55,57) . Herhangi bir düzeydeki anksiyete oranı ise %50'ye kadar ulaşmaktadır(55) .

2.3.4.2.Dental Anksiyetenin Demografik Özellikleri

1. Cinsiyet

Çok sayıda çalışmada kadınların anksiyete düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir(46,55,57-64) . Bununla birlikte, kadınların daha yüksek skorlar almasının daha fazla korktukları anlamına gelmeyebileceği, kadınların duygularını ifade etmeye erkeklere göre daha hazır olmalarının göz önünde tutulması gerektiği bildirilmiştir(57) .

2. Yaş

Her ne kadar bazı çalışmalarda yaş ve dental anksiyete arasında bir ilişki gözlenmemiş olsa da(65,66) , pek çok çalışmanın sonucuna göre anksiyete düzeyi yaşla birlikte azalmıştır(57,59,61) .

Künzelmann yaşın ilerlemesiyle birlikte korku düzeyinin düştüğünü bildirmiş, bunu çok sayıda diş hekimi ziyareti sonucunda artık duyarlılığın yitirilmesine veya diğer sağlık sorunlarının artması ile beraber diş hekimi korkusunun göreceli olarak önemini kaybetmesine bağlamıştır(62) .

3. Sosyal Sınıf, Eğitim ve Gelir Düzeyi

Bazı araştırmaların sonuçlarına göre dental anksiyete, düşük sosyal sınıflarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda daha yaygındır(57,59,66) . Buna karşın bazı araştırmalarda anksiyete düzeyi ile eğitim, gelir ve sosyal sınıf değişkenleri arasında bir ilişki gözlenmemiştir(59,61,67,68) .

İzlanda'da dental korkunun kırsal alanda daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Bunun diş hekimliği hizmetlerine ulaşım ve bu hizmetleri kullanma sıklığı bakımından var olan farklılıklara bağlanabileceği bildirilmiştir(57) .

2.3.4.3.Dental Anksiyete Etiyolojisi

1920 ve 30'larda dental anksiyetenin en önemli nedeninin ağrı olduğu görüşü yaygın olarak kabul edilmiştir. Fakat lokal anestezi ve analjeziklerdeki gelişmelere rağmen, dental anksiyetenin gerek şiddetinde gerekse yaygınlığında herhangi bir azalma gözlenmemesi başka etiyolojik faktörlerin de söz konusu olabileceğini düşündürmüştür(50) . İlerleyen yıllarla birlikte elde edilen bilgi birikimi dental anksiyete etiyojisinin multifaktöriyel bir yapıda olduğunu göstermiştir. Lang'a göre bu multifaktöriyel yapı, psikolojik, verbal/bilişsel ve davranışsal reaksiyonlar olmak üzere üç yan sistemin kombinasyonundan oluşur; (56) . Ayrıca bu sistemler birbirinden bağımsız şekilde çevresel faktörlerden de etkilenmektedir(49,56) .

Bu kompleks ve multifaktöriyel etiyojisi nedeniyle dental anksiyete gelişimini inceleyen araştırmacılar sayısız problemle karşılaşmışlardır. Bireyler farklı

sosyoekonomik ve kültürel geçmişlere sahip oldukları için çocukken ve erken adolesan dönemde yaşadıkları dental deneyimler de farklılık göstermektedir. Bu nedenle de anksiyete gelişimine yol açan farklı faktörlerin kontrolü çok zordur(69) .

Multifaktöriyel olmasının yanı sıra dental anksiyete etiyojisinin bir diğer önemli özelliği dinamik yapısıdır. Diş hekimliğinde çok kısa süreler içerisinde önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Dental anksiyete etiyojisi veya nedenselliği de diş hekimliğindeki bu hızlı gelişmelerle birlikte seyreden bir değişim göstermektedir (49,50) .

Eli, dental anksiyetenin oluşmasında rol oynayan faktörleri direkt şartlanma, indirekt şartlanma ve kişiye bağlı faktörler olarak üç başlık altında toplamıştır(69) . Bunlar; direkt şartlanma, indirekt şartlanma ve kişiliğe bağlı nedenlerdir.

2.3.4.3.1.Direkt Şartlanma

Pek çok araştırmacıya göre diş hekimi korkusu öncelikle yaşanan olumsuz deneyimler sırasında öğrenilir (48,55,58,66,68,69) . Olumsuz deneyim, tedavi sırasında duyulan ağrı, diş hekiminin davranışları veya diğer hoş olmayan durumlar olabilir. Bu deneyim, korku veya anksiyete yanıtları için tetiği çeken bir başlangıç uyarını görevi görür(69) .

2.3.4.3.2.İndirekt Şartlanma

Bireyler diş tedavisi ile ilgili bilgilerini sadece kendi tecrübeleri ile edinmezler(64) . Korku ve anksiyete rol modelleri (aile, yaşlılar, toplum) gözlem, özdeşleşme veya telkin yoluyla öğrenilerek de kazanılabilir(69) .

2.3.4.3.3.Kişiliğe Bağlı Nedenler

Dental korku özellikle iki durumun varlığında gelişir: Şartlanma yoluyla öğrenilmiş korku veya dental korkunun başka korkularla birlikte olduğu genel anksiyete durumu(70) . Ragnarsson'a göre korku kazanılan bir duygu ise, çevrede olan negatif uyarılara karşı gelişen bir reaksiyon, doğuştan gelen bir duygu ise bir kişilik özelliği veya diğer korku ve fobilerle kombine genel korku sendromudur (57) .

2.3.4.3.4.Diğer Nedenler

1.Ağzın Psikolojik Önemi

Bireyin doğumundan itibaren oral kavitesi en önemli fonksiyonlarının gerçekleştiği yer olarak karşımıza çıkar. Bu fonksiyonlar kronolojik olarak değerlendirilirse ilk sırayı ağlama alır, ağlamayı emme ve dişlerin çıkması ile birlikte ısırma takip eder. Daha sonra, yeni doğan, parmağını keşfeder. Psikolog ve psikiyatlara göre parmak emme otoerotik aktivitedir. Vücudun bir bölümünü kullanarak zevk alan bebek iç gerginliğini anne yardımıyla değil, kendi kendine azaltır ki bu da bağımsızlık yolundaki ilk adımdır(50) .

Oral kavitenin vücudun bu denli önemli bir parçası olması diş hekimliği uygulamalarına da yansımaktadır. Bu perspektiften bakınca hekimin başlangıçta kendisine tamamen yabancı bir kişi olması hastanın durumunun güçlüğü ve diş tedavisi nedeniyle anksiyete duymasını açıklamaktadır(50) .

Ayrıca Freeman'a göre diş hekimi korkusu özellikle ağızla ilgili bir emosyonel bozukluk yaşamış olan, ağız psikolojik yapısında önemli bir rol oynayan bireylerde belirgindir(49) .

2.Kontrol Kaybı Duygusu

Tedavi sürecinin hekim tarafından yönetilmesi ve hastanın da hekimin direktiflerinde uymak zorunda oluşu pek çok kişinin kendisi ile ilgili olaylar üzerinde kontrol sahibi olmadığını düşünmesine ve bu nedenle anksiyete duymasına neden olmaktadır(71) .

3.Uygulanacak olan dental girişim hakkındaki belirsizlik

Pek çok hasta için ne olacağını ve bunun ne zaman olacağını bilmeme düşüncesi kontrol kaybı duygusu ile ilişkilidir ki bu da ekstrem düzeyde rahatsızlığa sebep olmaktadır(71) .

4.Sembolizasyon hipotezi

Freud'çu bir yaklaşıma dayanan bu hipoteze göre, dental anksiyetenin nedeni, dental tedavi etrafında odaklanan intrapsişik çatışmaların ortaya çıkartılmasıdır, örneğin: diş çekiminin hadım edilmeyi sembolize etmesi.

Sembolizasyon hipotezinin destekleyen klinik çalışmalara dayalı pek çok kanıt bulunmaktadır. Fakat bu hipotez klinik anlamda büyük önem taşımaktadır(50) .

2.4.Anksiyete Ölçekleri

Diş hekimine başvuran bireylerin dental korku ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olmasını ve hastanın korku ve anksiyetesinin azaltılmasına ilişkin bir takım önlemlerin alınmasını sağlayacaktır(56) . Bu nedenle hastaların anksiyete ve korku düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak hem klinik hem de bilimsel açıdan büyük önem taşımaktadır.

Bireylerin dental korku ve anksiyetesinin tüm boyutlarıyla ortaya konulup, değerlendirilebilmesi için çeşitli ölçekler mevcuttur. Bunlar güvenilir, kolay uygulanan çoğunlukla bireyin kendisinin okuyup cevapladığı anket formlarından oluşur. Dental tedavi öncesi bu skalaların doldurulmasının hastaların korku ve anksiyete seviyeleri üzerine olumsuz etkisi yoktur(72) .

20 yıldan uzun bir zamandır kişilerin bireysel olarak doldurdukları dental korku ve anksiyeteyi ölçen anket formları yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Bazı testler, pratik kullanıma uygun değildir, bazıları ise basit ve kullanımı kolayken, dental anksiyete ve korku fenomeninin tüm özelliklerini içermezler(73) .

Dental anksiyete ve fobiyi ölçmek için kullanılan ölçekler, dental anksiyetenin tüm bileşenlerini hesaba katmalı ve tüm düzeylerini kapsamalıdır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olmalıdır.

Kültür, dil ve diğer değişkenlerin, psikometrik skalaların geçerlik ve güvenilirliklerini etkiledikleri göz önüne alınmalı ve ölçeklerin topluma uyarlanmış yeni formları yeniden geçerli kılınmadan önce kullanılmamalıdır. Psikometrik bir araç olarak bir ölçeğin uygulanabilirliği, kontrol ve deney grubunu birbirinden ayırt edebilme gücü, temelde aynı fenomeni ölçmek için kullanılan diğer psikometrik araçlarla korelasyon derecesi veya işlemin başarısını değerlendirme kabiliyeti ile ölçülür(47,74) .

Schuurs ve ark. (74) yaptıkları bir çalışmada 6 farklı dental anksiyete ve korku ölçeğini karşılaştırdıklarında, bütün formları tam olarak bulguları değerlendirme konusunda yeterli bulmamışlar ve dental anksiyetenin ölçülmesinde birden çok skalaların kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Klinik çalışmalarda da verilerin

güvenilirliğini sağlamak için bir veya birden fazla ölçek kullanılarak dental anksiyete sonuçları değerlendirilmeye çalışılmaktadır(73) .

2.4.1.Dental Anksiyete ve Korkunun Değerlendirilmesinde Sıklıkla Kullanılan Ölçekler

Literatürde dental anksiyetenin değerlendirilmesinde en sık olarak kullanılan ölçekler şunlardır;

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

2.4.1.1.Dental Anksiyete Skalası (DAS: Dental Anxiety Scale)

1969 yılında Corah tarafından geliştirilmiş olan bu skala dental anksiyeteyi ölçmek için yaygınlıkla kullanılan bir ölçektir. Ölçek, hastaların çeşitli durumlardaki özgül tepkileri ile ilgili beş seçenekli toplam dört adet sorudan oluşur. Bu skalada hastalar sorulara kendilerine en yakın buldukları cevap seçeneğini işaretlemekte ve daha sonra cevaplara 1-5 arasında puanlar verilerek total puan hesaplanmaktadır. Likert tipi (cevaplara 1-5 puan verilen) bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Skalada toplamda 5-20 aralığında bir puan edilmektedir ve alınan puan arttıkça dental anksiyetenin şiddeti artmaktadır. 15 ve üzerindeki skorlar yüksek anksiyete düzeyini yansıtır(46,75) . Uygulanması kolay ve güvenilir bir metod olması nedeniyle sıklıkla kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Sevdaoğlu ve diğ.(76) tarafından yapılmıştır.

Skalanın Türkçe çevirisi aşağıda verilmiştir;

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

4. Dişlerinizi temizlemek için koltuğa oturuyorsunuz. Siz beklerken diş hekimi diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Rahat hissedirim
 - b. Biraz huzursuz hissedirim
 - c. Oldukça gergin hissedirim
 - d. Çok kaygılı hissedirim
 - e. O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi hissedirim

2.4.1.2.Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS:Modified Dental Anxiety Scale)

Dental Anksiyete Skalasına enjeksiyon ile ilgili kaygı düzeyinin de belirlenmesini sağlayan bir soru eklenerek oluşturulmuştur. DAS ile aynı şekilde puanlama yapılır. Toplam puan 5-25 arasında değişmektedir ve aynı şekilde alınan puan arttıkça dental anksiyetenin şiddeti artmaktadır. 19 ve üzeri değerler şiddetli anksiyeteyi belirtmektedir. Türkiyede yapılan iki çalışmada skalanın geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir(77,78) .

Skalanın Türkçe çevirisi aşağıda verilmiştir;

1. Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli

2. Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
3. Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz ?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
4. Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli
5. Üst arka dişinizin üstünde lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?
 - a. Endişesiz
 - b. Çok az endişeli
 - c. Az endişeli
 - d. Çok endişeli
 - e. Aşırı endişeli

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

Dental anksiyeteye spesifik bir ölçek olmamakla birlikte anksiyete araştırmalarında en sık kullanılan ölçeklerden biridir(47) . Spielberger ve diğ. 72

tarafından kişilerin genel anksiyete seviyelerini (STAI-T) ve belirli durumlara karşı anksiyete yanıtlarını (STAI-S) ölçmek için tasarlanmış bir skaladır. DAS ve STAI-S arasında 0.8 değerinde pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Bu da dental uygulamalarda iki ölçeğin de aynı fenomeni ölçtüğünü net olarak belirtir (47) . STAI-S için erkeklerde 50 ve üzeri çok yüksek anksiyeteyi, 41-49 arası değerler ise yüksek anksiyeteyi gösterir. Kadınlar için de 51 ve üzeri çok yüksek, 42-50 arası yüksek anksiyete değerleri olarak kabul edilmiştir. STAI-T için erkeklerde 53 ve üzeri değerler çok yüksek, 44-52 arası yüksek anksiyeteyi belirlemekte iken kadınlarda 55 ve üzeri skorlar çok yüksek, 45-54 arası değerler ise yüksek anksiyete skorları olarak kabul edilmektedir(79) . Geçerlik ve güvenirlik çalışması yaygın biçimde yapılmıştır(80) .

Türkçeye N.Öner ve A.Le Compte tarafından çevrilerek, geçerlik-güvenirliği gösterilmiştir(81) . Türkçe formu, Süreksiz/Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri'dir. 14 yaş ve üzeri yetişkin bireylere uygulanabilir. Envanterin, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini gösteren her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1. **Durumluluk Kaygı Ölçeği** : Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini yansıtır.
2. **Sürekli Kaygı Ölçeği** : bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini yansıtır.

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

Vizüel analog skalanın kullanımının başlangıcı 20. yüzyılın başlarına kadar uzanmasına rağmen (82,83) , dünya çapında kullanımı 1969'da Aitken ve Zealley'in çalışmalarıyla yaygınlaşmıştır(84,85) . Ürettikleri skalayı "pratik, güvenilir ve geçerli" ve "değişimin ölçümü için uygun" olarak tanımlamışlardır(84) . Subjektif bir durumu tanımlamak için kelimeler her zaman için yeterli olmayabilir ve dijital skala kullanan ölçüm metodları yanlış yönlendirme yapabilir. Bu nedenle, VAS, dijital ve sözlü anlatımla ölçülemeyecek durumların skorlandırılması için idealdir(85) .

Aitken'in makalelerinden beri, VAS psikolojik araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Tekniğin bariz Şekilde basit ve hastalar tarafından kolay adapte olunabilecek bir yöntem olması, sık ve tekrar kullanıma uygun olması, istatistiksel çalışmaya uygun sonuçlar vermesi araştırmacılar tarafından seçilmesinde etkili olmuştur(86-89) .

VAS tipik olarak 10 santimetrelik iki ucu kapalı bir çizgiden oluşur. Bu çizginin iki ucunda, ölçülmek istenen duygunun iki aşırı ucunu (rneğin Sıfır-Maksimum) betimleyen kelimeler bulunur. Hastalardan o anki duygusunun nerede olduğunu skalanın herhangi bir yerinde işaretlemesi istenir ve minimum (sıfır) ucundan uzaklığı hastanın skorunu vermektir(84,85) .

VAS hazırlanırken dikkat edilmesi gereken adımlar Scott ve Huskisson tarafından açıklanmıştır(90) ;

- Ölçülmek istenen duygu veya yanıt tanımlanmalı
- VAS'nın iki ucuna yazılacak sözcük öbekleri kısa ve kolay anlaşılabilir Şekilde seçilmeli
- lmden önce standardize edilmiş uygun bir soru cümlesi seçilmeli

Her ne kadar skalanın iki ucuna bitim cümleleri yazılması tavsiye edilse de, sonucun etkilenmemesi için orta noktayı belirleyecek herhangi bir işaret konulmamalıdır(85,90) .

VAS'nın vertikal yerine horizontal düzlemde olması tercih edilmelidir. Scott ve Huskisson yaptıkları çalışmada vertikal konumlandırılmış VAS ile yapılan ölçümlerde %7'lik bir hata payı hesaplamışlardır(90) .

VAS'in diğer anksiyete ölçekleri ile geçerlilik ve doğruluk çalışmaları yapılmış ve istatistiksel olarak benzer anlamlı sonuçlar elde edilmiştir(86,91,92) . Spielberger'in Durum-zellik Anksiyete leği ile yapılan karşılaştırmalarda belirgin bir korelasyon rapor edilmiştir(91) .

2.4.1.5. Dental Korku Skalası (DFS:Dental Fear Scale)

Kleinknecht tarafından 1973 yılında geliştirilmiş olan ve dental korkunun farklı boyutlarda incelenmesini sağlayan bir skaladır. Bu skala, diş hekimine gitmekten kaçınma, korkunun somatik semptomları ve diş hekimliği pratiğindeki

çeşitli uygulamalara karşı duyulan korku düzeyini inceleyen Likert-tipi (cevaplara 1-5 arasında puan verilen) bir skaladır(68) . Türk popülasyonunda yapılan bir çalışmada skalanın geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır(93) .

2.4.1.6. Dental Anksiyete Sorusu (DAQ:Dental Anxiety Question)

'Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz?' sorusundan oluşan ve bu soruya cevap olarak da 'hayır', 'çok az', 'evet biraz' ve 'evet çok fazla' seçenekleri bulunan bir skaladır. Skalada cevaplara 1'den 4'e kadar puan verilerek bireyin diş hekimliği korku düzeyi belirlenmektedir. Bu skalada 4 puan yüksek düzeyde kaygı olduğunu göstermektedir. Bu sorunun çok genel olması nedeniyle korkunun hangi durumlara karşı geliştiği detaylı olarak belirlenememekle birlikte, çok fazla sayıda ve yüksek düzeyde kaygısı olduğu düşünülen bireylerin taranmasında kullanılabilen basit bir araçtır. Ayrıca literatürde bu sorunun farklı modifikasyonları kullanılmış ve 5'li, 7'li vb. likert tipi skalalar üzerinde yanıtlanmıştır(57,94) . Bu skalanın DAS skalası ile yüksek düzeyde uyumlu olduğu bildirilmiştir(48,95,96) .

2.4.1.7. Fotoğraf Anksiyete Anketi (PAQ:Photo Anxiety Questionnaire)

Stouthard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir fotografik skaladır. Bu skalada, bireyden kendisini dental tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hayal etmesi ve buradaki 10 farklı durumda farklı kaygı derecelerindeki yüz ifadelerinin bulunduğu beş adet fotoğraftan kendini en iyi biçimde ifade eden fotoğrafı seçmesi istenmektedir. Bu fotoğraflarda 1 rahat, 5 çok kaygılı olmak üzere 1-5 arası puanlar verilerek bireyin kaygı düzeyi belirlenmektedir. Skalanın avantajı sözel ve yazılı uyarılara cevap veremeyecek durumda olan bireylere uygulanabilmesi ve farklı toplumlarda bile yüz ifadeleri aynı şeyi ifade ettiği için farklı dillerde yapılan tercüme sırasında oluşabilecek problemlerin ortadan kalkmasıdır. Bu skalanın da güvenilir sonuçlar verdiği bildirilmiştir(97,98) .

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

Gatchel tarafından geliştirilmiş olan, üzerinde 1'den 10'a kadar rakamları bulunan bir skalaya bireyin korku düzeyine bir rakam verdiği bir sakladır. Bu skalada, 1 hiç korku yok, 5 orta düzeyde korku, 8 ve üzeri ise çok yüksek düzeyde korku

olduğunu göstermektedir(99) . DAS ile bu skala arasında orta düzeyde bir uyum olduğu bildirilmiştir(95) .

2.5.Dental Anksiyetenin Azaltılmasına Yönelik Stratejiler

Daha öncede belirtildiği gibi oral kavite insanların cinsel ve sosyal yaşamlarında, fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmasında temel bir rol oynar. Kendisine en azından başlangıç döneminde tamamen yabancı bir kişinin, yani diş hekiminin, vücudunun bu denli özel bir bölgesini muayene etmesi ve bu bölgede uzun süreli tedaviler uygulaması hastanın durumunun güçlüğü hakkında önemli bir bilgi vermektedir(50) .

