

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ



**MUKOGİNGİVAL CERRAHİ UYGULANAN
HASTALARDA GÖRSEL VEYA SÖZEL
BİLGİLENDİRMENİN DENTAL ANKSİYETE
VE AĞRI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

EMRE DURMUŞ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. VAROL ÇANAKÇI**

ORDU-2022

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

**MUKOGİNGİVAL CERRAHİ UYGULANAN
HASTALARDA GÖRSEL VEYA SÖZEL
BİLGİLENDİRMEİN DENTAL ANKSİYETE
VE AĞRI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Emre DURMUŞ

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 21.03.2022

Jüri Üyesi (Tez Danışmanı) : Prof. Dr. Varol ÇANAKÇI

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Oğuz KÖSE

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ceren GÖKMENOĞLU

Dekan : Prof. Dr. Varol ÇANAKÇI

ORDU-2022

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

EMRE DURMUŞ



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitiminin boyunca ve tezimin her aşamasında bana yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen, her zaman desteğini hissettiğim çok kıymetli danışman hocam **Prof. Dr. Varol ÇANAKÇI**'ya,

Asistanlığım süresince mesleki ve bilimsel anlamda gelişimimde büyük katkıları olan değerli hocalarım **Prof. Dr. M. Cankat KARA**, **Doç. Dr. Figen ÖNGÖZ DEDE** ve **Doç. Dr. Ceren GÖKMENOĞLU**'na,

Uzmanlık eğitiminin boyunca bana her türlü destek olan sevgili asistan arkadaşım **Dt. Yunus Emre ÇALIK** nezdinde tüm asistan arkadaşlarım ve bütün anabilim dalı çalışanlarına,

Sonsuz sevgi ve desteklerini hep hissettiğim canım aileme,

Son olarak uzmanlık eğitiminin ve tez çalışmamın tüm aşamalarında gösterdiği katkı ve özverisinden dolayı sevgili meslektaşım **Dt. Seda AKINCI**'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

MUKOGİNGİVAL CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA GÖRSEL VEYA SÖZEL BİLGİLENDİRMEİN DENTAL ANKSİYETE VE AĞRI DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışma Ordu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı'na müracaat eden ve mukogingival sorunları olan 80 kişi üzerinde yapıldı. Çalışmanın protokolü gereği bireyler iki gruba ayrıldı. 1. grubu işlemden önce sözlü bilgilendirme yapılan hastalar 2. grubu işlemden önce görsel bilgilendirme yapılan hastalar oluşturdu.

Materyal ve Metod: Tüm hastalara mukogingival cerrahi tedavi işleminden önce bilgilendirme yapıldıktan sonra STAI-S, STAI-T, MDAS ve VAS ölçeği uygulandı. Bu ölçümler ve değerler tedavi sonrası 1, 3 ve 10. günde tekrar alındı. Mukogingival cerrahi uygulamasından 30 dakika önce ve tedavi sonrası tansiyon, nabız ve oksijen saturasyonu ölçümleri yapıldı

Bulgular: Tedavi öncesi MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gruplara göre tedavi sonrası ve 1., 3. ve 10. günde MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,021$; $p<0,05$). Sözel bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası MDAS ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Gruplara göre tedavi öncesi VAS, tedavi sonrası VAS 1. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gruplara göre 3. ve 10. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,044$; $p<0,05$). Sözel bilgilendirme yapılan grubun 3. gün ağrı takibi ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Gruplara göre STAI-T ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,009$; $p<0,01$). Sözlü bilgilendirme yapılan grubun STAI-T ölçümleri daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: İki grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrası VAS değerlerinde görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızda gruplara göre

tedavi öncesi VAS, tedavi sonrası VAS 1. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Gruplara göre 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sözel bilgilendirme yapılan grubun 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümleri daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Mukogingival problem, Ağrı, VAS

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECT OF VISUAL AND VERBAL INFORMATION ON DENTAL ANXIETY AND PAIN LEVELS IN THE MUCOGINGIVAL SURGERY PATIENTS

Aim: This study was carried out on 80 people with mucogingival problems who applied to Ordu University Faculty of Dentistry, Department of Periodontology. According to the protocol of the study, individuals were divided into two groups. The first group consisted of patients who were given verbal information before the procedure, and the second group consisted of the patients who were given visual information before the procedure.

Material and Method: STAI-S, STAI-T, MDAS and VAS scales were applied to all patients after being informed before the mucogingival surgical treatment procedure. These measurements and values were taken again on the 1st, 3rd and 10th days after treatment. Blood pressure, pulse and oxygen saturation were measured 30 minutes before and after mucogingival surgery.

Results: MDAS measurements before treatment did not show a statistically significant difference ($p>0.05$). According to the groups, after treatment and 1.,3. MDAS measurements at day 10 and day 10 show a statistically significant difference ($p=0.021$; $p<0.05$). Post-treatment MDAS measurements were found to be higher in the verbally informed group. According to the groups, pre-treatment

VAS and post-treatment VAS 1st day pain follow-up measurements did not show a statistically significant difference ($p>0.05$).