Ayrıca hasta bu yabancıya yani diş hekimine güvenmek zorundadır. Kişi, diş hekimine daha önce başkalarına karşı duyduğu güveni naklederek güvenir. Kişinin bir başkasına güvenme kapasitesini ailesi ve yaşlarıyla daha önce yaşamış olduğu etkileşimler belirler. Bu daha önceki diş hekimleriyle yaşamış olduğu deneyimler şeklinde de özelleştirilebilir(50) .

Hasta, hekimine başkalarına duyduğu güveni aktarmanın yanı sıra, geçmişte karşılaştığı güç simgelerine karşı duyduğu –düşmanlık, minnettarlık, isyan, sevgi v.b.- gibi duyguları da nakledebilir ve hekimi geçmişindeki pek çok olumlu ya da olumsuz olgunun sembolü olarak görebilir. Firestein, insanların kötü istekleri, duyguları ve davranışları nedeniyle cezalandırmaktan korkmalarının sık karşılaşılan bir durum olduğunu ve burada cezalandırıcı rolüne diş hekimlerinin de yerleştirilebildiğini bildirmiştir(50) .

Hasta-diş hekimi ilişkisinin bu kompleks yapısı göz önüne alınırsa diş hekimi tek başına bir dental anksiyete nedeni olabileceği gibi, anksiyetenin azaltılmasında da anahtar rolü oynamaktadır. Bununla birlikte diş hekimlerinin büyük bölümü anksiyetesi olan hastaların karşısında anksiyete duymakta ve ne yapacağını bilememektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin anksiyetenin önemini kabul ettikleri, fakat mümkün olduğu sürece bu problemin çözümü için çaba göstermedikleri bildirilmiş, bunun önemli bir nedeninin de bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir(100) .

Bununla birlikte Ragnarsson'a göre anksiyete, diş hekimi ne kadar donanımlı ve tecrübeli olursa olsun diş tedavisi için önemli bir engeldir(57) . Dental anksiyetesi olan hastaların tedavisi ekstra zaman, sabır ve enerji gerektirir.

Hekimler, öncelikle anksiyetesi olan hastalarını tedavi ederken nasıl bir yaklaşım izleyeceklerine karar vermelidir(101) . Diş hekimliğinde anksiyete sorununun çözümü için kullanılan yöntemler davranışsal ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki ana sınıfa ayrılırlar (29,100) .

Diş tedavisini kolaylaştırmak için kullanılacak farmakolojik preparatlar mevcuttur. Fakat bunlara çok ciddi durumlar dışında başvurulmamalıdır(57) . Genel anestezi kullanımı, her ne kadar acil tedavi için kabul edilebilir olsa da, dental fobik hastaların rutin tedavilerinde tercih edilmemelidir. Hastanın genel anestezi altında dental tedavi yaptırdıktan sonra uygulanacak olan tedavileri daha iyi bir şekilde tolere etmesi için hiçbir neden yoktur(101) .

Diğer bir farmakolojik yöntem, sedasyon uygulanmasıdır. Sedasyon ajanları değişik klinik semptomlara ve çeşitli komplikasyonlara yol açabileceğinden, uygulama öncesi hastaların genel sağlık durumu ve tedaviden beklentileri iyi belirlenmelidir(102) . Sedasyon, artmış ajitasyon, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, taşikardi ve desaturasyona bağlı olarak başarısız olabilmektedir. Bu nedenle sedasyon yapılmadan önce hastadan iyi bir anamnez alınarak hastanın korku ve kaygı düzeyi, sistemik durumu ve sosyal durumu hakkında bilgi edinilmelidir. Çok yüksek düzeyde korkusu ve kaygısı bulunan bireylerin intravenöz farmakolojik uygulamalar sırasında istenmeyen hareketlerinin daha fazla olduğu ve sedasyon için daha fazla ilaca gerek duydukları da bildirilmiştir(102) . Bu nedenle, bu tür hastalara sedasyon uygulanacağına tüm bu faktörler göz önüne alınarak en uygun yöntemin kullanılması gerekmektedir.

Sedasyonda kullanılan farmakolojik stratejilerin güvenli ve etkili olması gerekmektedir. Aşırı korkusu olmayan bireylere sedasyon yapılacağı zaman nitroz oksit/oksijen kombinasyonu (N₂O/O₂) uygun bir seçimdir. Ayrıca N₂O/O₂ ile intravenöz olarak midazolam kombinasyonu kullanılan vakalarda tek başına midazolam kullanılan vakalara göre daha az dozda midazolam ile istenilen sedasyon

derinliğine ulaşılabildiği bildirilmiştir. Buna ilave olarak, hastanın kendine gelme süresinin kısaldığı, tedavi sırasında kooperasyonunun daha kolay olduğu ve vücuttaki oksijen saturasyonunun daha yüksek düzeyde bulunduğu belirlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı bu yöntem tek başına midozalam uygulamasına göre tercih edilmektedir(103) .

Midazolam, midazolam+tedavi sırasında tekrar verilen midazolam, fentanyl+midazolam ve fentanyl+midazolam+metohheksiyaal'den oluşan dört farklı sedasyon ajanının etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmanın sonuçlarına göre tüm ilaçların yararlı olduğu, fakat midazolam+tedavi sırasında tekrar verilen midazolam ve fentanyl+midazolam+metohheksiyaal'in diğerlerine göre daha iyi sonuçlar verdiği saptanmıştır(104) . Enteral yoldan sedatif uygulanacak olan vakalarda en sık tercih edilen ajanlar benzodiazepinlerdir. Bu yöntemle birçok bireyin dental tedavisi kolay bir şekilde yapılabilmektedir(105) .

Dental tedavinin hipnoz altında yapılması da bu hastalardaki korku ve kaygı düzeyinin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. Bu işlem, hipnoz uygulamaları hakkında uzman olan kişiler tarafından yapılmaktadır. Hipnozun dezavantajları arasında yöntemin mental özü bulunan, tam koopere olamayan ve hipnoz kapasitesi olmayan bireylerde uygulanamaması bulunmaktadır. Ayrıca, bu yöntemle farmakolojik uygulamalar kadar başarılı sonuçlar elde edilememektedir(106) .

Davranışsal yaklaşım ise iki başlık altında değerlendirilebilir; Formal psikolojik tedavinin özel teknikleri ve diş hekimlerinin bugüne dek psikolojiden yararlanarak uyguladığı interaktif yöntemler. Formal psikolojik tedavi rahatlama, sistemik desensitizasyon, model alma v.b. teknikleri kapsar(100) . Bu tekniklerin uygulanması uzmanlık gerektirir. Hastanın anksiyete ve fobi problemi çok derin ise diş hekimleri bir psikolog veya psikiyatristin yardımına başvurmalıdır(101) .

Sohbet etme, ekstra zaman ayırma, tedavi sırasında hastaya kısa aralar verme, hastanın dikkatini başka tarafa çekme gibi interaktif yöntemler, hastanın hekimine güven duyduğu, hekimin sıcak, hastanın sorunları ile ilgili ve empatik yaklaşım tarzı gibi pozitif hekim-hasta ilişkileri diş hekimleri için yeni kavramlar

değildir(100) . Bununla birlikte bu kavramların yeniden gözden geçirilmesi ve çeşitli araştırmacıların görüşlerinin bir araya getirilmesi yararlı olacaktır.

Olumlu Bir Hasta-Hekim İlişkisinin Kurulması

Hekim, ilk karşılaştığı andan itibaren hastasıyla ona her zaman kontrol ve güven altında olduğunu hissettirecek bir ilişki kurmalıdır(107) . Hasta, diş hekimi muayenehanesini önceden tahmin edilmeyen problemlerin bile çabuk ve beceriyle çözüldüğü güvenilir bir yer olarak değerlendirmeli(108) ve burada kendisine anlamadığı, kabul etmediği ve izin vermediği hiçbir şeyin uygulanamayacağını bilmelidir(107) .

Diş hekimi hastasının korku ve üzüntüleri ile ilgili açıklamalarını anlayışla kabul etmeli, empati kurmaya çalışmalı ve hastayı kesinlikle eleştirmemelidir. Hastalara yeni, sıcak ve samimi bir ortamda bulduklarını hissettirmelidir(107) .

Hekimin, muayenesini hiç konuşmadan, sessizlik içerisinde veya olaya hakim bir yüz ifadesi ile mırıltılarla yapması hastanın anksiyete düzeyini artırır. Muayene sırasında hastayla iletişim devam ettirilmelidir. Hastaya probleminin anlaşılır olduğu ve bu problemin çözümünde yalnız olmadığı konusunda güvence verilmeli, hastanın kendini bu konuda yalnız hissetme sorunu çözümlenmelidir(29) . Bu aşamada da hekimin eleştirici olmaması çok önemlidir (107-109) . Rubin'e göre muayene sırasında olumlu ifadeler kullanılması yararlı bir yaklaşım olabilir(29) . Hasta, "ağzıma bakmak istemiyorum", "şimdiye kadar gördüğünüz en kötü ağız" gibi ifadeler kullanabilir. Hekim ise bunlara " ne kadar beyaz dişleriniz var", "sadece bir dişiniz eksik", "dişlerinizin dizimi çok mükemmel" gibi ifadelerle yanıt verebilir. Yararı çok kesin olmamakla birlikte, bu yaklaşım hastanın kendisine söylenenleri bir iltifat olarak algılamasını ve böylece rahatlamasını sağlayacaktır(107) .

Hastanın, hekiminin işinde yetkin ve becerikli olduğuna inanması anksiyete düzeyinin azalması için gerekli temel koşullar arasındadır. Durumu veya düşüncelerini kontrol etmede zorlanan hastalar için ise hekimin işindeki ustalığını öne çıkartması ve bunu vurgulaması yardımcı olabilir. Diş hekiminin hastasına "dişlerinin bir uzman tarafından tedavi edildiğini" söylemesi veya buna benzer ifadeler kullanması hastalara güvende oldukları duygusunu yaratır (52) .

Corah ve ark. hastalara “diş hekimi olsaydınız hastalarınızın anksiyetelerini azaltmak için ne yapardınız” sorusunu yöneltmişler ve en sık bildirilen yanıtın “hastamın ağrı duymamasını sağladım” olduğunu belirlemişlerdir(110) . Benzer bir çalışmada O’Shea ve arkadaşlarının görüştüğü hastalar eğer diş hekimi olsalardı hastalarına “ben sana yardım etmek için buradayım, canını yakmak için değil” diyeceklerini bildirmişlerdir. Bu verilerden yola çıkılarak şu sonuca varılabilir; hastaların, hekimlerinin kendilerine ağrı vermemek için çaba gösterdiğini hissetmeleri gerek hasta-hekim ilişkisi gerekse anksiyete düzeyi açısından çok önemlidir(109) .

Diş hekimleri anksiyetesi olan hastalarının özel gereksinimlerini karşılamak için gereken tüm çabayı göstermelidir. Kusmaktan korkarak sırtını koltuğa tamamen yaslamış bir şekilde oturmak istememesi, ölçü alınmasını en azından başlangıç aşamasından tolare edememesi, işlemler sırasında sürekli olarak ağızlarını çalkalamak istemeleri ve klostrrofobi nedeniyle diş hekimine asiste eden kişinin hekimle birlikte aynı zamanda üzerine eğilmesini istememeleri gibi isteklerini anlayışla karşılamalıdır(101) .

Ayrıca hekimlerin olumlu bir hasta-hekim ilişkisini engelleyen ve hastanın anksiyete düzeyini arttıran “tedaviye bir an önce başlamak için sabırsızlanmak”, “hastayı tedavi başlamadan önce koltukta yalnız bırakıp gitmek”, “tedavi başlamadan önce başka insanlarla konuşmak veya gülmek” şeklinde veya bunlara benzer davranışlardan kaçınmaları gereklidir(109) .

Hastanın Dental Anksiyete Öyküsünün Alınması

Diş hekimlerinin hastalarına anksiyete sorunlarında yardımcı olabilmeleri için öncelikle anksiyete düzeyin belirlemeleri gereklidir. Anksiyete düzeyi yüksek olan bireyleri sadece davranışlarını izleyerek belirlemek güçtür(64) . Ayrıca, anksiyete düzeyi yüksek olan bireyler diş hekimleriyle korku ve endişeleri hakkında konuşmaya isteksizdirler, bu sorunlarından bahsetmeye utanırlar(94) . Bazı hastalar ise korkuları nedeniyle aşırı sessiz ve pasif olurlar(49) . Bu durumda zaten durumlarını anlatmaya isteksiz olan bu anksiyete düzeyi yüksek kişileri davranışlarından da belirlemek çok zor olacaktır(94) .

Bununla birlikte, hasta, anksiyetesi olduğunu yansıtmasa da yansıtmasa da hekim bunu başlangıçtan itibaren bilmeli ve ona göre davranmalıdır(46) . Sorma, ilk aşama için oldukça etkili bir yaklaşımdır; pek çok klinik psikoloğa göre anksiyetesinin olup olmadığının sorulması, hastaya durumunu itiraf etmesi ve anksiyetesi hakkında konuşması için olanak sağlar. Hastanın kaygılarını açıklaması anksiyetesinin azalmasını sağlayabilir. Ayrıca hekime de hastasına güven telkin etme olanağı verir(100) . Hekim hastasına duyduğu korkunun normal bir tepki olduğunu, onun yerinde olsalardı pek çok kişinin de aynı düzeyde sıkıntı ve endişe duyacağını belirtmeli, bu duygusu nedeniyle yargılanmayacağını hissettirmelidir(53,111) .

Hastayla üzerinde konuşulması gereken ilk konu, diş tedavisinden korkmasının nedenidir. Hastaya gösterdiği korku reaksiyonunun kendisini her zaman mı tehdit ettiği yoksa bunun sadece diş tedavisine mi özel olduğu sorulmalıdır(54) . Konuşma direkt olarak hastanın nelerden korktuğunu bulmaya, korku düzeyini belirlemeye ve daha önceki dental deneyimleri sırasında karşılaştığı olumsuz etkenler hakkında bilgi edinmeye yönelik olmalıdır (100,101,110) . Bazı hastalar korku veya güvensizliklerinin nedeninin daha önceki diş hekimlerine bağlı olduğunu açık bir şekilde anlatırlar. Hekimin bir hareket veya sözü hastanın korkusunu uyarımış olabilir. Bu bilgi hekimin bilmeden aynı hataları yapmasını önleyecektir(100,101) .

Aşağıdaki sorular hekimlere hastalarının korkularını belirlemede ve tedavi ile ilgili gerekli değişiklikleri yapmalarında yardımcı olabilir.

- Genel olarak düşündüğünüzde diş hekimliği ile ilgili şeyler arasında sizi en çok korkutan nedir?
- Diş hekiminizin size ne söylemesi veya ne yapması işinizi en çok kolaylaştırır?

Genellikle hastalar kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlayacak “dinlenme araları verilmesi” gibi önerilerde bulunurlar veya anestezi sırasında yutkunamama veya ölçü alınırken kusma gibi durumlarla ilgili bazı problemleri tanımlarlar. Bu ve buna benzer sorulara verilen yanıtlar korku düzeyi yüksek olan hastaların birkaç basit modifikasyonla tedavi edilebileceğini gösterir(112) .

Corah'a göre anksiyetesi olan bireyleri belirlemenin en iyi yolu hastalara DAS uygulanmasıdır(46) . Diğer bir yaklaşım, "Genelde diş tedavisinden ne kadar korkarsınız?" şeklindeki tek sorunun yöneltmesidir(64) .

Muayenehaneye ilk kez gelen bir hastaya medikal ve dental öyküsünün yanı sıra bir dental anksiyete anketi de uygulanmalıdır. Anksiyete anketinin doldurulması, hastaların ilk randevularında uygulanan rutin işlemlerden birisi olmalıdır. Ayrıca yine ilk randevuda hekim ankete verilen yanıtlar hakkında hastasıyla konuşmalıdır(101) .

Hastanın dinlenmesi ve Onaylanması

Dikkatli ve ilgili bir şekilde dinlenmesi hastanın tedavide işbirliğini sağlar. Dinleme, hekimin hastayı önemseydiğini ve onun fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini kabul edeceğini gösterir(107) .

Hekimin, hastasının şikâyet ve semptomlarının varlığını doğrulaması, rahatsızlığını veya ağrısını onaylaması hastada diş hekimine gerçek bir sorun nedeniyle geldiği düşüncesinin oluşmasını sağlar. Hastayı muayene eden hekim bunu tutum ve davranışları ile göstermelidir(29) .

Hastaların diş tedavisi ile ilgili olarak hekimlerine en sık bildirdikleri şikayetler arasında ağrı veya ağrı korkusu yer alır. Hastanın ağrıya karşı hassasiyetinin ve verdiği yanıtın, ağrı ile ilgili taleplerinin öğrenilmesi de çok önemlidir(29) .

Hastaya tedavi ile ilgili geniş açıklama yapılması

Kent'e göre hastaların bildikleri bir diş hekimine gitmeyi tercih etmelerinin nedeni daha önceki tedavilere dayanarak uygulanacak olan yeni tedavinin nasıl geçeceği hakkında fikir sahibi olmalarıdır. Hemen her hasta yeni tedavinin neler getireceğini bilmemekten dolayı herhangi bir düzeyde sıkıntı duyar ve bu sıkıntı bilgilendirilmeyle azalır (113) . O'Shea ve ark. hastalara diş hekimlerinin hastalarının anksiyetelerini nasıl azaltabileceğini sormuşlar ve en sık bildirilen yanıtın "hekimin dişlerinin durumu hakkında bilgi vermesi ve yapılacak tedavi ile ilgili açıklamalarda bulunması" olduğunu belirlemişlerdir" (109) . Bu, sadece tedavinin başlangıcında geniş bir bilgi verilmesi değil, aynı zamanda tedavi süresinde kısa açıklamalarda bulunulması şeklindedir. Böylece hasta eğer sıkıntı verici bir durum yoksa rahatlar ve gereken durumlarda kendi savunma mekanizmalarını harekete geçirir. Bu şekilde

hastanın tüm seans boyunca anksiyete duyması önlenmiş olur(113) . Hastaya uygulanacak tedavi hakkında bilgi verme amacıyla Anlat-Göster-Uygula stratejisine başvurulabilir(112) .

Ayrıca, uygulanacak işlemler hakkında bilgi sahibi olması, hastanın tedavi sürecine katılmasını ve böylece de kontrol kaybı sorununun aşılmasını ya da minimum düzeye inmesini sağlar(71,107) .

Hekimlerin, hastalarına uygulanacak tedavinin yanı sıra, ağrı hakkında da bilgi vermeleri büyük önem taşır. Çalışmalar hastaların ağrının nedenlerinin kendilerine açıklanmasını istediklerini ortaya koymuştur. Dişinin neden ağrıdığı, canının neden yandığı açıklanması hastanın rahatlamasına yardımcı olmaktadır(114) .

Hastalara Yeterince Zaman Ayrılması

Anksiyeteyi azaltmaya yönelik stratejilerin başarısı için hastalara ek zaman ayrılması gereklidir. Hatta bir seans sadece korkunun azaltılması amacına ayrılabilir ve bu seansta hastalarla müdahaleler hakkında konuşulabilir.

Prosedürlere ayrılan zaman hastaya tedavisinin aceleye getirildiğini düşündürmeyecek kadar yeterli olmalıdır. Kısa prosedürler uzun bir zamana yayılabilir. İlk randevunun hasta başka türlü talep etmediği sürece bir saati geçmemesi önerilir(101) .

Uygulanacak İlk Tedavi Tipinin Seçimi

Fobik ve anksiyetesi olan hastalara tedavinin başlangıç aşamasında ilk olarak sınırlı ve kısa süreli diş yüzeyi temizliği ya da profilaksi uygulanması önerilir(101,107) . Bu, hasta ve hekimin birbirlerini karşılıklı olarak değerlendirmelerini ve aralarında bir ilişki kurulmasını sağlayacaktır(107) . Bu prosedürler kolaylıkla kontrol edebilir ve istendiği zaman kesilebilirler, ayrıca dikkatle uygulandıkları takdirde göreceli olarak ağrısızdırlar(101) .

Bununla birlikte, eğer ağrı veya enfeksiyon varsa palyatif tedavi uygulanmalıdır. Mümkünse asıl tedavi birkaç saat veya gün ertelenmeli ve böylece hastanın uygulanacak olan tedaviye kendisini alıştırmalarını sağlanmalıdır(107) .

Operatif işlemler için devital dişlerle yapılacak restorasyonlar veya maksiler premolar dişlerdeki küçük restorasyonlar daha uygundur. Klinik gözlemlere göre maksiler premolar bölgesi minimum ağrı ile kolaylıkla anestezi edilir. Tüm anestezi uygulamalarından önce topikal anestezi uygulanmalıdır. Her ne kadar bazı hekimler bu uygulamaların etkinliğine şüphe ile baksalar da, hastalar, hekimlerinin kendilerinin rahatını sağlamak için çaba gösterdiğini düşüneceklerdir(101) . Ayrıca anksiyetesi olan hastalarda yoğun bir lokal anestezi uygulanmalı ve anestezinin tam tuttuğuna emin olmadan tedaviye başlanmamalıdır(112) .

Bir diğer önemli konu bazı hastaların diş hekimliği ile ilgili sond, enjektör, mikromotor gibi bazı aletlere, koku ve seslere karşı özel bir korku duymalarıdır. Bu nedenle, tedavinin başlangıç aşamalarında mümkün olduğu kadar az alet kullanılmalıdır(101) .

Ayrıca Milgrom rutin tedavilere başladıktan sonra bile iki seans arasına bir profilaksi seansı konmasının hastanın tedavi sürecini daha kolay tolere etmesini sağlayacağını bildirmiştir(115) .

Hastaya Tedavi Üzerinde Kontrol Hakkı Verilmesi

Stresli bir durumda belli sınırdan da olsa hastanın stres yaratan faktörler üzerinde kontrol sahibi olduğunu, bunlara müdahale edebileceğini bilmesi korku ve anksiyeteyi azaltmaktadır(112) .

Hastanın kontrol hakkına sahip olmasının en basit şekli canı acıdığı anda haber vermesi ve hekimin de hemen durmasıdır(112) . Ara verme işaretlerinin anksiyeteyi kısa dönemde önemli düzeyde azalttıkları gösterilmediyse de, hasta bu işareti kullanmasa bile, istediği zaman tedaviye ara verebileceğinin hasta tarafından bilinmesinin ağrıyı azalttığı bilinmektedir. Ayrıca işaretler bundan sonraki seansta duyulacak olan anksiyete düzeyini azaltabilir(52) .

Bununla birlikte çalışmaların sonuçlarına göre hastalar istedikleri zaman diş hekimlerinin ara vereceğine inanmaktadır. Bu nedenle kendilerine kontrol olanağı sağlayacak stratejiler hakkında ayrıntılı bir şekilde konuşularak hastalar ara verme isteklerinin yerine getirileceğine ikna edilmelidir(112) .

Milgrom tarafından bildirilen, hastalara tedavileri üzerinde kontrol hakkına sahip olduklarını hissettirmeye yönelik diğer iki yaklaşım ise hastanın tedavisi ile ilgili soru sormaya teşvik edilmesi ve tedavinin zaman düzenlemesine hasta ile birlikte karar verilmesidir(112) . Ayrıca hastanın bir el aynası ile tedaviyi izlemesinin de bu anlamda yararlı olabileceği belirtilmiştir(107) .

Tedavi Sırasında Hastaya Kısa Aralar Verilmesi

Özellikle stres yaratan uygulamalardan sonra hastaya birkaç dakikalık dinlenme fırsatları verilmelidir. Diş hekimleri hastalarının reaksiyonlarına karşı duyarlı olmalıdır. Eğer, yanlışlıkla hazır olmadığı bir anda hastanın ağrı duymasına neden olurlarsa tedaviye hemen ara vermelidirler. Hatta diş hekimi, işlemi, hasta dayanılmaz ağrı içerisinde olmasına rağmen devam edilmesini istiyorsa bile sürdürmemelidir(94) .

Hastanın Dikkatinin Başka Tarafa Çekilmesi

Hastalara düşüncelerini kontrol etmelerinde yardımcı olmak için belki de en sık kullanılan yöntem dikkati başka tarafa yönlendirmektir. Zaten hastaların büyük bölümü bunu kendi kendilerine uyguladıkları için, bu uygun olan bir yöntemin desteklenmesi olacaktır. Dikkati başka tarafa çekmek için ilginç resimlerden, müzikten veya videodan yararlanılabilir, çocuklara kasetçalardan öykü dinletilebilir(113,116) . Derin ve yavaş nefes almaya konsantre olma bir diğer dikkati başka tarafa yönlendirmeye tekniği olarak kullanılabilir(112) . Pek çok diş hekimi özellikle ölçü alma işlemleri sırasında hastasından eğer kusmak üzere ise ayaklarını yukarıya kaldırmasını ister. Buna ek olarak bazı hekimler anestezi yaparken hastanın gözünü iğnenin ucundan uzaklaştırmak için diğer yanağına hafifçe vururlar(101) .

Tedavinin Ardından Hastalardan Geri Bildirim Alınması

Diş tedavisinden korkan kişilerin kendilerine olan güvenleri genellikle çok kuvvetli değildir ve bu kişilere uygulanan işlemin olumsuz etkilerinin olup olmadığı, tedavi hakkındaki düşünceleri sorulmalıdır(66) . Bu bilgiler hem yanlış düşüncelerin düzeltilmesini, uygulanan stratejide gerekli modifikasyonların yapılabilmesini sağlar, hem de hastanın bir sonraki randevuyu iptal etmesini önler. “Nasıl gitti?” veya “Bir

sonraki seansta değiştirmemiz gereken bir şey var mı?” gibi basit sorularla bu bilgiler öğrenilebilir(112) .

Hastanın Tedavi Sürecine Alıştırılması

Anksiyete tedavisine yönelik çalışmaların temel prensiplerinden birisi hastanın tedavi süresince korkulan durumla sık ve tekrarlayan defalarla karşılaşmasıdır. Bu karşılaşmalar durumun zannedildiği kadar da korkulacak özellikte olmadığını gösterir. Diş hekimi ile sık karşılaşma hastanın, seansların büyük bölümünün ağrısız geçtiğini düşünmesini sağlar. Ayrıca seanslar arasında kısa aralıklar olması, hastanın hatırlama sürecinin diş değişkenlerden etkilenmesini önler(53) .

Eğer sık ve kısa zaman aralıklarında randevu verilmesi etkili olmazsa, hastanın tedaviden önceki beklentileri ve tedavi süresince yaşadıkları kaydedilebilir. Bu kayıt için basit bir görsel analog skala kullanılabilir. Bu skalada hastalar tedaviden önce duymayı bekledikleri ve tedavi sırasında duydukları ağrı düzeyini 1-100 arasında değerler alan bir cetvelde işaretlerler. Bu kayıtların sürekle tekrarlanması doğru hatırlamayı kolaylaştırır(113) .

Ayrıca, restoratif, endodontik ve diğer prosedürlerler ilgili yazılı bilgiler – özellikle de postoperatif dönemde beklenebilecekler hakkında- genellikle gereksiz yere korku duyulmasını önler(112) .

Hastanın Anksiyete İle Başa ıkma Becerilerinin Ortaya ıkartılması

Aslında pek çok hasta eğer cesaretlendirilebilirse diş tedavisi nedeniyle duyduğu sıkıntıyla baş edebilecek yeteneğe sahiptir. Bu yeteneklerinin ortaya çıkarılması amacıyla, anksiyetesi olan hastalara karşılaştıkları diğer stresli durumların üstesinden nasıl geldikleri sorulmalı ve bu yöntemlerden diş tedavisi sırasında da yararlanabilecekleri anlatılmalıdır. Ayrıca daha önce yenmeyi başardığı bir korkusunun olup olmadığı ve bunu nasıl başardığının sorulması bireye geçmişteki başarılarını anımsatır ve böylece korkusunu yenebileceği konusunda kendisine daha fazla güven duymasını sağlar(112) . Bu yeteneğe sahip olmayan, fakat yüksek düzeyde dental anksiyete duyan kişilerin ise korkuları ile kendi kendilerine baş

edebilmek için etkin yöntemler öğrenmeye gereksinimleri vardır. Fakat yöntemlerin öğrenilmesi için bir uzman yardımı şarttır(66) .

Bekleme Odası ve Hastayla İlk Görüşme Yeri

Bekleme odası temiz ve düzenli olmalı, odada hastanın korku düzeyini arttıracak stres uyaranları bulunmamalıdır. Odaya konan dergilerin tarihi yeni olmalı, ayrıca odada diş tedavisinin olumlu etkilerini, örneğin daha iyi bir sağlık, daha iyi bir estetiği vurgulayan dergi, kitap ve broşürler de bulundurulmalıdır. Ayrıca bunlara ek olarak tropikal bir akvaryum veya ilginç bir sanat yapıtı da bulundurulabilir(101) .

Anksiyetesi olan hastalara muayenehanenin sakin olduğu saatlerde randevu verilmelidir. Çünkü kalabalık bekleme odaları anksiyetenin artmasına neden olur. Bekleme odasında geçirilen sürenin artması ile birlikte anksiyete düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir. Bekleme odasında oturma süresi 15-20 dakikayı geçmemelidir(101) .

Firestein hastalarla muayeneden önce yapılan görüşmenin ünit ve aletlerin bulunduğu odadan ayrı bir yerde gerçekleştirilmesinin daha uygun olacağını bildirmiştir. Bekleme odasından direkt olarak tedavi odasına geçiş, anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların, korku verici pek çok uyarana birden bire karşılaşmaları anlamına gelir. Bu nedenle hekim ayrı bir görüşme odası olanağına sahip değilse bile, aletlerin ve üniten görüş alanının dışında bulunan bir bölüm düzenlenmelidir(50) .

Personel Davranışları

Muayenehanede çalışan personel de dental anksiyete için önemli bir bileşendir. Personel anksiyeteli hastaların tüm özel gereksinim ve isteklerine karşı duyarlı olmalıdır. Sabır, saygı ve anlayışlılık hasta ve personel arasında güven ilişkisinin doğmasını sağlar(101) .

Corah ve arkadaşları hastalara eğer diş hekimi olsalardı hastalarını rahatlatmak için neler yapacaklarını sorduklarında aldıkları yanıtların büyük bölümünün diş hekimi yardımcıları tarafından da uygulayabilecek şeyler olduğunu

bildirmişlerdir. Örneğin; hekim yardımcılarının, hastaya diş tedavisiyle ilgili kendi deneyimlerini anlatması(109) .

Tüm bu stratejilerin yanı sıra, dental anksiyete düzeyinin zamanla, hekim veya hastanın herhangi bir çabası olmaksızın, kendiliğinden azalması da sık gözlenen bir durumdur. Hastaların başlangıçtaki anksiyete düzeyleri, uygulanan prosedür tipi, beklenen ve yaşanan ağrı düzeyleri arasındaki farklılık anksiyete stabilitesini etkilediği düşünülen faktörlerdir(54,65) .

Kent ve arkadaşlarının çalışması, araştırmacıların “Tedavi sırasında yaşanan ağrının, tedaviden önce beklenen ağrıdan daha düşük düzeyde olması hastanın bundan sonraki anksiyete düzeyinin azalmasına neden olur” şeklindeki hipotezlerini desteklemiştir. Anksiyete düzeyinin azalmasında veya artmasında özellikle son randevuda yaşanan ve bu randevudan önce beklenen ağrı düzeyleri arasındaki farklılık önemli rol oynamaktadır(52) . Neverlein de son randevunun travmatik ya da rahat geçmiş olmasının bir sonraki randevuda duyulacak olan anksiyete düzeyini belirlediğini bildirmiştir(48) .

Diş hekimi ziyaretlerinin sayı ve sıklığının artması da anksiyete düzeyinin zamanla azalmasına neden olan bir diğer faktördür. Ayrıca çocukların yaşlarının büyümesi ile anksiyetelerinin azaldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur(48) .

3.Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hasta anksiyetesi ve vital bulguları üzerine etkisinin incelenmesi planlanmış ve bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun HEK 12/23-28 karar numaralı onayı ile yapılmıştır.

Bu çalışmaya, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na ilk kez alt çene gömülü yirmi yaş dişi çekimi için başvuran herhangi bir sistemik ve psikolojik rahatsızlığı bulunmayan 80 birey dâhil edilmiştir. Yaş ortalamaları 23.3 olan (18-49 yaş aralığında) bu bireylerden 40 tanesine ayrıntılı aydınlatılmış onam formu, diğer 40 hastaya ise normal aydınlatılmış onam formu okutularak imzalatılmıştır. Her grup 20 kadın / 20 erkek hasta şeklinde oluşturulmuştur.

Çalışmaya başlamadan önce tüm bireyler araştırma konusunda bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya dâhil olma kriterlerini sağlayan bireylerden çalışmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Çalışmaya dahil olma kriterleri

Hasta Seçim Kriterleri
1) Hastada hiçbir sistemik ve psikolojik hastalığın bulunmaması
2) Hastaların daha önce gömülü 20 yaş dişi operasyonu geçirmemiş olması
3) İlgili dişte akut enfeksiyon varlığı bulunmaması
4) Hastaların 18 yaşından büyük olması

Anksiyeteyi ölçmek için hastalara VAS (Visual Analogue Scale-Vizüel Analog Skala) ve MDAS (Modified Dental Anxiety Scale-Modifiye Dental Anksiyete Skalası) formları doldurtulmuştur. Tüm hastalar, anksiyete seviyelerinin belirlenmesi amacıyla, VAS formunu Aydınlatılmış Onam Formunu okumadan önce ve okuduktan sonra, MDAS formunu ise okuduktan sonra doldurmuşlardır. Hastaların premedikasyon amacıyla odaya alındıkları anda ve insizyon sırasında 2 kez nabız, kan basıncı ve oksijen saturasyonu değerleri ölçülmüştür. Standardizasyon sağlamak

amacıyla tüm form doldurma işlemleri ve ameliyatlar aynı cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.1. Araç ve Gereçler

- VAS ve MDAS anksiyete ölçek formları
- Vital bulguların ölçülmesinde kullanılan monitör cihazı ve pulse oksimetre aparatı (Propaq® Encore Monitör, Welch Allyn)
- 2 ml lokal anestetik solüsyon (0,0020 mg 1 / 100 000 epinefrin ve 80 mg Articain hidroklorür, Maxicaine® Forte Ampül, Vem ilaç)
- Gömülü 20 yaş dişi cerrahi seti

3.2. Yöntem

3.2.1. Anksiyetenin Değerlendirilmesi ve Ölçek Formları

Tüm hastalarda anksiyete seviyelerinin belirlenmesinde VAS ve MDAS ölçekleri kullanıldı. Hastalara formlar operasyon odasının dışında, sessiz, sakin bir oda olan işlem öncesi bekleme odasında doldurtuldu. Formların değerlendirilmesinin bireysel olarak değil, toplu olarak yapılacağı hatırlatılarak, hastaların sorulara olabildiğince samimi yanıt vermeleri istendi. Hastaların bekleme odasına girer girmez başlangıç anksiyete seviyelerinin belirlenmesi amacıyla VAS'da (Tablo 3.2) o anda hissettikleri endişeyi form üzerinde işaretlemeleri istenildi. Daha sonra hastalar dahil oldukları grubun aydınlatılmış onam formunu okuyup imzaladı (Tablo 3.3 ve Tablo 3.4). Bu işlemden sonra endişe seviyelerinde bir değişim olup olmadığı soruldu, olduysa o anda hissettikleri endişe seviyesini başka bir VAS'da (Tablo 3.5) işaretlemeleri istendi. Son olarak MDAS anketini cevaplamaları istendi (Tablo 3.6).

Tablo 3.2. Aydınlatılmış Onam İmzalanmadan Öncesi Vizüel Analog Skala

Şu andaki endişe durumunuzu aşağıdaki skalada işaretler misiniz.	
0	= Hiç endişeli değilim
10	= Operasyondan vazgeçip buradan gitmek isteyecek kadar endişeliyim
0	_____ 10

Tablo 3.3. Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formu**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU****(Hasta Grubu)****(Hekimin Açıklaması)**

Sayın Hastamız, aşağıda size verilen bilgileri dikkatlice okuyunuz ve bu formu imzalayınız. Yapılan ağız ve diş muayeneniz sonucunda size cerrahi tedavi yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Size önerilen bu tedavi ile ilgili detaylı bilgileri aşağıda bulacaksınız. Konu ile ilgili tüm sorularınız doktorunuz tarafından cevaplanacaktır.

Yapılan ağız muayeneniz sonucunda; çenelerinizde bir veya birden fazla gömülü diş bulunduğu ve bu durumun çiğneme sisteminizin devamlılığını etkileyerek fonksiyonel kısıtlamaya neden olduğu veya olabileceği ortaya çıkmıştır. Gömülü dişlerin çekimine bir çok sebepten dolayı karar verilebilir.

Gömülü dişler enfeksiyon kaynağı olabilir. Bu enfeksiyon sadece diş çevresinde oluşabileceği gibi, dışarıdan belli olacak şekilde şişlikle kendini gösterebilen daha ağır tablo ortaya çıkarabilir. Böyle bir tablonun ortaya çıkması durumunda öncelikle antibiyotikler kullanılarak enfeksiyonun baskılanması ve sonrasında gömülü dişinizin cerrahi olarak çekimi gerekebilir.

Dişler gelişme aşamasındayken sert yapının etrafında “diş folikülü” adı verilen yumuşak dokudan oluşan bir kapsül bulunur. Dişler sürdükten sonra bu yumuşak doku ortadan kalkar. Ancak dişlerin çeşitli sebeplerden dolayı gömülü kalması halinde bu yumuşak doku ortamdaki uzaklaşmaz ve bazı durumlarda “diş kaynaklı kist” adı verilen ve ilerlemesi durumunda çene kemiğini zayıflatabilecek lezyonlara dönüşebilir. Bu yüzden hiç bir rahatsızlık vermemiş gömülü dişler de çekilebilir.

Gömülü dişler, sürme eğilimine girmesi halinde, sürebilmesi için gerekli çene genişliğine sahip olmayan hastalarda devamlı olabilecek bir basınç ağrısının ortaya

çıkmasına sebep olabilir.

Diş protezi yapılmadan önce, çenelerde herhangi bir enfeksiyon varlığı olmaması, protezin uzun yıllar kullanılabilmesi için gereklidir. Bu yüzden protez aşamasından önce çenelerinizde bulunan tüm gömülü dişlerin çekilmesi gerekebilir.

Ortodontik tedavi öncesi gömülü diş varlığı, yapılacak olan tedavinin süresini uzatabilir veya başarısız olmasına yol açabilir. Ortodontik tedavi sonrasında ise yapılan tedavinin bozulmasına, diş ilişkilerinin eski haline dönmesine yol açabilir.

Size önerilen tedavi şekli, “lokal anestezi altında cerrahi olarak gömülü diş çekimi”dir. Çekim sırasında ilgili bölgenin duyuşal sınırları uyuşturulacaktır. Çekim sırasında basınç dışında herhangi bir rahatsızlık duymayacaksınız. Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar;

1. Birkaç gün boyunca ev istirahatini gerektirecek rahatsızlık hissi, ağrı olabilir.
2. Ağız açma / kapama hareketlerinde, ağzınızın uzun süreli açık kalmasına bağlı olarak kısa veya uzun süre sürebilecek kısıtlılık görülebilir.
3. Çekim bölgesinde yüzde/boyunda birkaç gün sürebilecek renk değişikliği ve şişlik olabilir. Operasyon sonrası soğuk kompres uygulaması oluşma riskini azaltır.
4. Süresi uzayabilecek şekilde hafif/orta/ağır kanama. Olması durumunda kanama müdahalesi bölümümüzde yapılacaktır.
5. Çekim bölgesine ait sınırlarda geçici ya da kalıcı uyuşukluk görülebilir. Bu risk her alt çene gömülü yirmi yaş çekiminde olmakla beraber, yüksek riskli dişlerden önce size ayrıca sözel bilgilendirme yapılacaktır. (dil,dudak,çene ucunda kas hareketlerini kısıtlamayıp, dokunma hissini ortadan kaldırabilir.)
6. Çene kemiğinde çatlak ya da kırık oluşabilir. Oluşması durumunda tedavisi daha ileri bir cerrahi ile bölümümüzde yapılabilir.
7. Komşu dişlerde bulunan restorasyonların (dolgu, kaplama) kırılması,

yerinden oynaması veya çıkması, komşu dişte sallanma veya harabiyet görülebilir.

8. Çekim sonrası çene kemiklerinde düzensizlik görülebilir. Oluşması durumunda ayrı bir cerrahi ile tedavi edilebilir.
9. Çekim sırasında diş kökünün bir kısmının kırılarak kemik içinde kalabilir veya çevre dokulara kaçabilir (bu durumda ek ileri cerrahi işlem gerekebilir) veya bazı durumlarda yaygın cerrahiyle çıkarılmaları daha riskli olabileceğinden küçük kök uçlarının çene içinde bırakılmasına karar verilebilir.
10. İşlem sonrası çekim kavitesinde iltihap gelişimi. Bu durumda iyileşme süresi uzayıp, semptomlar uzun sürebilir.
11. İşlem öncesi ya da sonrası, antibiyotik, ağrı kesici ve diğer ilaçların kullanımına bağlı, ilaç prospektüsünde belirtilen yan etkiler görülebilir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Aşağıda imzası olan ben/ hastam doktorlar tarafından hastalığımın / hastalığının tanısı, tedavi planı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim. Lokal anestezi altında cerrahi olarak gömülü diş çekilmesini kabul ediyorum. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar, % 100 başarının olmayabileceği bana anlatıldı. Anladım ve Kabul ettim. Tedavim hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi.

Katılımcı

Adı, soyadı: Yaşı: Eğitim Düzeyi:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Tablo 3.4. Standart Aydınlatılmış Onam Formu**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU****(Kontrol Grubu)****(Hekimin Açıklaması)**

Sayın Hastamız, aşağıda size verilen bilgileri dikkatlice okuyunuz ve bu formu imzalayınız. Yapılan ağız ve diş muayeneniz sonucunda size cerrahi tedavi yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Size önerilen bu tedavi ile ilgili detaylı bilgileri aşağıda bulacaksınız. Konu ile ilgili tüm sorularınız doktorunuz tarafından cevaplanacaktır.