According to the groups, the 3rd and 10th day pain follow-up measurements showed statistically significant differences ($p=0.044$; $p<0.05$). The 3rd day pain follow-up measurements of the verbally informed group were found to be higher.

STAI-T measurements showed statistically significant differences according to the groups ($p=0.009$; $p<0.01$). The STAI-T measurements of the verbally informed group were found to be higher.

Conclusion: The decrease in VAS values before and after treatment in the two groups showed a statistically significant difference. In our study, pre-treatment VAS and post-treatment VAS 1-day pain follow-up measurements did not show a statistically significant difference according to the groups. According to the groups, the 3rd day and 10th day pain follow-up measurements show a statistically significant difference. The pain follow-up measurements on the 3rd and 10th days were found to be higher in the verbally informed group.

Keywords: Mucogingival problems, Pain, VAS

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XI
1 GİRİŞ.....	1
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Mukogingival Cerrahi.....	4
2.1.1 Kök Kapamasında Kullanılan Cerrahi İşlemler	4
2.1.2 Kuron Boyu Uzatma	11
2.1.3 Frenektomi	11
2.2 Anksiyete	12
2.2.1 Anksiyete Türleri.....	13
2.2.2 Dental Anksiyete	14
2.2.3 Dental Tedavilerde Anksiyetenin Azaltılması İçin Kullanılan Teknikler	23
2.3 Hasta Bilgilendirme Yöntemleri.....	24
2.3.1 Sözel Bilgilendirme	25
2.3.2 Yazılı Bilgilendirme	26

2.3.3	Görsel Bilgilendirme	26
2.4	Ağrı.....	27
2.4.1	Ağrının Tanımı	27
2.4.2	Ağrı Türleri	28
2.4.3	Ağrının Uyarımı, Algısı ve Yorumu.....	30
3	GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1	Dahil Edilme Kriterleri	32
3.2	Hariç Tutulma Kriterleri	32
3.3	Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri	33
3.4	Çalışma Grupları ve Randomizasyon	33
3.5	Anksiyetenin Değerlendirilmesi.....	34
3.6	Ek veriler.....	36
3.7	İstatistiksel Değerlendirme.....	36
4	BULGULAR.....	37
5	TARTIŞMA.....	65
6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
	KAYNAKLAR.....	77
	EKLER	97
EK-1:	Etik Kurul Kararı	97
EK-2:	Anketler.....	98
ÖZGEÇMİŞ	106



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4-1 Anket katılımcılarının demografik dağılımları	37
Tablo 4-2 Ağız sağlığı skoru dağılımı.....	41
Tablo 4-3 Vital bulgular dağılımı	41
Tablo 4-4 MDAS değerleri dağılımları	43
Tablo 4-5 VAS değerleri dağılımı	43
Tablo 4-6 STAI-S değerleri dağılımı	44
Tablo 4-7 STAI-T değerleri dağılımı.....	45
Tablo 4-8 Gruplara göre demografik özelliklerin değerlendirilmesi	45
Tablo 4-9 Gruplara göre vital bulguların değerlendirilmesi.....	47
Tablo 4-10 Gruplara göre MDAS sonuçlarının karşılaştırılması	48
Tablo 4-11 Gruplara göre VAS sonuçlarının karşılaştırılması	49
Tablo 4-12 Gruplara göre ağız sağlığı skorlarının karşılaştırılması	51
Tablo 4-13 Gruplara göre STAI-T değerlerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 4-14 Gruplara göre STAI-T değerlerinin karşılaştırılması.....	52
Tablo 4-15 Gruplarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası VAS ölçümlerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 4-16 Gruplarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası sistolik basınç ölçümlerinin karşılaştırılması	54
Tablo 4-17 Gruplarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası diyastolik basınç ölçümlerinin karşılaştırılması	55
Tablo 4-18 Gruplarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası nabız ölçümlerinin karşılaştırılması.....	56

Tablo 4-19 Gruplarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası satürasyon ölçümlerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 4-20 Gruplarda tedavi öncesi, tedavi sonrası ve 10. gün MDAS ölçümlerinin karşılaştırılması	58
Tablo 4-21 Gruplarda tedavi öncesi, tedavi sonrası ve 10. gün STAI-S ölçümlerinin karşılaştırılması	59
Tablo 4-22 Gruplarda 1. gün, 3. gün ve 10. gün ağrı takibinin karşılaştırılması	60
Tablo 4-23 Tedavi öncesi VAS skorları ile tedavi sonrası VAS skorlarının vital bulgular ile arasındaki ilişkilerin incelenmesi	61
Tablo 4-24 Tedavi öncesi VAS ve tedavi sonrası VAS Skorları ile ağrı skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	64