Yapılan ağız muayeneniz sonucunda; çenelerinizde bir veya birden fazla gömülü diş bulunduğu ve bu durumun çiğneme sisteminizin devamlılığını etkileyerek fonksiyonel kısıtlamaya neden olduğu veya olabileceği ortaya çıkmıştır. Gömülü dişlerin çekimine bir çok sebepten dolayı karar verilebilir.

Gömülü dişler enfeksiyon kaynağı olabilir. Bu enfeksiyon sadece diş çevresinde oluşabileceği gibi, dışarıdan belli olacak şekilde şişlikle kendini gösterebilen daha ağır tablo ortaya çıkarabilir. Böyle bir tablonun ortaya çıkması durumunda öncelikle antibiyotikler kullanılarak enfeksiyonun baskılanması ve sonrasında gömülü dişinizin cerrahi olarak çekimi gerekebilir.

Dişler gelişme aşamasındayken sert yapının etrafında “diş folikülü” adı verilen yumuşak dokudan oluşan bir kapsül bulunur. Dişler sürdükten sonra bu yumuşak doku ortadan kalkar. Ancak dişlerin çeşitli sebeplerden dolayı gömülü kalması halinde bu yumuşak doku ortamdaki uzaklaşamaz ve bazı durumlarda “diş kaynaklı kist” adı verilen ve ilerlemesi durumunda çene kemiğini zayıflatabilecek lezyonlara dönüşebilir. Bu yüzden hiç bir rahatsızlık vermemiş gömülü dişler de çekilebilir.

Gömülü dişler, sürme eğilimine girmesi halinde, sürebilmesi için gerekli çene genişliğine sahip olmayan hastalarda devamlı olabilecek bir basınç ağrısının ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Diş protezi yapılmadan önce, çenelerde herhangi bir enfeksiyon varlığı olmaması, protezin uzun yıllar kullanılabilmesi için gereklidir. Bu yüzden protez aşamasından önce çenelerinizde bulunan tüm gömülü dişlerin çekilmesi gerekebilir.

Ortodontik tedavi öncesi gömülü diş varlığı, yapılacak olan tedavinin süresini uzatabilir veya başarısız olmasına yol açabilir. Ortodontik tedavi sonrasında ise yapılan tedavinin bozulmasına, diş ilişkilerinin eski haline dönmesine yol açabilir.

Size önerilen tedavi şekli, “lokal anestezi altında cerrahi olarak gömülü diş çekimi”dir. Çekim sırasında ilgili bölgenin duyuşal sinirleri uyuşturulacaktır. Çekim sırasında basınç dışında herhangi bir rahatsızlık duymayacaksınız. Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar şunlardır;

1. İşlem sonrası rahatsızlık hissi, ağrı ve/veya şişlik, yüzde renk değişikliği
2. Ağız açma / kapama hareketlerinde kısıtlılık, çene eklemde rahatsızlık.
3. Süresi uzayabilecek şekilde hafif/orta/ağır kanama
4. Çekim bölgesine ait sinirlerde geçici ya da kalıcı uyuşukluk (dil,dudak,çene ucu)
5. Çene kemiğinde çatlak ya da kırık oluşumu
6. Komşu dişlerde bulunan restorasyonların (dolgu, kaplama) kırılması, yerinden oynaması veya çıkması, komşu dişte sallanma veya harabiyet
7. Çekim sonrası çene kemiklerinde düzensizlik
8. Çekim sırasında diş kökünün bir kısmının kırılarak kemik içinde kalması veya çevre dokulara kaçması
9. İşlem sonrası enfeksiyon gelişimi
10. İşlem öncesi ya da sonrası, antibiyotik, ağrı kesici ve diğer ilaçların kullanımına bağlı, ilaç prospektüsünde belirtilen yan etkilerin görülmesi

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Aşağıda imzası olan ben/ hastam doktorlar tarafından hastalığımın / hastalığının tanısı, tedavi planı ve alternatif tedaviler hakkında bilgilendirildim. Lokal anestezi altında cerrahi olarak gömülü diş çekilmesini kabul ediyorum. Tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar, % 100 başarının olamayabileceği bana anlatıldı. Anladım ve Kabul ettim. Tedavim hakkında merak ettiğim tüm sorulara cevap verildi.

Katılımcı

Adı, soyadı: Yaşı: Eğitim Düzeyi:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel :

İmza:

Tablo 3.5. Aydınlatılmış Onam Sonrası Vizüel Analog Skala

Aydınlatılmış Onam Formunu okuduktan sonra endişenizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

- a. Hayır olmadı
- b. Evet oldu

Eğer olduysa şu andaki endişe durumunuzu yeniden işaretler misiniz ?

0 = Hiç endişeli değilim

10 = Operasyondan vazgeçip buradan gitmek isteyecek kadar endişeliyim

0 _____ 10

Tablo 3.6. Modifiye Dental Anksiyete Ölçüm Anketi

Aşağıdaki soruları şu andaki düşüncelerinizle cevaplayınız.

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

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

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

Çalışmada kullanılan her iki aydınlatılmış onam formunda da görülebilecek tüm komplikasyonlardan söz edildi. Ancak hasta grubuna onaylatılan ayrıntılı aydınlatılmış onam formunda tüm komplikasyonlardan ve oluşması durumunda yapılması gerekebilecek tüm ek tedavilerden ayrıntılarıyla bahsedildi. Ayrıntılı ve normal aydınlatılmış onam formları arasındaki farklılıklar Tablo 3.7’de gösterilmiştir.

Tablo 3.7.Ayrıntılı ve Normal Aydınlatılmış Onam Formları Arasındaki Farklar

Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formu	Normal Aydınlatılmış Onam Formu
1.Birkaç gün boyunca ev istirahatini gerektirecek rahatsızlık hissi, ağrı olabilir.	1.İşlem sonrası rahatsızlık hissi, ağrı ve/veya şişlik, yüzde renk değişikliği olabilir.
2.Ağız açma / kapama hareketlerinde, ağzınızın uzun süreli açık kalmasına bağlı olarak kısa veya uzun süre sürebilecek kısıtlılık görülebilir.	2.Ağız açma / kapama hareketlerinde kısıtlılık, çene eklemünde rahatsızlık görülebilir.
3.Çekim bölgesinde yüzde/boyunda birkaç gün sürebilecek renk değişikliği ve şişlik olabilir. Operasyon sonrası soğuk kompres uygulaması oluşma riskini azaltır.	
4.Süresi uzayabilecek şekilde hafif/orta/ağır kanama. Olması durumunda kanama müdahalesi bölümümüzde yapılacaktır.	3.Süresi uzayabilecek şekilde hafif/orta/ağır kanama görülebilir.
5.Çekim bölgesine ait sinirlerde geçici ya da kalıcı uyuşukluk görülebilir. Bu risk her alt çene gömülü yirmi yaş çekiminde olmakla beraber, yüksek riskli dişlerden önce size ayrıca sözel bilgilendirme yapılacaktır. (dil,dudak,çene ucunda kas hareketlerini kısıtlamayıp, dokunma hissini ortadan kaldırabilir.)	4.Çekim bölgesine ait sinirlerde geçici ya da kalıcı uyuşukluk (dil,dudak,çene ucu) kalabilir.

6.Çene kemiğinde çatlak ya da kırık oluşabilir. Oluşması durumunda tedavisi daha ileri bir cerrahi ile bölümümüzde yapılabilir.	5.Çene kemiğinde çatlak ya da kırık oluşabilir.
7.Komşu dişlerde bulunan restorasyonların (dolgu, kaplama) kırılması, yerinden oynaması veya çıkması, komşu dişte sallanma veya harabiyet görülebilir.	6.Komşu dişlerde bulunan restorasyonların (dolgu, kaplama) kırılması, yerinden oynaması veya çıkması, komşu dişte sallanma veya harabiyet görülebilir.
8.Çekim sonrası çene kemiklerinde düzensizlik oluşabilir. Oluşması durumunda ayrı bir cerrahi ile tedavi edilebilir.	7. Çekim sonrası çene kemiklerinde düzensizlik oluşabilir.
9.Çekim sırasında diş kökünün bir kısmının kırılarak kemik içinde kalabilir veya çevre dokulara kaçabilir (bu durumda ek ileri cerrahi işlem gerekebilir) veya bazı durumlarda yaygın cerrahiyle çıkarılmaları daha riskli olabileceğinden küçük kök uçlarının çene içinde bırakılmasına karar verilebilir.	8.Çekim sırasında diş kökünün bir kısmının kırılarak kemik içinde kalabilir veya çevre dokulara kaçabilir.
10.İşlem sonrası çekim kavitesinde iltihap gelişimi. Bu durumda iyileşme süresi uzayıp, semptomlar uzun sürebilir.	9.İşlem sonrası enfeksiyon gelişimi
11.İşlem öncesi ya da sonrası, antibiyotik, ağrı kesici ve diğer ilaçların kullanımına bağlı, ilaç prospektüsünde belirtilen yan etkiler görülebilir.	10.İşlem öncesi ya da sonrası, antibiyotik, ağrı kesici ve diğer ilaçların kullanımına bağlı, ilaç prospektüsünde belirtilen yan etkilerin görülmesi

3.2.2. Vital Bulguların Ölçülmesi

İşlem öncesinde tüm hastalar monitörize edildi. Başlangıç vital bulgularının saptanması amacıyla bekleme odasına girer girmez, formları okumadan önce ve ameliyat sırasındaki vital bulguların saptanması amacıyla insizyon yapılırken ölçümler yapıldı. Uzayabilecek ameliyat süresinin vital bulguları etkilememesi amacıyla ameliyat sırasında yapılacak ölçüm tek bir seferle sınırlandırıldı.

3.2.2.1. Kalp Atım Hızı

60-80 atım/dakika aralığı normal olarak kabul edildi. 60 atım/dakika altındaki değerler bradikardi, 80 atım/dakika üstündeki değerler ise taşikardi olarak değerlendirildi(117) .

3.2.2.2. Kan Basıncı

Sistolik kan basıncı için 120-140 mmHg aralığı, diastolik kan basıncı için de 80-90 mmHg aralığı normal olarak kabul edildi(117) .

3.2.2.3. Oksijen Satürasyonu

Oksijenizasyon seviyesinin minimum %90 olmasına dikkat edildi(117) .

3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme Yöntemleri

Çalışmamızın istatistiksel analizleri Hacettepe Üniversitesi Bioistatistik Anabilim Dalı'nda SPSS 11.5 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin zaman içindeki değişimi, normal dağılım gösteren veriler için "Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi", normal dağılım göstermeyenler için "*Friedman testi*" ile test edilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için "iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi", normal dağılım göstermeyenler için "*Mann Whitney U testi*" kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki korelasyonlar "*Pearson ve Spearman's rho korelasyon katsayısı*" ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p=0,05$ alınmıştır.

4.BULGULAR

Toplam 80 hasta 2 gruba ayrıldı. Normal Aydınlatılmış Onam Formu doldurtulan ilk grup (Kontrol Grubu) 20 kadın ve 20 erkek hastadan, Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formu Doldurtulan ikinci grup da (Hasta Grubu) aynı şekilde 20 kadın ve 20 erkek hastadan oluşmaktaydı. (Tablo 4.1)

Tablo 4.1 Hastaların cinsiyete göre grup içinde dağılımı

			Grup		Toplam
			Kontrol	Hasta	
Cinsiyet	E	Sayı	20	20	40
		Grup içinde %	50,0%	50,0%	50,0%
	K	Sayı	20	20	40
		Grup içinde %	50,0%	50,0%	50,0%
Toplam		Sayı	40	40	80
		Grup içinde %	100,0%	100,0%	100,0%

2 grupta yer alan 80 hasta eğitim durumlarına göre iki grupta incelendi. İlk grup İlköğretim (İlkokul-Ortaokul ve Lise Mezunları), ikinci grup Yükseköğretim (Üniversite ve üstü) grubu olarak adlandırıldı. (Tablo 4.2)

Tablo 4.2 Hastaların eğitim durumlarına göre gruplar içindeki dağılımları

			Grup		Toplam
			Kontrol	Hasta	
Eğitim Durumu	İLKÖĞRETİM	Sayı	15	15	30
		Grup içinde %	37,5%	37,5%	22,5%
	YÜKSEKÖĞRETİM	Sayı	25	25	50
		Grup içinde %	62,5%	62,5%	62,5%
Toplam		Sayı	40	40	80
		Grup içinde %	100,0%	100,0%	100,0%

Yaşları 18-49 yaşları arasında değişen (ortalama 23,3) 80 hasta yaşlarına göre 3 gruba ayrıldı. İlk grup 18-20 yaş arasındaki hastalardan, ikinci grup 21-25 yaş arasındaki hastalardan, üçüncü grup ise 26 ve üzerindeki yaşta hastalardan oluşmaktaydı. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3 Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

			Grup		Toplam
			Kontrol	Hasta	
Yaş	18-20	Sayı	10	12	22
		Grup içindeki %	25,0%	30,0%	27,5%
	21-25	Sayı	20	19	39
		Grup içindeki %	50,0%	47,5%	48,8%
	26 +	Sayı	10	9	19
		Grup içindeki %	25,0%	22,5%	23,8%
Toplam		Sayı	40	40	80
		Grup içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.VİTAL BULGULAR

4.1.1.Kalp Atım Hızı (Nabız)

Hastaların kalp atım hızları bekleme salonuna girdiklerinde (N1) ve operasyonun başlangıcında (N2) ölçüldü. N1 ve N2 değerleri gruplar arasında (Tablo 4.4), cinsiyetler arasında (Tablo 4.5), yaş grupları arasında (Tablo 4.6) ve eğitim durumu gruplarına (Tablo 4.7) göre ayrı ayrı değerlendirildi. Kalp atım hızı değişimlerinin ($ND=N2-N1$) cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine göre değerlendirildiğine saptanan değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak yapılan iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.001$) arttığı saptandı (Tablo 4.8, Şekil 4.1). Gruplara göre değerlendirildiğinde, kalp atım hızı ortalama değerlerinin hasta grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.4 Nabız değerlerinin gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		Ortalama	Standart Sapma	Sayı
N1	Kontrol	88,50	15,371	40
	Hasta	92,00	17,282	40
	Toplam	90,25	16,346	80
N2	Kontrol	95,43	17,146	40
	Hasta	101,43	15,797	40
	Toplam	98,43	16,656	80

Tablo 4.5 Nabız değerlerinin cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
N1	Kontrol	E	83,10	13,086	20
		K	93,90	15,884	20
		Toplam	88,50	15,371	40
	Hasta	E	91,65	18,233	20
		K	92,35	16,743	20
		Toplam	92,00	17,282	40
	Toplam	E	87,38	16,252	40
		K	93,13	16,128	40
		Toplam	90,25	16,346	80
N2	Kontrol	E	90,85	14,791	20
		K	100,00	18,456	20
		Toplam	95,43	17,146	40
	Hasta	E	100,60	17,482	20
		K	102,25	14,323	20
		Toplam	101,43	15,797	40
	Toplam	E	95,73	16,729	40
		K	101,13	16,346	40
		Toplam	98,43	16,656	80

Tablo 4.6 Nabız değerlerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
N1	Kontrol	18-20	90,70	12,763	10
		21-25	91,80	14,795	20
		26 +	79,70	16,826	10
		Toplam	88,50	15,371	40
	Hasta	18-20	93,33	21,116	12
		21-25	92,00	13,581	19
		26 +	90,22	20,535	9
		Total	92,00	17,282	40
	Toplam	18-20	92,14	17,469	22
		21-25	91,90	14,030	39
		26 +	84,68	18,924	19
		Toplam	90,25	16,346	80
N2	Kontrol	18-20	100,20	15,950	10
		21-25	99,40	16,452	20
		26 +	82,70	14,415	10
		Toplam	95,43	17,146	40
	Hasta	18-20	97,92	13,290	12
		21-25	104,95	15,440	19
		26 +	98,67	19,513	9
		Toplam	101,43	15,797	40
	Toplam	18-20	98,95	14,244	22
		21-25	102,10	16,005	39
		26 +	90,26	18,445	19
		Toplam	98,43	16,656	80

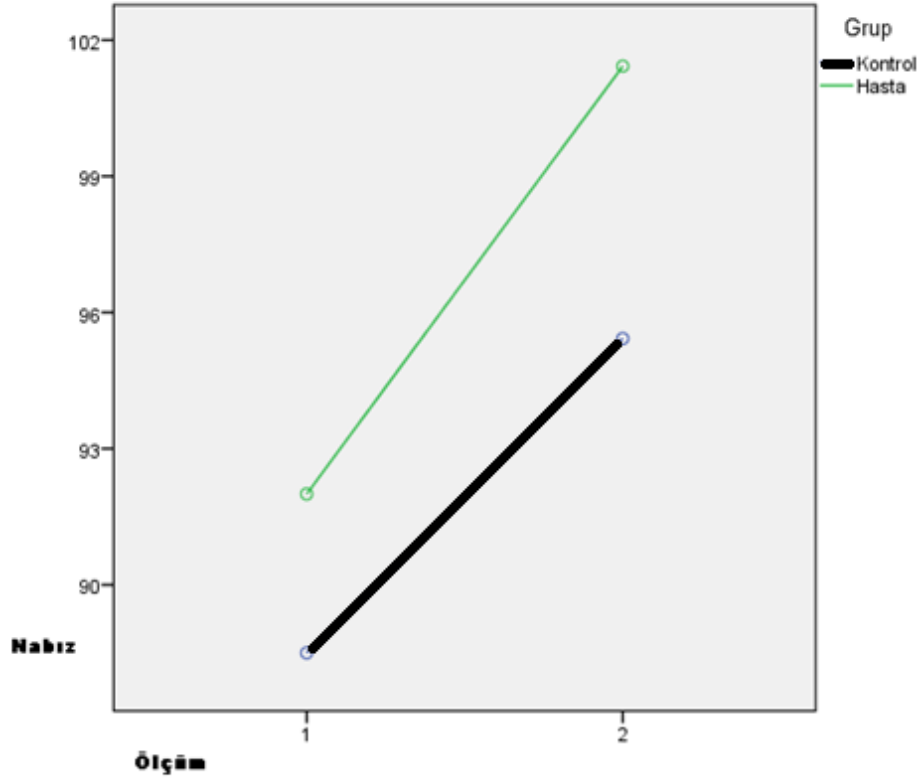
Tablo 4.7 Nabız değerlerinin eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
N1	Kontrol	Lise ve altı	91,00	15,856	15
		Üniversite	87,00	15,199	25
		Toplam	88,50	15,371	40
	Hasta	Lise ve altı	86,13	16,991	15
		Üniversite	95,52	16,808	25
		Toplam	92,00	17,282	40
	Toplam	Lise ve altı	88,57	16,336	30
		Üniversite	91,26	16,433	50
		Toplam	90,25	16,346	80
N2	Kontrol	Lise ve altı	93,13	16,775	15
		Üniversite	96,80	17,559	25
		Toplam	95,43	17,146	40
	Hasta	Lise ve altı	93,13	11,855	15
		Üniversite	106,40	15,961	25
		Toplam	101,43	15,797	40
	Toplam	Lise ve altı	93,13	14,273	30
		Üniversite	101,60	17,300	50
		Toplam	98,43	16,656	80

Tablo 4.8 İki nabız ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi

Grup		N	Ortalama	Std.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Nabız Değişimi	Kontrol	40	6,60	14,182	6,00	-25	39
	Hasta	40	9,45	11,451	9,50	-9	36
	Toplam	80	8,03	12,887	7,00	-25	39

Şekil 4.1 Nabız gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik



4.1.2. Satürasyon değerleri

Hastaların satürasyonları bekleme salonuna girdiklerinde (S1) ve operasyonun başlangıcında (S2) ölçüldü. S1 ve S2 değerleri gruplar arasında (Tablo 4.9), cinsiyet grupları arasında (Tablo 4.10), yaş grupları arasında (Tablo 4.11) ve eğitim düzeyi grupları arasında (Tablo 4.12) ayrı ayrı değerlendirildi. Cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde satürasyon değerlerindeki değişimlerde (SD) belirgin bir fark gözlenmedi. Ancak yapılan iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.001$) arttığı saptandı. (Tablo 4.13, Şekil 4.2)

Tablo 4.9 Satürasyon değerlerinin gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sat1	Kontrol	99,10	,982	40
	Hasta	99,10	1,236	40
	Toplam	99,10	1,109	80
Sat2	Kontrol	99,45	,815	40
	Hasta	99,53	1,320	40
	Toplam	99,49	1,091	80

Tablo 4.10 Satürasyon değerlerinin cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sat1	Kontrol	E	98,90	,912	20
		K	99,30	1,031	20
		Toplam	99,10	,982	40
	Hasta	E	98,75	1,446	20
		K	99,45	,887	20
		Toplam	99,10	1,236	40
	Toplam	E	98,83	1,196	40
		K	99,38	,952	40
		Toplam	99,10	1,109	80
Sat2	Kontrol	E	99,45	,826	20
		K	99,45	,826	20
		Toplam	99,45	,815	40
	Hasta	E	99,45	1,050	20
		K	99,60	1,569	20
		Toplam	99,53	1,320	40
	Toplam	E	99,45	,932	40
		K	99,53	1,240	40
		Toplam	99,49	1,091	80

Tablo 4.11 Satürasyon değerlerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

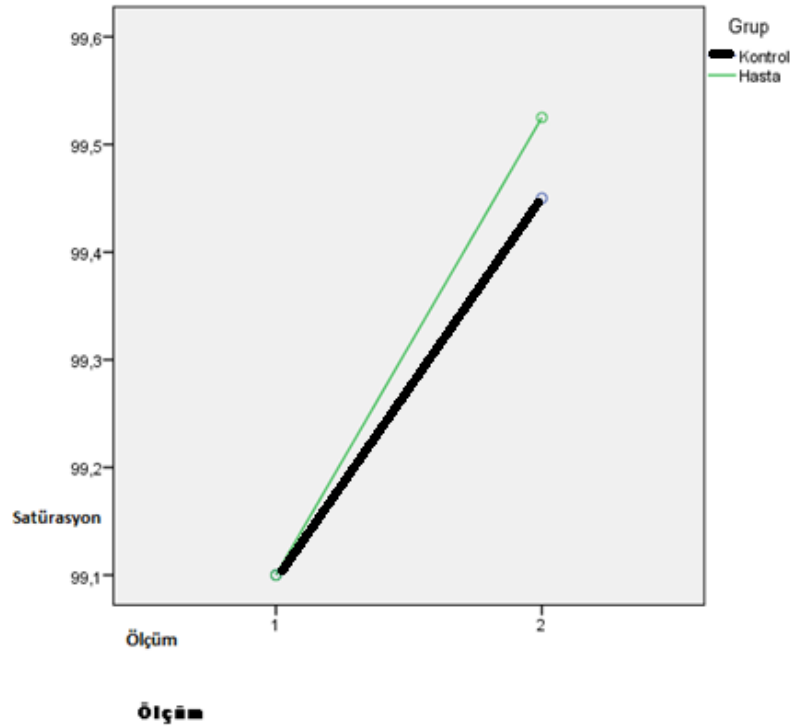
Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sat1	Kontrol	18-20	99,30	,675	10
		21-25	99,15	1,089	20
		26 +	98,80	1,033	10
		Toplam	99,10	,982	40
	Hasta	18-20	99,42	,669	12
		21-25	99,00	1,563	19
		26 +	98,89	1,054	9
		Toplam	99,10	1,236	40
	Toplam	18-20	99,36	,658	22
		21-25	99,08	1,326	39
		26 +	98,84	1,015	19
		Toplam	99,10	1,109	80
Sat2	Kontrol	18-20	99,90	,316	10
		21-25	99,35	,813	20
		26 +	99,20	1,033	10
		Toplam	99,45	,815	40
	Hasta	18-20	99,33	2,015	12
		21-25	99,63	1,012	19
		26 +	99,56	,726	9
		Toplam	99,53	1,320	40
	Toplam	18-20	99,59	1,501	22
		21-25	99,49	,914	39
		26 +	99,37	,895	19
		Toplam	99,49	1,091	80

Tablo 4.12 Satürasyon değerlerinin eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sat1	Kontrol	Lise ve altı	99,13	,990	15
		Üniversite	99,08	,997	25
		Toplam	99,10	,982	40
	Hasta	Lise ve altı	99,47	,743	15
		Üniversite	98,88	1,424	25
		Toplam	99,10	1,236	40
	Toplam	Lise ve altı	99,30	,877	30
		Üniversite	98,98	1,220	50
		Toplam	99,10	1,109	80
Sat2	Kontrol	Lise ve altı	99,40	,828	15
		Üniversite	99,48	,823	25
		Toplam	99,45	,815	40
	Hasta	Lise ve altı	99,47	1,807	15
		Üniversite	99,56	,961	25
		Toplam	99,53	1,320	40
	Toplam	Lise ve altı	99,43	1,382	30
		Üniversite	99,52	,886	50
		Toplam	99,49	1,091	80

Tablo 4.13 İki satürasyon ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
SatD	Kontrol	40	,35	1,272	-2	3
	Hasta	40	,38	1,849	-7	6
	Toplam	80	,36	1,577	-7	6

Şekil 4.2 Satürasyon değerlerinin gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren

grafik

4.1.3. Kan Basıncı Değerleri

Hastaların kan basınçları bekleme salonuna girdiklerinde (Diastolik:Dia1 ve Sistolik:Sis1) ve operasyonun başlangıcında (Dia2 ve Sis2) ölçüldü.

4.1.3.1. Diastolik Kan Basıncı Değerleri

Dia1 ve Dia2 değerleri gruplar arasında (Tablo 4.14), cinsiyetler arasında (Tablo 4.15), yaş grupları arasında (Tablo 4.16) ve eğitim durumu grupları arasında (Tablo 4.17) ayrı ayrı değerlendirildi. Diastolik Kan Basıncı değerleri değişimleri (DiaD) ölçümler arasında, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirildiğinde, hasta grubu değerleri ortalamasının, kontrol grubuna göre

daha fazla olduğu saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
(Tablo 4.18, Şekil 4.3)

Tablo 4.14 Diastolik kan basıncının gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Dia1	Kontrol	67,80	10,823	40
	Hasta	70,18	9,032	40
	Toplam	68,99	9,977	80
Dia2	Kontrol	65,58	14,443	40
	Hasta	67,50	10,675	40
	Toplam	66,54	12,656	80

Tablo 4.15 Diastolik kan basıncının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Dia1	Kontrol	E	70,45	10,405	20
		K	65,15	10,835	20
		Toplam	67,80	10,823	40
	Hasta	E	69,05	10,195	20
		K	71,30	7,801	20
		Toplam	70,18	9,032	40
	Toplam	E	69,75	10,192	40
		K	68,23	9,825	40
		Toplam	68,99	9,977	80
Dia2	Kontrol	E	70,10	11,196	20
		K	61,05	16,116	20
		Toplam	65,58	14,443	40
	Hasta	E	66,20	12,404	20
		K	68,80	8,746	20
		Toplam	67,50	10,675	40
	Toplam	E	68,15	11,829	40
		K	64,93	13,387	40
		Toplam	66,54	12,656	80

Tablo 4.16 Diastolik kan basıncının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Dia1	Kontrol	18-20	68,80	8,377	10
		21-25	68,65	11,775	20
		26 +	65,10	11,571	10
		Toplam	67,80	10,823	40
	Hasta	18-20	68,00	11,298	12
		21-25	70,58	6,067	19
		26 +	72,22	11,278	9
		Toplam	70,18	9,032	40
	Toplam	18-20	68,36	9,854	22
		21-25	69,59	9,366	39
		26 +	68,47	11,697	19
		Toplam	68,99	9,977	80
Dia2	Kontrol	18-20	64,20	8,522	10
		21-25	63,75	18,459	20
		26 +	70,60	8,631	10
		Toplam	65,58	14,443	40
	Hasta	18-20	62,00	10,471	12
		21-25	70,32	8,976	19
		26 +	68,89	12,534	9
		Toplam	67,50	10,675	40
	Toplam	18-20	63,00	9,477	22
		21-25	66,95	14,818	39
		26 +	69,79	10,385	19
		Toplam	66,54	12,656	80

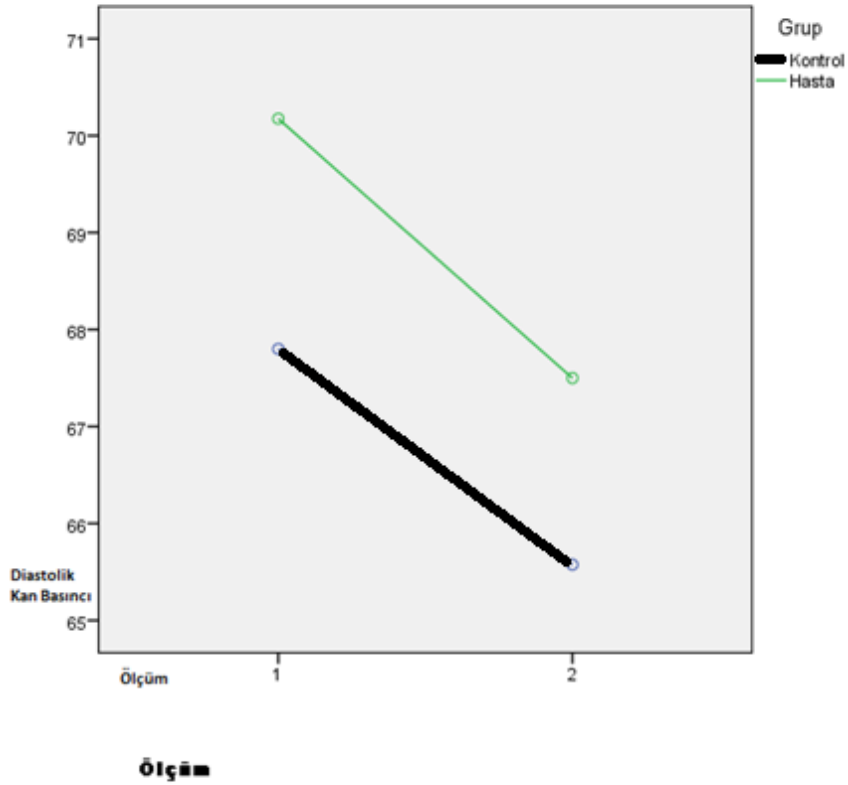
Tablo 4.17 Diastolik kan basıncının eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Dia1	Kontrol	Lise ve altı	66,67	9,178	15
		Üniversite	68,48	11,829	25
		Toplam	67,80	10,823	40
	Hasta	Lise ve altı	68,93	10,740	15
		Üniversite	70,92	7,984	25
		Toplam	70,18	9,032	40
	Toplam	Lise ve altı	67,80	9,883	30
		Üniversite	69,70	10,064	50
		Toplam	68,99	9,977	80
Dia2	Kontrol	Lise ve altı	67,27	7,507	15
		Üniversite	64,56	17,414	25
		Toplam	65,58	14,443	40
	Hasta	Lise ve altı	62,00	9,095	15
		Üniversite	70,80	10,328	25
		Toplam	67,50	10,675	40
	Toplam	Lise ve altı	64,63	8,620	30
		Üniversite	67,68	14,516	50
		Toplam	66,54	12,656	80

Tablo 4.18 İki diastolik kan basıncı ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
DiaD	Kontrol	40	-,73	10,534	0,00	-36	26
	Hasta	40	-2,23	9,138	-1,50	-25	14
	Toplam	80	-1,48	9,828	-1,00	-36	26

Şekil 4.3 Diastolik kan basıncının gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik



4.1.3.2. Sistolik Kan Basıncı Değerleri

Sis1 ve Sis2 değerleri gruplar arasında (Tablo 4.19), cinsiyet grupları arasında (Tablo 4.20), yaş grupları arasında (Tablo 4.21) ve eğitim düzeyi grupları arasında (Tablo 4.22) ayrı ayrı değerlendirildi. Sistolik Kan Basıncı değerleri değişimleri (SisD) ölçümler arasında, cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirildiğinde, hasta grubu değerleri ortalamasının, kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (Tablo 4.23, Şekil 4.4)

Tablo 4.19 Sistolik kan basıncının gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		Ortalama	Standart Sapma	N
Sis1	Kontrol	119,50	11,585	40
	Hasta	120,40	12,967	40
	Toplam	119,95	12,226	80
Sis2	Kontrol	116,43	21,474	40
	Hasta	121,53	15,465	40
	Toplam	118,98	18,770	80

Tablo 4.20 Sistolik kan basıncının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sis1	Kontrol	E	124,70	11,748	20
		K	114,30	8,974	20
		Toplam	119,50	11,585	40
	Hasta	E	123,50	10,914	20
		K	117,30	14,346	20
		Toplam	120,40	12,967	40
	Toplam	E	124,10	11,209	40
		K	115,80	11,908	40
		Toplam	119,95	12,226	80
Sis2	Kontrol	E	117,20	28,750	20
		K	115,65	10,893	20
		Toplam	116,43	21,474	40
	Hasta	E	124,30	19,145	20
		K	118,75	10,402	20
		Toplam	121,53	15,465	40
	Toplam	E	120,75	24,376	40
		K	117,20	10,629	40
		Toplam	118,98	18,770	80

Tablo 4.21 Sistolik kan basıncının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sis1	Kontrol	18-20	123,70	10,843	10
		21-25	117,70	12,057	20
		26 +	118,90	11,396	10
		Toplam	119,50	11,585	40
	Hasta	18-20	117,58	14,298	12
		21-25	120,16	11,744	19
		26 +	124,67	13,991	9
		Toplam	120,40	12,967	40
	Total	18-20	120,36	12,930	22
		21-25	118,90	11,814	39
		26 +	121,63	12,676	19
		Toplam	119,95	12,226	80
Sis2	Kontrol	18-20	120,90	12,096	10
		21-25	112,15	28,249	20
		26 +	120,50	9,265	10
		Toplam	116,43	21,474	40
	Hasta	18-20	117,92	16,390	12
		21-25	121,32	12,693	19
		26 +	126,78	19,582	9
		Toplam	121,53	15,465	40
	Total	18-20	119,27	14,343	22
		21-25	116,62	22,291	39
		26 +	123,47	14,957	19
		Toplam	118,98	18,770	80

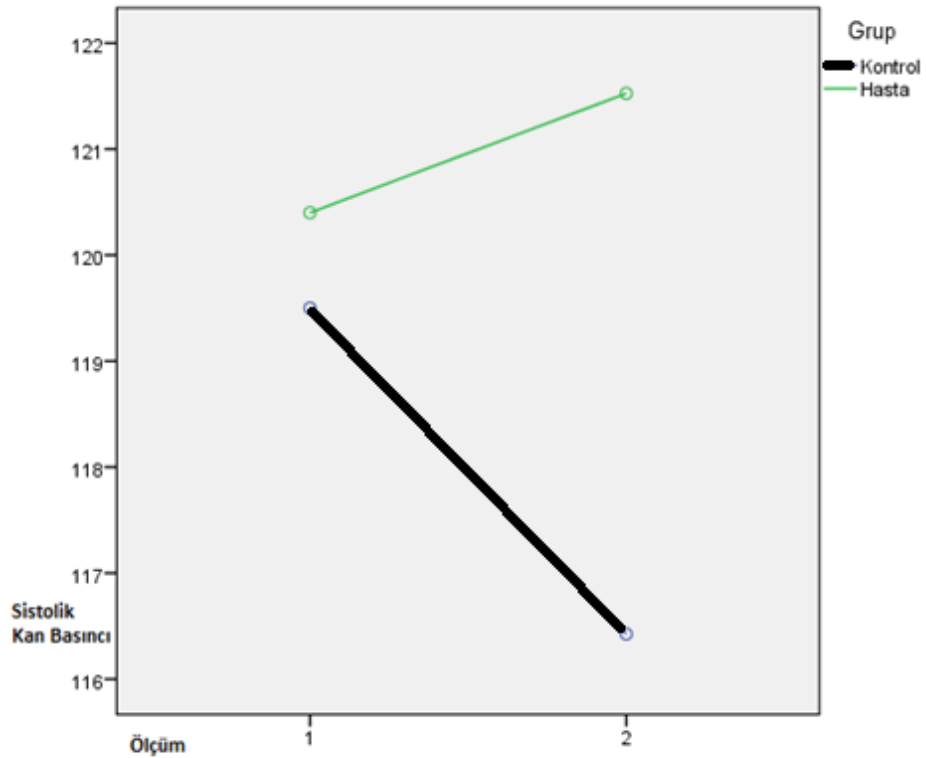
Tablo 4.22 Sistolik kan basıncının eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup			Ortalama	Standart Sapma	Sayı
Sis1	Kontrol	Lise ve altı	116,00	8,384	15
		Üniversite	121,60	12,839	25
		Total	119,50	11,585	40
	Hasta	Lise ve altı	117,60	12,403	15
		Üniversite	122,08	13,254	25
		Total	120,40	12,967	40
	Toplam	Lise ve altı	116,80	10,433	30
		Üniversite	121,84	12,916	50
		Total	119,95	12,226	80
Sis2	Kontrol	Lise ve altı	110,60	29,631	15
		Üniversite	119,92	14,256	25
		Total	116,43	21,474	40
	Hasta	Lise ve altı	113,33	15,967	15
		Üniversite	126,44	13,147	25
		Total	121,53	15,465	40
	Toplam	Lise ve altı	111,97	23,428	30
		Üniversite	123,18	13,966	50
		Total	118,98	18,770	80

Tablo 4.23 İki sistolik kan basıncı ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
SisD	Kontrol	40	-,58	9,912	-1,00	-32	18
	Hasta	40	2,25	12,461	2,50	-22	26
	Toplam11	80	,84	11,277	1,00	-32	26

Şekil 4.4 Sistolik kan basıncının gruplara ve ölçüme göre değişimini gösteren grafik



4.2. Vizüel Analog Skala Ölçüm Değerleri

VAS skorları da önceki değişkenlerde olduğu gibi gruplar arasında (Tablo 4.24) , yaş grupları arasında (Tablo 4.25), cinsiyet grupları arasında (Tablo 4.26), eğitim düzeyi grupları arasında (Tablo 4.27) ve ölçüm zamanına (Tablo 4.28) göre değerlendirildi. Yaş ve eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirildiğinde VAS skorları değişimlerinde (VASD) herhangi bir fark saptanmadı. Cinsiyet gruplarına göre değerlendirildiğinde erkek hasta grubunda VASD değerlerinin, kadın hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$).

VASD gruplara göre değerlendirildiğinde ise ayrıntılı aydınlatılmış onam formu imzalatılan “Hasta Grubu”nda, normal aydınlatılmış onam formu imzalatılan “Kontrol Grubu”na göre daha fazla artış olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0.023$).

Tablo 4.24 VAS skorlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		Ortalama	Standart Sapma	Sayı
VAS1	Kontrol	42,60	29,824	40
	Hasta	39,68	30,447	40
	Total	41,14	29,982	80
VAS2	Kontrol	42,85	29,883	40
	Hasta	46,53	29,643	40
	Total	44,69	29,632	80

Tablo 4.25 VAS skorlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol VAS1	18-20	10	48,40	32,046	61,00	0	84
	21-25	20	44,30	28,407	49,00	0	100
	26 +	10	33,40	31,401	27,50	0	100
	Total	40	42,60	29,824	40,50	0	100
Hasta VAS1	18-20	12	36,17	32,237	28,50	0	100
	21-25	19	49,00	30,432	47,00	0	100
	26 +	9	24,67	22,978	19,00	0	62
	Total	40	39,68	30,447	38,00	0	100
Toplam VAS1	18-20	22	41,73	31,990	41,00	0	100
	21-25	39	46,59	29,117	48,00	0	100
	26 +	19	29,26	27,345	20,00	0	100
	Total	80	41,14	29,982	38,00	0	100
Kontrol VAS2	18-20	10	51,20	35,427	56,50	5	91
	21-25	20	43,05	26,694	50,00	0	80
	26 +	10	34,10	30,784	33,00	0	100
	Total	40	42,85	29,883	48,00	0	100
Hasta VAS2	18-20	12	38,25	20,872	39,00	13	80
	21-25	19	55,58	33,162	50,00	0	100
	26 +	9	38,44	28,975	41,00	0	81
	Total	40	46,53	29,643	50,00	0	100
Toplam VAS2	18-20	22	44,14	28,454	46,50	5	91
	21-25	39	49,15	30,289	50,00	0	100
	26 +	19	36,16	29,188	38,00	0	100
	Total	80	44,69	29,632	49,00	0	100

Tablo 4.26 VAS skorlarının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol VAS1	E	20	37,75	28,185	40,50	0	80
	K	20	47,45	31,334	40,50	0	100
	Total	40	42,60	29,824	40,50	0	100
Hasta VAS1	E	20	31,50	32,733	21,50	0	100
	K	20	47,85	26,280	47,50	0	100
	Total	40	39,68	30,447	38,00	0	100
Toplam VAS1	E	40	34,63	30,315	28,50	0	100
	K	40	47,65	28,546	47,50	0	100
	Total	80	41,14	29,982	38,00	0	100
Kontrol VAS2	E	20	37,50	27,858	39,00	0	88
	K	20	48,20	31,570	53,00	0	100
	Total	40	42,85	29,883	48,00	0	100
Hasta VAS2	E	20	44,05	33,746	40,00	0	100
	K	20	49,00	25,534	50,00	1	100
	Total	40	46,53	29,643	50,00	0	100
Toplam VAS2	E	40	40,78	30,722	39,00	0	100
	K	40	48,60	28,344	50,00	0	100
	Total	80	44,69	29,632	49,00	0	100

Tablo 4.27 VAS skorlarının eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol VAS1	Lise ve altı	15	41,47	29,931	33,00	0	86
	Üniversite	25	43,28	30,357	48,00	0	100
	Total	40	42,60	29,824	40,50	0	100
Hasta VAS1	Lise ve altı	15	34,40	33,260	20,00	0	100
	Üniversite	25	42,84	28,866	41,00	0	100
	Total	40	39,68	30,447	38,00	0	100
Toplam VAS1	Lise ve altı	30	37,93	31,296	30,00	0	100
	Üniversite	50	43,06	29,318	43,50	0	100
	Total	80	41,14	29,982	38,00	0	100
Kontrol VAS2	Lise ve altı	15	41,73	31,590	48,00	0	91
	Üniversite	25	43,52	29,458	48,00	0	100
	Total	40	42,85	29,883	48,00	0	100
Hasta VAS2	Lise ve altı	15	33,60	24,529	26,00	5	80
	Üniversite	25	54,28	30,164	50,00	0	100
	Total	40	46,53	29,643	50,00	0	100
Toplam VAS2	Lise ve altı	30	37,67	28,095	31,00	0	91
	Üniversite	50	48,90	30,004	50,00	0	100
	Total	80	44,69	29,632	49,00	0	100

Tablo 4.28 İki VAS skoru ölçümü arası değişimin değerlendirilmesi

Grup				Sayı	Ortalama Skor	Skorların toplamı
Kontrol	E	VAS2 Skoru – VAS1 Skoru	Negatif Sonuç	4	4,63	18,50
			Pozitif Sonuç	5	5,30	26,50
			Eşit	11		
			Toplam	20		
	K	VAS2 Skoru – VAS1 Skoru	Negatif Sonuç	5	4,70	23,50
			Pozitif Sonuç	5	6,30	31,50
			Eşit	10		
			Toplam	20		
Hasta	E	VAS2 Skoru – VAS1 Skoru	Negatif Sonuç	0	0,00	0,00
			Pozitif Sonuç	14	7,50	105,00
			Eşit	6		
			Toplam	20		
	K	VAS2 Skoru – VAS1 Skoru	Negatif Sonuç	5	10,80	54,00
			Pozitif Sonuç	10	6,60	66,00
			Eşit	5		
			Toplam	20		

4.3 Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) Skorlarının değerlendirilmesi

MDAS skorları da gruplar arasında (Tablo 4.29) , yaş grupları arasında (Tablo 4.30), cinsiyet grupları arasında (Tablo 4.31) ve eğitim düzeyi grupları arasında (Tablo 4.32) ayrı ayrı değerlendirildi. İki grup arasında ve hasta yaşlarına göre yapılan değerlendirilmede herhangi bir fark saptanmadı. Normal aydınlatılmış onam formu imzalatılan kontrol grubunda erkek hastaların MDAS skorlarının, kadın hastaların MDAS skorlarına göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.049$). Ayrıntılı aydınlatılmış onam formu imzalatılan hasta grubunda da üniversite ve üstü mezunlarının MDAS skorlarının lise ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.005$). MDAS skorlarına göre hasta grubunda 6 (%15), kontrol

grubunda 2 (%5) olmak üzere toplam 8 hastada (%10) şiddetli anksiyete (19 ve üzeri MDAS skoru) tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.29 MDAS skorlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Grup		N	Ortalama	Standart Sapma
Puan	Kontrol	40	11,58	3,587
	Hasta	40	12,40	3,733

Tablo 4.30 MDAS skorlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		N	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol	18-20	10	14,10	3,414	13,00	11	21
	21-25	20	11,25	3,127	11,00	5	17
	26 +	10	9,70	3,498	10,50	5	14
	Total	40	11,58	3,587	12,00	5	21
Hasta	18-20	12	11,17	1,850	11,50	9	13
	21-25	19	13,74	4,495	14,00	5	21
	26 +	9	11,22	3,114	13,00	6	14
	Total	40	12,40	3,733	13,00	5	21
Toplam	18-20	22	12,50	3,004	12,00	9	21
	21-25	39	12,46	4,006	12,00	5	21
	26 +	19	10,42	3,322	12,00	5	14
	Total	80	11,99	3,661	12,00	5	21

Tablo 4.31 MDAS skorlarının cinsiyet gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		N	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol	E	20	12,75	2,945	11,00	5	15
	K	20	10,40	3,851	12,50	5	21
	Total	40	11,58	3,587	12,00	5	21
Hasta	E	20	12,80	3,960	12,50	5	20
	K	20	12,40	3,548	13,00	8	21
	Total	40	12,40	3,733	13,00	5	21
Toplam	E	40	12,78	3,539	12,00	5	20
	K	40	11,20	3,655	13,00	5	21
	Total	80	11,99	3,661	12,00	5	21

Tablo 4.32 MDAS skorlarının eğitim düzeyi gruplarına göre değerlendirilmesi

Grup		N	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Kontrol	Lise ve altı	15	11,33	4,030	11,00	5	21
	Üniversite	25	11,72	3,373	12,00	5	19
	Total	40	11,58	3,587	12,00	5	21
Hasta	Lise ve altı	15	10,40	2,324	10,00	6	14
	Üniversite	25	13,60	3,937	13,00	5	21
	Total	40	12,40	3,733	13,00	5	21
Toplam	Lise ve altı	30	10,87	3,267	11,00	5	21
	Üniversite	50	12,66	3,750	13,00	5	21
	Total	80	11,99	3,661	12,00	5	21

Tablo 4.33 Yaygın anksiyete görülen hastaların gruplara göre dağılımı

Grup		Sayı	Yüzde
Kontrol	Normal Anksiyete	38	95
	Yaygın Anksiyete	2	5
Hasta	Normal Anksiyete	34	85
	Yaygın Anksiyete	6	15
Toplam	Normal Anksiyete	72	90
	Yaygın Anksiyete	8	10

5.TARTIŞMA

Aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulaması ön koşullarından biridir ve tıp ve diş hekimliği etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik; bir kişi ya da topluluğun kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermek ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunma olanağı olarak tanımlanabilir(27) . Bunun bir uzantısı olarak özerk kişinin, kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılmasının koşulları sağlanmalıdır.

Günümüz tıp ve diş hekimliği etiği anlayışı içinde; özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi biyomedikal etiğin temel ilkeleri ile savunulabilen aydınlatılmış onam; hastanın kendi kararını vermesi esasına dayanan, hastanın karar verme aşamasına katılabilmesini sağlayan, doktor hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanmasını ve anlaşılır olmasını da zorunlu kılan bu öğreti(1,2) , doktor hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hasta hekim ilişkisini bir konum olmaktan çıkartarak bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelmektedir (3) .

Medikal tedavi öncesi hastaların aydınlatılmış onam aracılığı ile bilgi alabilmesi doktor-hasta ilişkisinde bir dönüm noktasıdır. Son yıllarda, hastaların medikal bakımlarına olan ilgilerinin ve malpraktis (hatalı işlem) davalarının artması, aydınlatılmış onamın önemini yeniden arttırmıştır. Buna rağmen aydınlatılmış onam formunun hazırlanması bir çok sorunla ilişkilidir(118) . Medikal veya dental tedavi görecekten hastadan sağlıklı bir şekilde aydınlatılmış onam alınabilmesi için şu 3 konuya dikkat edilmesi gerekir; Hasta akla yatkın ve mantıklı bir şekilde karar verebilecek durumda mı?, aydınlatılmış onam gönüllü olarak mı imzalandı?, hastaya operasyon öncesi yeteri kadar bilgi verildi mi?(119) Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalarda bu konulara gereken özen gösterilmiştir.

Bazen kompleks tıbbi bilginin aktarılması zordur ve ayrıca bu hastaları olumsuz yönde etkileyebilir(120) . Ayrıntılı aydınlatılmış onamın hastaların anksiyete ve stresini arttırdığı rapor edilmiştir(121,122) . Anksiyete davranışsal ve fizyolojik değişikliklere sebep olabilir, ve bu özellikle gizli kalp iskemisine sahip hastalarda,

daha az bilgi verilmiş hastalara göre hasta için daha yüksek risk oluşturur(123) . Ayrıntılı aydınlatılmış onam formu verilen hastalarda gelişen fizyolojik stres de ayrıca hastaların formu tam olarak anlayabilmesine engel olabilmektedir(122) .

Anksiyete terimi Latince bir kelime olup *anxius*'tan gelmektedir ve ilk kullanımı 1525 yılına kadar uzanır. Latince kaygı ve üzüntü hali olarak tanımlanmıştır(124) . Anksiyete, otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı somatik belirtilere eşlik eden, korku hissi ile karakterize patolojik bir durum olarak ifade edilir(34) . Potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkarak, organizmanın tehlikeli durumdan kendini sakınıp, yaşamının devam etmesini sağlayan normal anksiyete, aslında organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir. Fakat normal anksiyeteye, objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu eklenirse bu durum “şiddetli anksiyete” olarak adlandırılır (125) .

Kişi anksiyeteyi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar. Çok hafif tedirginlikten başlayarak, panik atağı derecesine kadar değişebilen yoğunluklarda olabilir. Ağır seyrettiği durumlarda kişi bu durumu en güçlü fiziksel ağrılardan daha rahatsız edici bulduğunu belirtir ve bu sıkıntının giderilmesi için her şeye razı olduğunu söyler. Ayrıca organizma anksiyeteyi nedeni bilinmeyen bir tehlike şeklinde algıladığı için doğal savunma mekanizması olarak otonom sinir sistemi uyarılır ve buna bağlı olarak kan basıncının yükselmesi, nabzın hızlanması, kaslarda tonus artışı, terleme vb. gibi fizyolojik belirtiler görülür(32) . Anksiyete konusundaki epidemiyolojik çalışmalarda oldukça farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bunun en önemli nedenleri dayanak alınan tanı ölçütlerinin farklı olması, kullanılan ölçek ya da envanterlerin farklılığı, örneklem sayılarının küçük olması ve görüşmecilerin farklı mesleklerden ve sosyokültürel seviyelerden olmasıdır(35) .

Gömülü kalmış mandibular yirmi yaş dişlerinin çekiminden önce hastalara verilen onam formu genelde operasyon sonrası ortaya çıkabilecek geçici veya kalıcı

sinir hasarı, alveolit, enfeksiyon, kanama, trismus, mandibula kırığı, komşu diş hasarı ve ağrı gibi istenmeyen sonuçlarla ilgilidir (126) . Daha fazla bilgi verilmesi stres sebebidir ve anksiyete seviyesini arttırabilir(127) . Yaptığımız çalışmanın amacı da hastaların ameliyat öncesi okuyup imzaladıkları aydınlatılmış onam formunun dental korku ve anksiyete seviyeleri üzerine olan etkisinin ölçülmesiydi. Çalışmamız sonucunda ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun, hastaların anksiyete seviyelerini arttırdığı ve bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hastaların yapılması gereken dental tedavileri yaptırmalarındaki en büyük engel, diş tedavisi nedeniyle duyulan korkuya bağlı gelişen huzursuzluk hali olarak tanımlanan dental korku ve anksiyetedir(50) . Bu nedenle diş tedavisine bağlı korku ve anksiyete reaksiyonları eskiden beri araştırma konusu olmuş, yapılan çok sayıda araştırmanın sonucunda korkunun nedenleri, alınacak önlemler ve tedavisi ile ilgili önemli gelişmeler kaydedilmiştir.

Dental korkunun belirlenmesinde, dental korkuya karşı bireyle ilgili sistemik belirtilerin ölçülmesi, kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve ailenin sosyodemografik durumlarını belirleyen anketler ve görsel skalalar en çok kullanılan yöntemlerdir. Bu yöntemlerden bir tanesi hastadaki davranışsal ve fizyolojik değişikliklerin gözlemlenmesi, diğeri ise hastanın kendi kendine doldurduğu anket formları ve standart ölçeklerin uygulanmasıdır (77) . Tek bir ölçek kullanılarak anksiyetenin tüm yönleriyle ölçülebilmesi çok zor olduğundan dental anksiyetenin sınıflandırılması amacıyla birçok psikometrik ölçek geliştirilmiştir. Bu nedenle dental anksiyete ölçülürken birden fazla ölçek kullanılması daha doğru bir yaklaşımdır(73,74) . Çalışmamızda da dental anksiyete düzeyi iki farklı ölçek aracılığıyla değerlendirilmiştir. VAS ve MDAS ile aydınlatılmış onam formundaki bilgi düzeyinin hasta anksiyetesine üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu ölçeklerden MDAS dental anksiyete değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılır ve geçerlik-güvenirliği yüksek bir ölçektir (98) .

Schuurs ve Hoogstrateen (74) yaptıkları çalışmada dental anksiyete seviyesi ölçümünde kullanılan 6 tip anketi karşılaştırmışlar ve en başarılı anketlerin

Kleinknecht Dental Korku Anketi ve Corah'ın Dental Anksiyete Skalası olduğunu saptamışlardır. Ancak yine aynı araştırmaya göre hiçbir anket tek başına yeterli değildir, anketlerin birlikte kullanımı faydalıdır. Williams ve diğ. (128) VAS ile diğer anksiyete skalalarını karşılaştırmışlar ve sonuçlar bakımından bir fark bulamamışlardır. Hem katılımcı, hem de araştırmacının kullanım kolaylığı bakımından vizüel analog skalanın anksiyete araştırmalarında kullanılabileceğini rapor etmişlerdir. Bringuier ve diğ. (129) ve Kindler ve diğ. (130) yaptıkları çalışmalarda STAI ve VAS'ı karşılaştırmışlar ve anksiyete ölçümünde belirgin bir farklılık saptamamışlardır. Bizim araştırmamızda da Corah'ın Dental Anksiyete Skalasından yola çıkılarak üretilmiş Modifiye Dental Anksiyete Skalası ve Vizüel Analog Skala kullanılarak daha doğru sonuçların elde edilmesi hedeflenmiştir.

Abrahamsson ve diğ. (131) yaptıkları çalışmada genel anksiyete problemi yaşayan hastaları dental fobi ve anksiyete yönünden araştırmışlar ve yüksek düzeyde genel anksiyete problemi olan ve olmayan hastalar açısından dental anksiyete düzeyi açısından bir farklılık bulamamışlardır(131) . Bu veri dental anksiyete ve korkunun karakterinin farklı hasta gruplarında farklı şekilde ortaya çıkabileceğini, hastadan bağımsız etkenlerden daha çok etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu durum göz önüne alınarak, biz de çalışmamızda hastaların genel anksiyete seviyelerini belirlemeden, dental anksiyete seviyelerini karşılaştırdık.

Taani (132) 500 katılımcıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların %79'unun düzenli olarak dental kontrollerini yaptırmadığını saptamıştır. Düzenli dental ziyaret yaptırmayan katılımcılar sebep olarak zaman darlığı (%36), tedaviye ihtiyaç duymamaları (%34) ve dental fobiyi (%14) göstermişlerdir. Dental fobiye sahip katılımcıların dental tedavi sırasında en çok çekindikleri etkenler; iğne korkusu, ses ve döner aletlerin teması olmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre dental anksiyete ve korku diş bakımı hizmetlerini aksatabilir, bu yüzden diş hekimlerinin üzerinde durması gereken bir konudur. Çalışmamızın amaçlarından biri de Türk toplumunda dental anksiyete düzeyi hakkında fikir edinmekti. Toplamda hastaların %10'unda şiddetli dental anksiyete tespit edilmesi Türk toplumunda dental anksiyete görülme sıklığının yüksek olmadığını göstermektedir.

Yüksek anksiyete ve korku sahibi hastaların dental işlemlerinin yapılabilmesi hem hasta hem hekim için zorluk yaratabilir ve zaman kaybına yol açabilir. Hastalarda yüksek düzeylerde anksiyeteye neden olabilecek olan dental tedavilerde anksiyete seviyelerinin saptanması ve kontrol altına alınması önemlidir. Hastaların işlem öncesinde nasıl hissettiklerini ve tedavinin gidişatından beklentilerinin saptanması, tedavinin gidişatını ve postoperatif hasta memnuniyetini etkiler. Yüksek düzeyde anksiyeteye sahip olan hastaların işlemden bekledikleri ağrının yüksek olduğunu bildiren, aynı zamanda yüksek ağrı beklentisinin de anksiyete seviyesini daha da arttırabileceğini savunan çalışmalar mevcuttur(133-135) . Scott ve diğ. (136) artmış işlem öncesi anksiyetenin, yüksek işlem sonrası ağrı ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Vallerand ve diğ.'de (137) benzer olarak yüksek işlem öncesi anksiyetesine sahip hastaların işlem sırasında ve işlem sonrasında daha şiddetli ve daha uzun süre ağrı tarif ettiklerini bildirmişlerdir. Ağrı ile işlem öncesi anksiyete seviyesi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu için hastalara işlem sırasında ağrının anestezi ile giderilebileceğini, ve ağrı hissetmeyeceğini ısrarla hatırlatmak önemlidir. Çalışmamızda da belirli bir standardizasyonu sağlamak amacıyla, ilk vital bulguların ölçüm işlemleri ve anket formları doldurtulduktan sonra, ameliyata alınmadan önce hastalara detaylı bilgi verilmiş ve hastaların yönelttikleri bütün sorular ayrıntılı olarak cevaplanmıştır.

Diş hekimliği ile ilgili anksiyete düzeyini belirlemeye yönelik sosyodemografik değişkenler ile dental anksiyete seviyeleri arasında bir bağlantı olup olmadığı literatürde yaygın olarak araştırılmıştır. Bu sosyodemografik değişkenlerden en sık araştırılanlar; yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyidir.

Literatürde genellikle genç yaşlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (57,138,139) . Hakeberg ve diğ.(61) İsveç'te yaptıkları çalışmada en yüksek anksiyete seviyesinin 20-39 yaş aralığında gözlemlendiğini saptamışlardır. Stouthard ve diğ. (140) Hollanda'da yaptıkları çalışmada 26-35 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha anksiyetik olduklarını bildirmişlerdir. Ay ve diğ. (141) ise yaşla anksiyete skorları arasında bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların yaşları 18-49 arasında değişmektedir. İstatistiksel olarak yaş

ile anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunamamış olsa da, 20-25 yaş grubundaki hastaların anksiyete değerlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Ancak çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına dağılımlarının homojen olmaması nedeniyle anksiyete düzeyinin yaşla ilişkisine dair kesin bir yorum yapmanın doğru olmayacağı görüşündeyiz.

Diğer bir sosyodemografik değişken cinsiyettir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre anksiyete skorları daha yüksek bulunmuştur (55,57,66,140,142) . Moore ve diğ. (55) bu durumun kadınların hislerini saklamadan, daha kolay ifade etmelerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Rubin, kadınlarda dental anksiyete düzeyinin daha yüksek olmasının sosyal şartlanmanın yanı sıra, biyolojik orijinle de açıklanabileceğini belirtmiştir(29) . Thomson ve diğ. (59) ise bu farklılığın cinsiyetler arasındaki genel anksiyete düzeyi farklılığının bir yansıması olabileceğini belirtmişlerdir. Muğlalı ve Kömerik (133) 2005 yılında ülkemizde yaptıkları çalışmada erkeklerde dental anksiyetenin daha düşük olmasının sosyokültürel nedenlerden kaynaklandığını, toplumumuzda erkeklerin daha dayanıklı ve korkusuz olmaları gerektiği gibi bir önyargının olması nedeniyle erkeklerin dental anksiyete seviyelerini açığa vurmak istemediklerini öne sürmüşlerdir. Matthias ve Samarasekera'nın(143) , Garip ve diğ. (144) ve Taani (132) yaptıkları çalışmalarda kadın hastalarda görülen anksiyete skorları erkek hastalara göre daha yüksek olarak saptamışlardır. Çalışmamızda diğer çalışmaların aksine, hem VAS hem MDAS skorlarına göre erkeklerin anksiyete seviyeleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Buna sebep olarak çalışmaya katılacak bireylerden, o anki durumlarına göre cevap vermelerini ve kesinlikle isimlerinin çalışmada kullanılmayacağını ısrarla hatırlatılmasını ve ülkemizde erkeklerin fikirlerini belirtmekte kadınlara göre daha serbest davranabilmelerine bağlayabiliriz.

Bazı araştırmacılara göre eğitim, dental korku ve anksiyete düzeyi üzerine etkili bir faktördür ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda diş tedavisi nedeniyle korku ve anksiyete duyma oranı daha yüksektir(55,57,145) . Stabholz ve Peretz (70) bu farklılığın eğitim düzeyi yüksek kişilerin stresli durumlarla baş etme yeteneklerini daha kolay geliştirmelerine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu verinin aksine,

Hakeberg ve diğ. (61) ve Kleinknecht ve diğ.(68) yaptıkları çalışmaların sonucunda dental korku ve anksiyete ile katılımcıların eğitim düzeyleri arasında bir ilişki belirleyememişlerdir. Literatürde gözlenen genel verinin aksine, Teo ve diğ. (146) 1990 yılında yaptıkları çalışmada en yüksek dental korku ve anksiyete oranına sahip grubun eğitim düzeyi en yüksek olan grup olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hem VAS hem de MDAS skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak, eğitim grubu yüksek olan bireylerin skorları daha yüksek bulunmuştur. Ancak aydınlatılmış onam formu okumadan önceki ölçüm olan VAS1 ile aydınlatılmış onam formu okuduktan sonraki ölçüm olan VAS2 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunamamıştır. Bunun sebebi olarak eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin geçirecekleri operasyon hakkında internet üzerinden daha çok araştırma yapması ve internet üzerindeki bilgilerin genelde diğer hastaların kötü tecrübelerinden oluşması olarak gösterilebilir.

Armfield ve diğ. (142) 2006 yılında Avusturalya’da yaptıkları çalışmada dental korku ve anksiyeteye sahip katılımcıların sosyoekonomik, sosyodemografik ve ağız hijyeni durumlarını araştırmışlar ve yüksek sosyoekonomik durumda olan ve iyi ağız hijyenine sahip bireylerin daha az dental korku ve anksiyeteye sahip olduklarını saptamışlardır. Moore ve diğ.(55) 1993 yılında Danimarka’da ve Milgrom ve diğ. (112) 1988 yılında A.B.D.’de yaptığı araştırmalar bu çalışmaya benzer olarak sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerde dental korku ve anksiyete görülme sıklığının daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmamızda hastaların sosyoekonomik durumları ve anksiyete arasında bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Dental anksiyetenin en önemli belirtilerinden birisi diş tedavisinden sürekli olarak kaçma, diş hekiminden randevuyu erteleme ve randevu alınsa bile bunu iptal etmedir(58,100) . Yüksek korku düzeyine sahip hastalar, tedavilerini erteleme eğilimindedirler. Ayrıca, bu tip hastalar, tedavi işlemleri sırasında son derecede uyumsuz bir hasta profili oluştururlar(147) . Klinik bulgularla dental anksiyete ilişkisini değerlendiren çalışmalarda anksiyete ile birlikte tedavi edilmemiş oral hastalık yaygınlığının arttığı, anksiyetesi olan kişilerin diş hekimliği hizmetlerinden düzenli bir şekilde yararlanmayıp, genellikle acil tedavi hizmetlerini kullandıkları

belirlenmiştir(59,115) . Ege Üniversitesinde yapılan bir araştırmada dental anksiyete ile ağız sağlığı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır(53) . Fakat burada göz önünde tutulması gereken bir nokta vardır. Dental anksiyetenin diş hekimliği hizmetlerinin kullanımını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmaların tümü ağız-diş sağlığı bilincinin, düzenli hizmet kullanma davranışının gelişmiş olduğu ülkelerde yapılmış olmasıdır. Her ne kadar ülkemizde bu konuyla ilgili başka çalışmalar yapılmamış dahi olsa, diğer çalışmaların aksine herhangi bir ilişkinin bulunamaması sebebinin Türk toplumunda dental anksiyetesi olmayan kişiler arasında da diş hekimliği hizmetlerini ihmal etme davranışının son derece yaygın olduğu ve diş hekimine başvurunun sadece bir semptom varlığında gerçekleştiği bilinmektedir.

Hastalar diş hekimi korkusunu doğuştan geliştirmezler, dental korku ve kaçınma davranışı hayat boyunca pek çok yolla gelişebilir. Travma-ağrı ve diğer rahatsızlık veren diş tedavisi tecrübeleri, diş hekimi ve hasta arasında yaşanan negatif ilişkiler en sık belirtilen sebeplerdir(77,107) . Olumsuz diş tedavisi tecrübelerinin yanı sıra sosyal çevrenin, özellikle ailenin etkisi, kişinin psikolojik durumu ve kişisel özellikler gibi birçok etken de anksiyete gelişiminde rol oynayabilir.

Dental korku ve anksiyete ile dental tecrübe arasında yakın bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Kötü diş hekimliği tecrübeleri ve küçük yaşlarda yaşanmış olan olumsuz ön yargılar anksiyeteyi arttırıcı rol oynar. Ancak, hastaların hiçbir diş hekimliği tecrübesinin olmaması da anksiyeteyi arttırabilir. Shuurs ve diğ. (148) yaptıkları çalışmada diş hekimine hiç gitmeyen bireylerin, rutin diş hekimi kontrollerine gidenlere göre daha anksiyetik olduklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Thomson ve diğ. (149) genç erişkinlerde yaptıkları bir araştırmada aynı yargıya varmışlardır. Kaako ve diğ. (150) ilk kez anestezi enjeksiyonu yaptıracak hastaların daha önce bu tecrübeyi yaşamış hastalara göre daha anksiyetik olduklarını bildirmişlerdir. Bu durum insanın bilinmeyenden korku duyması şeklinde yorumlanabilir. Bu sebeple hastalara yapılacak işlemlerin önceden anlatılması ve bilgilendirilmeleri anksiyetenin azaltılmasını sağlar. Yapılan işlem sırasında ve

sonrasında hastaların hissedebileceği her duygunun ve hissin önceden tanımlanması ve hastanın uyarılmasının anksiyete kontrolünde önemli olduğu, işlem öncesinde ve sırasında bilgilendirilen hastaların anksiyete seviyelerinin daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur(144,151) . Çalışmamıza katılan bireyler ilk kez gömülü diş operasyonu geçirecekleri için, bu operasyonla ilgili herhangi bir tecrübeleri yoktu, bu da doğal olarak bir anksiyete sebebiydi. Bu yüzden hastaların aydınlatılmış onam formunu onaylamasından ve anksiyete ölçüm formlarını doldurmalarından sonra tüm sorularına ayrıntılı yanıt verilerek merak ettikleri tüm konular açıklığa kavuşturuldu.

Daha önce oral cerrahi işlem tecrübesi olan hastaların, tecrübesi olmayan hastalara göre daha düşük düzeyde anksiyeteye sahip olduklarını gösteren çalışmalar vardır. Garip ve diğ. (144) yaptıkları çalışmada daha önce gömülü diş ameliyatı geçirmiş kadın hastaların, ilk kez gömülü diş ameliyatı geçirecek olan kadın hastalara göre anksiyete skorlarının daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Yusa ve diğ. (79) daha önce 20 yaş dışı çekimi yapılan hastaların ikinci çekimde, ilk defa çekim yaptıran hastalara göre daha az anksiyete gösterdiklerini belirtmişlerdir. Matthias ve Samarasekera'da (143) Sri Lanka'da bir genel cerrahi bölümünde yaptıkları çalışmada daha önce herhangi bir cerrahi operasyon geçirmiş olan bireylerin anksiyete düzeylerinin, ilk kez bir cerrahi operasyon geçirecek olan bireylere göre daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir. Ayrıca oral cerrahi işlemlerle ilgili olumsuz bilgi edinen hastaların, bilgisi olmayan hastalara göre daha anksiyetik oldukları rapor edilmiştir(152) . Yaptığımız çalışmada da bu bilgiler ışığında, daha önce gömülü 20 yirmi yaş dışı operasyonu geçirmiş olmaları ve buna bağlı olumlu veya olumsuz tecrübelerin, yaptığımız ölçümleri etkileyebileceği düşünülerek daha önce gömülü diş çektirmiş hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Literatürde farklı diş hekimliği tedavilerinin hastaların anksiyete seviyelerini farklı şekilde etkilediğini gösteren birçok araştırma vardır. Anksiyete seviyeleri yapılan tedavilere göre değişkenlik göstermektedir.

Kleinknecht ve diğ. (68) yaptıkları bir çalışmada en yüksek anksiyete skorlarını enjeksiyon ve frezleme işlemlerinde saptamışlardır. Bu işlemlerin hem

görüntü hem ses açısından diğer işlemlere göre daha fazla kaygı verdiği belirlenmiştir. Her ne kadar anestezi uygulaması dental tedaviyi kolay ve ağrısız hale getirirse de, yapılacak tedaviden önce hastanın korkusunu ve anksiyetesini arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur(153,154) . Muğlalı ve Kömerik, oral cerrahi işlem öncesi hastalara işlem sırasında kendilerini en çok rahatsız etmesini bekledikleri spesifik işlemi sormuşlar ve kadınların en çok bölgenin yeterince uyuşmamasından, erkeklerin ise çenelerinin yorulması ve ağızda sıvı toplanmasından çekindiklerini saptamışlardır. Ayrıca hastaların işlem sırasında duyabilecekleri ile ilgili ağrı beklentilerinin, lokal anestezi uygulaması sırasında duyabilecekleri ağrıya göre yüksek olduğunu bildirmişlerdir(133) .Yusa ve diğ. (79) yaptıkları çalışmada normal ve gömülü diş çekimi için başvuran hastaların işlem öncesi anksiyete skorlarını karşılaştırmışlar ve istatistiksel olarak herhangi bir fark bulamamışlardır. Bu durum dişin nasıl çekileceğine bağlı olmaksızın çekimin kendisinin anksiyeteyi arttırıcı bir rolü olduğu şeklinde açıklanmaktadır.

Wong ve Lyte (152) yaptıkları çalışmada 8 çeşit dental tedaviyi, hasta anksiyetesi üzerine etkileri bakımından incelemişler, en yüksek anksiyete skorlarını kök kanal tedavisi ve oral cerrahi işlemler için saptamışlardır. Oral cerrahi işlem yaptıran hastaların %53'ü bu işlemi rahatsız edici bir işlem olarak kabul ederken, kök kanal tedavisi yaptıran hastaların yalnızca %17'si bu işlemden memnuniyetsizliğini belirtmiştir. Protetik uygulamalar ve dolgu işlemleri orta düzeyde anksiyete skorları gösterirken, muayene ve diş taşı temizliği düşük anksiyete skorları göstermiştir.

Berggren ve Meynert (148) 160 katılımcı ile yaptığı çalışmada dental korku ve anksiyetenin başlangıç sebebini araştırmışlar. Dental korku ve anksiyetenin %85'inin çocukluk yıllarına dayandığını ve bu korkunun başlıca sebebini hekimin kötü davranışı olduğunu saptamışlar. Yetişkinlik döneminde başlayan dental korkunun sebebini ise ağrı olarak rapor etmişlerdir. En çok korku yaratan diş tedavisi işlemlerini ise çürük temizleme, anestezi ve çekim olarak sıralamışlardır. Çok sayıda çalışmanın sonucuna göre bireyler diş hekimindeyken karşılaştıkları farklı durumlara ve kendilerine uygulanan farklı tedavi tiplerine karşı aynı tepkileri göstermezler, bazı işlem ve durumlar oldukça kolay bir şekilde tolere edilebilirken, bazıları hastaların

yoğun bir korku ve anksiyete duymasına neden olabilir(155) . Hastaların dental sağlıklarının korku ve diş hekiminden çekinmelerinden dolayı etkilendiğini, özellikle erkek hastalarda dental korku ve anksiyeteye sahip bireylerin dental sağlıklarının kötü yönde etkilendiğini rapor etmişlerdir(58) .

Oral cerrahi sırasında ve sonrasında yaşanabilecek ciddi stres, dental korku ve anksiyete, ağız kuruluğu gibi psikosomatik belirtilere ve artmış kan basıncı gibi fizyolojik bulgulara sebep olabilir. Hastada kardiyak problemlere yol açabilir, daha önce var olan kardiyak problemler şiddetlenerek operasyon sırasında veya sonrasında komplikasyonlara neden olabilir(144) .

Hastaların cerrahi işlem sırasında monitörize edilerek vital bulgularının takip edilmesi evrensel bir işlemdir. Basit monitörizasyon ile dolaşım ve solunum sistemi hakkında kan basıncı, kalp atım hızı ve oksijen satürasyonu gibi temel bilgiler kolaylıkla saptanabilir. Oral cerrahide de hastanın anksiyetik olduğu, operasyonun travmatik olabileceği ön görülebiliyorsa veya hastanın sistemik problemlerinden dolayı durumunun kontrolü gerekiyorsa monitörizasyon önerilmektedir. Hastaların oral cerrahi sırasında monitörizasyonu, riskli durumların önceden fark edilebilmesini ve dolayısıyla komplikasyonların önlenmesini sağlar, ayrıca cerrahi operasyon için daha güvenli bir ortam oluşturur(156) .

Vazokonstrüktör içeren lokal anesteziğin kullanılması, hastada daha önceden var olan anksiyete durumlarında endojen kateşolaminlerin salgılanmasına ve operasyon sırasında hemodinamik değişimlerin görülmesine, buna bağlı olarak da istenmeyen kardiyovasküler yan etkilerin görülmesine sebep olabilir(157) . Bu nedenle operasyon öncesi yüksek düzeyde anksiyete gösteren hastaların monitörize edilmesi, vital bulguların anlık takip edilerek önceden teşhis konulmamış kardiyovasküler rahatsızlıkların teşhis edilebilmesi ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı daha önceden önlem alınabilmesi açısından önemlidir.

Arrigoni ve diğ.(156) İsviçre’de 3012 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada oral cerrahi işlem öncesinde ve sırasında hastaları monitörize ederek vital bulgularını kaydetmişler. Ortalama yaşları 63.5 olan toplam 19 hastanın işlem sırasında ciddi tansiyon problemi ve kardiyak aritmi göstermesi üzerine işlemi yarım bırakarak

randevularını ertelemişlerdir. Özellikle ileri yaştaki hastaların oral cerrahi sırasında monitörize edilmesi gizli kalmış kardiyovasküler rahatsızlıklar sebebiyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçilebilmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda, ameliyat sonrasındaki vital bulguların ölçümü bir kez yapıp, kaydedilmesine rağmen, özellikle yüksek anksiyete gösteren hastalar ameliyat süresince monitörize edilerek vital bulguları izlendi. Bulgular hiçbir zaman hastalarda operasyona ara verecek veya erteleyecek düzeyde ciddi değerlere ulaşmadı.

Brand ve diğ.(158) Hollanda'da yaptıkları çalışmada dental tedaviler sırasında hastaları monitörize ederek nabız, diastolik ve sistolik kan basıncı değerlerini ölçmüşler ve özellikle lokal anestezi uygulamasının hemen öncesinde, restoratif tedavi sırasında, çekim sırasında ve epinefrin içeren retraksiyon kordlarının uygulanması sırasında elde edilen değerlerde belirgin bir değişme gözlemlemişler. Özellikle vazokontrüktör içeren medikasyonların uygulanması ve ağrı içeren işlemler sırasında gözlemlenen bu değişimlerin önüne geçebilmek için hastanın anksiyetesinin minimuma indirilmesi ve iyi bir ağrı eliminasyonu önemlidir.

Aleman-Martinez ve diğ.(157) normal tansiyon değerlerine sahip, sistemik olarak sağlıklı 80 hasta ile yaptıkları bir çalışmada lokal anestezi altında alt çenede gömülü 20 yaş diş cerrahisi yapılan hastalarda vital bulgular (nabız, kan basıncı ve oksijen satürasyonu) ve anksiyete seviyeleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Vital bulguları, işleme başlamadan hemen önce, anestezi sonrası 1. ve 4. dakikalarda, insizyon sırasında, osteotomi/kök ayrılması sırasında, diş çekimi sırasında, sütür atımının başlangıç ve bitiminde, süturların alınması sırasında olmak üzere 9 kere ölçmüşlerdir. Anksiyete seviyelerinin ölçümü için ise işlem öncesinde DAS (Corah'ın dental anksiyete skalası) ve KFS (Kleinknecht'in dental korku skalası) ölçekleri ile değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre kadınlar daha yüksek seviyede anksiyete göstermişlerdir. Yüksek anksiyete gösteren hastalarda düşük kan basıncı ve artmış nabız tespit etmişlerdir. En yüksek kan basıncı seviyesini kemik kaldırılması ve/veya dişin tur yardımı ile ikiye ayrılması sırasında saptamışlardır. En düşük nabız ilk ölçümde, en yükseği ise operasyonun başlangıcında, insizyon atılması

ve flep kaldırılması sırasında saptamışlardır. Satürasyon değerlerinin anlamlı bir değişiklik göstermediğini, ancak operasyonun başlangıcında en düşük seviyede olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde 80 hasta üzerinde vital bulguların ölçülmesi ve anksiyete seviyelerinin saptanması amaçlanmıştır. Uzayabilecek operasyon süresinin vital bulguların ölçümünü etkilememesi için, operasyon sırasında yalnızca bir kez ölçüm yapılmıştır. Alemany-Martinez ve diğ.'lerinin çalışmasına göre operasyonun hemen başında insizyon yapılırken nabzin en yüksek olduğu bilgisi ışığında, bu ölçümün insizyon sırasında yapılmasına karar verilmiştir. Bu çalışmaya paralel olarak N2 değerleri toplamda N1 değerlerine göre yüksek çıkmıştır. Ancak, kan basıncı ölçümlerinde herhangi bir farka rastlanmamıştır ve satürasyon değerleri operasyon başlangıcında daha yüksek olarak kaydedilmiştir.

Nichols(159) kan basıncı değerlerinin cerrahi işlemlerin başlangıcında daima cerrahi sırası ve sonrasına göre yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu durum hastaların dental anksiyetesine bağlı vücuttan endojen adrenalin salınımıyla açıklanmaktadır. Bizim çalışmamızda hasta grubunun kan basıncı ölçüm değerleri, kontrol grubuna göre daha yüksek olarak tespit edilmesine rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Casap ve diğ.(118) 60 hasta üzerinde, ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hastaların anksiyete seviyeleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, hastaların elektrodermal aktivitelerini (EDA) ve vital bulgularını değerlendirmişlerdir. Sonuçlara göre, kan basıncı ve satürasyon değişimlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptamamışlar, ancak ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun nabızı daha çok arttırdığını rapor etmişlerdir. EDA yardımıyla ölçülen anksiyete seviyelerinde de istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda hasta grubunda kan basıncı, nabız ve saturasyon ölçümlerinin tümü, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olarak tespit edildi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Anksiyete ölçüm skorlarında ise, hasta grubunda hem VAS hem MDAS ölçüm skorları kontrol grubuna göre daha

yüksek olarak tespit edildi. Ama bu farklar VAS için istatistiksel olarak anlamlı iken, MDAS için değildi.

Sonuç olarak, aydınlatılmış onam alınması günümüz tıp ve diş hekimliği etiği anlayışı içerisinde, özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi etiğin temel ilkeleri gereği bir zorunluluktur. Hastanın kendi kararını vermesi esasına dayanan, hastanın kendi tedavi prosedürüne katılımına olanak sağlayan ve olması gereken doktor-hasta ilişkisinin temelini oluşturan bir aşamadır. Ancak, bazen kompleks tıbbi bilginin aktarılması, hasta tarafından doğru bir şekilde anlaşılması zordur ve bu hastaları olumsuz yönde etkileyebilir. Aydınlatılmış onam alınmasının hastaların anksiyete ve stresini arttırdığını, davranışsal ve fizyolojik değişikliklere sebep olabileceği, özellikle gizli kalmış, teşhis edilmemiş kalp rahatsızlıklarına sahip hastalarda daha yüksek risk oluşturabileceğini rapor eden çalışmaların ışığında, aydınlatılmış onam formunda hastalara ne kadar bilgi verilmesi gerektiğine karar verilmesi önemlidir. Çalışmamızın sonuçlarından da anlaşılacağı üzere, aydınlatılmış onam formunda, hastalara gereğinden fazla ayrıntı içeren bilgilerin yer alması hastaların anksiyete seviyelerini arttırabilir. Bu yüzden aydınlatılmış onam formunda tıbbi ayrıntılara ve operasyon sırasında ve sonrasında oluşması muhtemel komplikasyonlara yer verilirken aşırıya kaçılmaması, operasyon öncesinde ve sırasında hastaların tüm sorularına açıklık getirilerek hastaların rahatlatılması son derece önemlidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Aydınlatılmış onam, tıp ve diş hekimliği etiğine göre bir görev, yasalara göre ise bir zorunluluktur. Her işlemden önce hastaları bilgilendirerek onam alınması konusunda gerekli özen gösterilmelidir.
2. Aydınlatılmış onam, hasta hakları kadar, hekim hakları için de gerekli olan yazılı bir belgedir.
3. Hastaların yapılacak olan işlem hakkında hiçbir bilgiye sahip olmaması kadar, kendilerine aşırı ayrıntılı tıbbi bilgilerin verilmesi de anksiyete düzeylerini arttırabilir. Bu yüzden aydınlatılmış onam formunda verilecek bilginin içeriği titizlikle belirlenmelidir.
4. Bu içerik belirlenirken onamın primer amacından taviz verilmemelidir. Hastanın anksiyete seviyesini arttırmamak adına bazı olası komplikasyonların saklanması, hekimi yasa önünde zor duruma düşürebilir.
5. Kötü diş hekimliği tecrübeleri, çocukluktan gelen ön yargılar ile anksiyete arasında belirgin bir ilişki olduğu göz önüne alınarak, hastaların hekime güvenmelerini ve ağrısız bir şekilde tedavi olmalarını sağlayacak tedbirler alınmalıdır.
6. İşlem öncesinde yüksek anksiyeteye sahip olduğu belirlenen hastalar, işlem sırasında fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşayabilir. Böyle hastaların tedavisinden önce hastaların rahatlatılarak anksiyete seviyelerinin kontrol altına alınması önemlidir.
7. Literatürde en yüksek anksiyete sebebi olarak, oral cerrahi işlemler göze çarpmaktadır. Bu yüzden oral cerrahi sırasında hastaların rahatlatılması ve oral cerrahi ve anksiyete arasındaki ilişkiyi gösterebilecek daha fazla sayıda çalışma yapılması gereklidir.
8. Teknolojideki son gelişmeler, dental tedavilerin başarısında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, bu başarıda hasta kooperasyonunun rolü de asla göz ardı edilmemelidir. Hastaların işlem dolayısıyla duyacakları korku ve endişe, doğal olarak bu kooperasyonun sağlanmasını güçleştirecektir. Bu nedenle, hastaların endişelerinden arındırılması hekimin öncelikli görevlerinden biri

olmalıdır. Özellikle dental tedavilerin pek çoğunun lokal anestezi ile gerçekleştirildiği göz önünde bulundurulduğunda, anksiyete kontrolündeki hassasiyetin diş hekimleri ve çene cerrahları açısından daha iyi bir şekilde irdelenmesinin gerekli olduğu görüşüdeyiz.

KAYNAKLAR

- 1.JE., C. (1988 June) Informed Consent. *Arch Intern Med*, 148, 1266-1268.
- 2.Luce, J.M. (1990) Ethical principles in critical care. *JAMA*, 263 (5), 696-700.
- 3.Miller, L.J. (1980) Informed consent: I. *JAMA*, 244 (18), 2100-2103.
- 4.ERSOY, N. (1995) Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi. *TKlin Tıbbi Etik*, 1, 1-5.
- 5.Callahan, D. (1988) The development of biomedical ethics in the United States. *Ann N Y Acad Sci*, 530, 1-3.
- 6.Dickens, M. (1978). The ethical content of legally informed consent. New Jersey: The Humana Press.
- 7.MC, S. (1986 Aug) Informed consent: the right to know and the right to choose. *Nursing Management*, 17(8), 18-19.
- 8.ACOG Committee Opinion No. 439: Informed consent. (2009) *Obstet Gynecol*, 114 (2 Pt 1), 401-408.
- 9.Weidmer, E. (1950) Dünya'nın en eski kanunnameleri Hamurabi kanunları. *Ank Ü Hukuk Fak Mee*, 7.
- 10.Şehsuvaroğlu, B. (1975). Tıbbi deontoloji dersleri (c. 83). İstanbul: Hüsnütabiat Matb.
- 11.Bayraktar, K. (1972). Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu. İstanbul: Sermet Matb.
- 12.Akdeniz, N. (1977). Osmanlılarda hekim ve deontolojisi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 13.Mesud, C. (1920). Rais al-cerrahın (c. 332). Süleymaniye kütüphanesi, İsmihan Sultan kısmı.
- 14.Weich, H. (1985). Legal medicine (c. 271). New York: Prayer Publ.
- 15.Grundner, T. (1980 April) On the readability of surgical consent forms. *NEJM*, 302(16).
- 16.Mazur, J. (1986) What should patients be told prior to a medical procedure: ethical and legal perspectives on medical informed consent. *AJM*, 81.
- 17.Derneği, T.B. (Ocak 2007) Aydınlatılmış Onam Almak Üzerine Öneriler. <http://www.biyoetik.org.tr>.
- 18.TL Beauchamp, J.C. (1989). Principles of biomedical ethics, 3rd ed (c. 114-8). New York: Oxford Uni Press.
- 19.Vaccarino, J.M. (1978) Consent, informed consent and the consent form. *N Engl J Med*, 298 (8), 455.
- 20.Purtilo, B. (1984) Applying the principles of informed consent to patient care. *Physical Therapy*, 64(6), 934-937.
- 21.Lidz, C.W., Appelbaum, P.S., Meisel, A. (1988) Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med*, 148 (6), 1385-1389.
- 22.Schwartz, H.I., Blank, K. (1986) Shifting competency during hospitalization: a model for informed consent decisions. *Hosp Community Psychiatry*, 37 (12), 1256-1260.
- 23.Veatch, R. (1977). Case studies in medical ethics. USA: Harvard Uni Press.
- 24.Özsunay, E. (1983). Alman ve Türk hukuklarında hekimin hastayı aydınlatma ödevi ve istisnaları: Türk hukukunda hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu. İstanbul: Fakülteler Matb.
- 25.Aşçıoğlu, Ç. (1982). Doktorların hukuki ve cezai sorumlulukları. Ankara: Olgaç Matb.
- 26.Kaneti, S. (1983). Hekimin hukuksal sorumluluğunda kusur ve isbat yükü: Sorumluluk hukukunda yeni gelişmeler V, sempozyumu. İstanbul: Fakülteler Matb.
- 27.Grubu, T.-U.E.Ç. (2008) Aydınlatılmış Onam Kılavusu.
- 28.Marks, I.M. (1986) Genetics of fear and anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 149, 406-418.
- 29.Rubin, J.G., Slovin, M., Krochak, M. (1988) The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 647-656.
- 30.AT Beck, G.E. (2006). Anksiyete bozuklukları ve Fobiler. İstanbul: Litera Yayıncılık.

- 31.Yıldırım, B. (2010). Gömülü 20 Yaş Dişi Cerrahisinde Konvansiyonel Frez ve ER:YAG Lazer Yöntemlerinin, Anksiyete ve Vital Bulgular Üzerine Etkilerinin Karşılıklı Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 32.O Öztürk, A.U. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (C. 11).
- 33.JH, S. (1990). Psikiyatri 2. baskı çeviri Saygılı R. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- 34.O Çalıyurt, C.T. (1999). Klinik Psikiyatri El Kitabı.2. baskı.
- 35.Doğan, O. (1993). II. Anksiyetede Bozuklukları Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları 20-21 Mayıs 1993. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi.
- 36.Weissmann, M.M., Merikangas, K.R. (1986) The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. *J Clin Psychiatry*, 47 Suppl, 11-17.
- 37.Tillfors, M., El-Khoury, B., Stein, M.B.,Trost, K. (2009) Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: evidence from a prospective study of adolescent boys. *J Anxiety Disord*, 23 (5), 718-724.
- 38.Dugas, M.J. (2000) Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand? *J Anxiety Disord*, 14 (1), 31-40.
- 39.Ruscio, A.M., Chiu, W.T., Roy-Byrne, P., Stang, P.E., Stein, D.J., Wittchen, H.U. ve diğerleri. (2007) Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *J Anxiety Disord*, 21 (5), 662-676.
- 40.E, I. (1996). Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaa.
- 41.Decker, M.L., Turk, C.L., Hess, B.,Murray, C.E. (2008) Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 22 (3), 485-494.
- 42.PL Fisher, R.D. (2007) Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res*, 6(5), 171-175.
- 43.NR Carleton, D.S., JG Gordon. (2007) Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316.
- 44.Salkovskis, P. (2007) Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*, 6(5), 193-197.
- 45.Birliği, A.P. (1998). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 46.Corah, N.L., Gale, E.N.,Illig, S.J. (1978) Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc*, 97 (5), 816-819.
- 47.Kvale, G., Berg, E.,Raadal, M. (1998) The ability of Corah's Dental Anxiety Scale and Spielberger's State Anxiety Inventory to distinguish between fearful and regular Norwegian dental patients. *Acta Odontol Scand*, 56 (2), 105-109.
- 48.Neverlien, P.O.,Backer Johnsen, T. (1991) Optimism-pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19 (6), 342-346.
- 49.Freeman, R.E. (1985) Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *Br Dent J*, 159 (12), 406-408.
- 50.Firestein, S.K. (1976) Patient anxiety and dental practice. *J Am Dent Assoc*, 93 (6), 1180-1187.
- 51.Ayer, W.A., Jr., Domoto, P.K., Gale, E.N., Joy, E.D., Jr.,Melamed, B.G. (1983) Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *J Am Dent Assoc*, 107 (1), 18-27.
- 52.Kent, G., Rubin, G., Getz, T.,Humphris, G. (1996) Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. *Community Dent Oral Epidemiol*, 24 (6), 394-397.

- 53.Uğur, Z. (2000). Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastaların Dental Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- 54.Muller-Fahlbusch, H. (1981) [The elderly patient--a psychological being. Also Individuality becomes increasingly distinct. A ZWR interview with Prof. Dr. H. Muller-Fahlbusch]. *ZWR*, 90 (7), 16-19.
- 55.Moore, R., Birn, H., Kirkegaard, E., Brodsgaard, I.,Scheutz, F. (1993) Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 21 (5), 292-296.
- 56.Johansson, P.,Berggren, U. (1992) Assessment of dental fear. A comparison of two psychometric instruments. *Acta Odontol Scand*, 50 (1), 43-49.
- 57.Ragnarsson, E. (1998) Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontol Scand*, 56 (2), 100-104.
- 58.Berggren, U.,Meynert, G. (1984) Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc*, 109 (2), 247-251.
- 59.Thomson, W.M., Stewart, J.F., Carter, K.D.,Spencer, A.J. (1996) Dental anxiety among Australians. *Int Dent J*, 46 (4), 320-324.
- 60.de Jongh, A.,ter Horst, G. (1995) Dutch students' dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*, 23 (3), 170-172.
- 61.Hakeberg, M., Berggren, U.,Carlsson, S.G. (1992) Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*, 20 (2), 97-101.
- 62.Kunzelmann, K.H.,Dunninger, P. (1989) [The patient--his anxiety and his assessment of the dentist as variables in the compliance model]. *Dtsch Zahnarzt Z*, 44 (5), 356-359.
- 63.Schuurs, A.H., Makkes, P.C.,Duivenvoorden, H.J. (1992) Attendance pattern of anxiety-treated dental patients: a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol*, 20 (4), 221-223.
- 64.Scott, D.S.,Hirschman, R. (1982) Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc*, 104 (1), 27-31.
- 65.Kent, G.,Warren, P. (1985) A study of factors associated with changes in dental anxiety. *J Dent Res*, 64 (11), 1316-1318.
- 66.Milgrom, P., Getz, T.,Weinstein, P. (1988) Recognizing and treating fears in general practice. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 657-665.
- 67.Hakeberg, M., Berggren, U.,Grondahl, H.G. (1993) A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*, 21 (1), 27-30.
- 68.Kleinknecht, R.A., Klepac, R.K.,Alexander, L.D. (1973) Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc*, 86 (4), 842-848.
- 69.I Eli, N.U., R Baht, M Kleinhauz. (1993) Antecedents of dental anxiety:learned responses versus personality traits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 221-225.
- 70.Stabholz, A.,Peretz, B. (1999) Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J*, 49 (2), 90-94.
- 71.A De Jongh, G.T.H. (1993) What do anxious patient think? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 221-225.
- 72.Humphris, G.M., Clarke, H.M.,Freeman, R. (2006) Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomised controlled trial with adults in general dental practice. *Br Dent J*, 201 (1), 33-35.
- 73.Hakeberg, M.,Berggren, U. (1997) Dimensions of the Dental Fear Survey among patients with dental phobia. *Acta Odontol Scand*, 55 (5), 314-318.

- 74.Schuurs, A.H.,Hoogstraten, J. (1993) Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol*, 21 (6), 329-339.
- 75.Corah, N.L. (1969) Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*, 48 (4), 596.
- 76.Sevdaoğlu G, D.M., Uçuz Ş, Yazgan İnanç B, Çelik M. (2006) Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlik-Güvenirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7(1), 7-14.
- 77.İlguy, D., İlguy, M., Dincer, S.,Bayirli, G. (2005) Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *J Int Med Res*, 33 (2), 252-259.
- 78.Tunc, E.P., Firat, D., Onur, O.D.,Sar, V. (2005) Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33 (5), 357-362.
- 79.Yusa, H., Onizawa, K., Hori, M., Takeda, S., Takeda, H., Fukushima, S. ve diğerleri. (2004) Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 98 (1), 23-27.
- 80.C Spielberger, R.G., R Lushene. (1983). STAI manual for the State-Trait Anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- 81.N Öner, A.L.C. (1985). Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- 82.MH Hayes, D.P. (1921) Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 18, 98-99.
- 83.Freyd, M. (1923) The graphic rating scale. *Journal of Educational Psychology*, 14 (83-102).
- 84.Zealley, A.K.,Aitken, R.C. (1969) Measurement of mood. *Proc R Soc Med*, 62 (10), 993-996.
- 85.Aitken, R.C. (1969) Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proc R Soc Med*, 62 (10), 989-993.
- 86.Ahles, T.A., Ruckdeschel, J.C.,Blanchard, E.B. (1984) Cancer-related pain--II. Assessment with visual analogue scales. *J Psychosom Res*, 28 (2), 121-124.
- 87.Luria, R.E. (1975) The validity and reliability of the visual analogue mood scale. *J Psychiatr Res*, 12 (1), 51-57.
- 88.Rampling, D.J.,Williams, R.A. (1977) Evaluation of group processes using visual analogue scales. *Aust N Z J Psychiatry*, 11 (3), 189-191.
- 89.Robinson, R.G., McHugh, P.R.,Folstein, M.F. (1975) Measurement of appetite disturbances in psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*, 12 (1), 59-68.
- 90.Scott, J.,Huskisson, E.C. (1976) Graphic representation of pain. *Pain*, 2 (2), 175-184.
- 91.Hornblow, A.R.,Kidson, M.A. (1976) The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Aust N Z J Psychiatry*, 10 (4), 339-341.
- 92.Folstein, M.F.,Luria, R. (1973) Reliability, validity, and clinical application of the Visual Analogue Mood Scale. *Psychol Med*, 3 (4), 479-486.
- 93.Firat, D., Tunc, E.P.,Sar, V. (2006) Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract*, 7 (3), 75-82.
- 94.Scott, D.S., Hirschman, R.,Schroder, K. (1984) Historical antecedents of dental anxiety. *J Am Dent Assoc*, 108 (1), 42-45.
- 95.Locker, D., Shapiro, D.,Liddell, A. (1996) Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*, 24 (5), 346-350.
- 96.Neverlien, P.O. (1990) Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) for the Norwegian adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 18 (3), 162.
- 97.Stouthard, M.E.,Hoogstraten, J. (1987) Ratings of fears associated with twelve dental situations. *J Dent Res*, 66 (6), 1175-1178.

98. Newton, J.T., Buck, D.J. (2000) Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc*, 131 (10), 1449-1457.
99. Gatchel, R.J. (1989) The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *J Am Dent Assoc*, 118 (5), 591-593.
100. Corah, N.L., O'Shea, R.M., Ayer, W.A. (1985) Dentists' management of patients' fear and anxiety. *J Am Dent Assoc*, 110 (5), 734-736.
101. Kaplan, A.S., Fishbein, B. (1988) Integrating the dental phobic into the general dental practice. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 771-777.
102. Osborn, T.M., Sandler, N.A. (2004) The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesth Prog*, 51 (2), 46-51.
103. Venchard, G.R., Thomson, P.J., Boys, R. (2006) Improved sedation for oral surgery by combining nitrous oxide and intravenous Midazolam: a randomized, controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 35 (6), 522-527.
104. Dionne, R.A., Yagiela, J.A., Moore, P.A., Gonty, A., Zuniga, J., Beirne, O.R. (2001) Comparing efficacy and safety of four intravenous sedation regimens in dental outpatients. *J Am Dent Assoc*, 132 (6), 740-751.
105. Jackson DL, J.B. (2002) Inhalation and enteric conscious sedation for the adult dental patient. *Dent Clin North Am*, 46, 781-802.
106. Hermes, D., Truebger, D., Hakim, S.G., Sieg, P. (2005) Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery--basics and first clinical experience. *J Craniomaxillofac Surg*, 33 (2), 123-129.
107. Epstein, S. (1988) Treatment of the geriatric dentally phobic patient. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 715-721.
108. Filewich, R.J. (1988) Treatment of the agoraphobic dental patient. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 723-733.
109. Corah, N.L. (1988) Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 779-790.
110. Corah, N.L., O'Shea, R.M., Bissell, G.D. (1985) The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *J Am Dent Assoc*, 111 (3), 443-446.
111. Grandula, J. (1997). *Klinische Psychologie in der zahnärztlichen praxis: Schlütersche.*
112. Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., Weinstein, P. (1988) The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc*, 116 (6), 641-647.
113. Kent, G.G. (1990) Thinking about anxiety. *Br Dent J*, 169 (5), 133-135.
114. Stoeckle, J.D. (1988) Adult patient-dentist relationship. *Dent Clin North Am*, 32 (4), 763-769.
115. D Locker, A.L. (1990) Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Journal of Dental Research*, 70 (3), 198-203.
116. Corah, N.L., Gale, E.N., Pace, L.F., Seyrek, S.K. (1981) Relaxation and musical programming as means of reducing psychological stress during dental procedures. *J Am Dent Assoc*, 103 (2), 232-234.
117. J, D. (2006). *Anestezinin Sırları.* Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
118. Casap, N., Alterman, M., Sharon, G., Samuni, Y. (2008) The effect of informed consent on stress levels associated with extraction of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg*, 66 (5), 878-881.
119. Enrique FT, E.V., Leonardo BA, Cosme GE. (2001) Informed Consent in Oral Surgery: The Value of Written Information. *J Oral Maxillofac Surg*, 69, 54-58.
120. Gray, J.D. (2001) The problem of consent in emergency medicine research. *CJEM*, 3 (3), 213-218.

- 121.Hopper, K.D., Houts, P.S., TenHave, T.R., Matthews, Y.L., Colon, E., Haseman, D.B. ve diğeri. (1994) The effect of informed consent on the level of anxiety in patients given i.v. contrast material. *AJR Am J Roentgenol*, 162 (3), 531-535.
- 122.M, A. (1984) Informed consent, psychological stress and noncompliance. *Haumane Med*, 6, 113.
- 123.Deanfield J, S.M., Kensett M. (1984) Silent myocardial ischemia due to mental stress. *Lancet*, 2, 1001.
- 124.Bect AT, E.G. (2006). Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler çeviri Veysel Öztürk. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- 125.Uzbay, İ. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. İstanbul.
- 126.Song F, O.M.S., Wilson P. (2000) The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. *Health Technol Assess*, 4, 1.
- 127.Erten, H., Akarslan, Z.Z.,Bodrumlu, E. (2006) Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int*, 37 (4), 304-310.
- 128.Williams, V.S., Morlock, R.J.,Feltner, D. (2010) Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 57.
- 129.Bringuier, S., Dadure, C., Raux, O., Dubois, A., Picot, M.C.,Capdevila, X. (2009) The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children: a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. *Anesth Analg*, 109 (3), 737-744.
- 130.Kindler, C.H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T.,Scheidegger, D. (2000) The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*, 90 (3), 706-712.
- 131.Abrahamsson, K.H., Berggren, U.,Carlsson, S.G. (2000) Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol Scand*, 58 (1), 37-43.
- 132.Taani, D.Q. (2002) Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *Int Dent J*, 52 (1), 25-29.
- 133.Muğlalı M, K.N. (2005) Oral Surgery and Anxiety. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 8 (2), 83-88.
- 134.Arntz, A., van Eck, M.,Heijmans, M. (1990) Predictions of dental pain: the fear of any expected evil, is worse than the evil itself. *Behav Res Ther*, 28 (1), 29-41.
- 135.Eli, I., Schwartz-Arad, D., Baht, R.,Ben-Tuvim, H. (2003) Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clin Oral Implants Res*, 14 (1), 115-118.
- 136.Scott, L.E., Clum, G.A.,Peoples, J.B. (1983) Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain*, 15 (3), 283-293.
- 137.Vallerand, W.P., Vallerand, A.H.,Heft, M. (1994) The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg*, 52 (11), 1165-1170; discussion 1170-1161.
- 138.Kirkpatrick, D.R. (1984) Age, gender and patterns of common intense fears among adults. *Behav Res Ther*, 22 (2), 141-150.
- 139.Holtzman, J.M., Berg, R.G., Mann, J.,Berkey, D.B. (1997) The relationship of age and gender to fear and anxiety in response to dental care. *Spec Care Dentist*, 17 (3), 82-87.
- 140.Stouthard, M.E.,Hoogstraten, J. (1990) Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol*, 18 (3), 139-142.
- 141.Ay S, Ö.D., Öztürk M, Polat S. (2002) An assesment of dental anxiety in oral surgery patients. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44 (4), 395-398.
- 142.Armfield, J.M., Spencer, A.J.,Stewart, J.F. (2006) Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J*, 51 (1), 78-85.

143. Matthias, A.T., Samarasekera, D.N. (2012) Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwan*, 50 (1), 3-6.
144. Garip, H., Abali, O., Goker, K., Gokturk, U., Garip, Y. (2004) Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 42 (6), 551-554.
145. Peretz, B., Efrat, J. (2000) Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Paediatr Dent*, 10 (2), 126-132.
146. Teo, C.S., Foong, W., Lui, H.H., Vignehsa, H., Elliott, J., Milgrom, P. (1990) Prevalence of dental fear in young adult Singaporeans. *Int Dent J*, 40 (1), 37-42.
147. Curson, I., Coplans, M.P. (1970) The need for sedation in conservative dentistry. An investigation in the inner London area. *Br Dent J*, 128 (1), 19-22.
148. Schuurs, A.H., Duivenvoorden, H.J., Thoden van Velzen, S.K., Verhage, F., Eijkman, M.A., Makkes, P.C. (1985) Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*, 13 (4), 212-215.
149. Thomson, W.M., Locker, D., Poulton, R. (2000) Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28 (4), 289-294.
150. Kaakko, T., Getz, T., Martin, M.D. (1999) Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. *J Dent Educ*, 63 (10), 748-752.
151. Ng, S.K., Chau, A.W., Leung, W.K. (2004) The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32 (3), 227-235.
152. Wong, M., Lytle, W.R. (1991) A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. *J Endod*, 17 (9), 461-465.
153. Earl, P. (1994) Patients' anxieties with third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 32 (5), 293-297.
154. Frazer, M., Hampson, S. (1988) Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. *Br Dent J*, 165 (12), 436-439.
155. Aartman, I.H. (1998) Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26 (5), 350-354.
156. Arrigoni, J., Lambrecht, J.T., Filippi, A. (2005) [Cardiovascular monitoring and its consequences in oral surgery]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 115 (3), 208-213.
157. Alemany-Martinez, A., Valmaseda-Castellon, E., Berini-Aytes, L., Gay-Escoda, C. (2008) Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg*, 66 (3), 453-461.
158. Brand, H.S., Abraham-Inpijn, L. (1996) Cardiovascular responses induced by dental treatment. *Eur J Oral Sci*, 104 (3), 245-252.
159. Nichols, C. (1997) Dentistry and hypertension. *J Am Dent Assoc*, 128 (11), 1557-1562.