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Ark:	: Arkadaşlar
SDG	: Serbest diş eti grefti
LKF	: Laterale kaydırılan flep
KKF	: Kuronale kaydırılan flep
BDG	: Bağ doku grefti
HDM	: Hücresiz dermal matriks
mm	: Milimetre
MMT	: Mine matriks türevi
KPF	: Kuronale pozisyone flep
TZF	: Trombositten zengin fibrin
TZP	: Trombositten zengin plazma
LPF	: Laterale pozisyone flep
DAS	: Corah'm Dental anksiyete skalası
MDAS	: Modifiye dental anksiyete skalası
DFS	: Dental korku skalası
STAI-S	: Spielberger'in durumluk kaygı ölçeği
STAI-T	: Spielberger'in sürekli kaygı ölçeği
DBS	: Dental güven skalası
DAQ	: Dental anksiyete sorusu
PAQ	: Fotoğraf anksiyete anketi

DAI/S-DAI : Dental anksiyete envanteri ve kısa versiyonu

GFS : Gatchel'in korku skalası

ASA : Amerikan Anestezistler derneği

Hg : Civa

SpO₂ : Kan oksijen satürasyonu

BPM : Dakikada atım sayısı

Min : Minimum

Max: : Maksimum

SD : Standart sapma

1 GİRİŞ

Periodontal tedavi hem periodontal patojenlerin sebep olduğu kronik hastalığı tedavi etmek hem de bozulmuş veya periodontal hastalığa sebep olan yumuşak doku deformitelerini düzeltmek amacıyla yapılmaktadır. Bu deformiteler veya uygun olmayan yumuşak doku bozuklukları mukogingival cerrahi işlemleri içerisinde yer alır.

Mukogingival cerrahi uygulamaların ana hedefi keratinize dişeti bütünlüğünü korumak veya kaybolan dokuyu yeniden oluşturarak daha sonra oluşabilecek sert ve yumuşak doku kayıplarını önlemektir. Bu sayede hastanın periodontal sağlığını idame ettirerek, estetik kayıplarını restore etmektir.

Günümüzde dişler ve/veya implantlar etrafındaki marjinal dokunun çekilmesi sadece periodontal veya peri-implant sağlık için değil, aynı zamanda estetik sonuçlar nedeni ile oldukça önemlidir. Bu nedenle, otojenik, allojenik veya sentetik greftlerle yumuşak doku augmentasyonu, doku hacmini ve yapışık keratinize dişetinin miktarını arttırmak ve/veya estetik sonuçları iyileştirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır.

Mukogingival işlemlerde ve/veya cerrahide hastaların zaman zaman hem tedavi esnasında hem de tedavi sonrası ağrı duydukları bildirilmiştir.

Yine mukogingival cerrahi yapılacak bireylerde ağrıya ilaveten korku ve anksiyetenin de oluştuğu ve bunların da ağrıyı negatif etkilediği bildirilmiştir.

Dental anksiyete ve korku, hastaların dental tedavilerini geciktirmesine hatta iptal etmesine sebep olan, tüm dünyada sık görülen bir duygu durum bozukluğudur (J. M. Armfield ve ark., 2006; Ayer Jr ve ark., 1983). Literatürdeki birçok araştırmada, hastaların % 5,5 ile % 15,5 arasında değişen oranlarda dental anksiyete sebebiyle tedavilerini aksattığı tespit edilmiştir (Carter ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise dental anksiyete oranlarının %21,3-23,5 gibi yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür (Firat ve ark., 2006; Tunc ve ark., 2005). Yüksek dental anksiyeteye sahip hastaların tedavi sırasında daha fazla ve daha uzun süre ağrı hissettikleri tespit edilmiştir (Leal ve ark., 2009; Tickle ve ark., 2012). Dental anksiyetesi olan bireyler kaçınımacı davranışları nedeniyle daha kötü ağız sağlığına sahiptirler (Eitner ve ark., 2006). Dental anksiyetenin varlığı kısmen veya tamamen oral sağlık ile ilgili yaklaşımları engellemekte bu sebeple de dental hastalık prevalansının artmasına yol açmaktadır (Abrahamsson ve ark., 2002). Yapılan birçok çalışmada hayat kalitesi ile dental anksiyete arasında belirgin bir ilişki izlenmiştir (Ng ve ark., 2006; Vermaire ve ark., 2008). Yapılan bir çalışmada da dental anksiyetesi olan hastaların günlük hayatta yaşadıkları major belirtilerden birinin utanç duygusu olduğu saptanmıştır (Appukuttan, 2016). Dental anksiyetenin cinsiyet, yaş, dental kontrol alışkanlıkları, hekime güven, dental tedavi sırasında yaşanan daha önceki ağrı deneyimleri, oral sağlık ve psikososyal durum gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Ter Horst ve ark., 1993).

Hastaların dental anksiyete seviyeleri, subjektif olarak anksiyete ölçekleri ve hekimin hastayı açık uçlu sorularla yönlendirdiği bir yarı yapılandırılmış görüşme ile; ya da hastanın sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile oluşan artmış kan basıncı, kalp atım hızı, oksijen saturasyonu gibi objektif yöntemler kullanılarak belirlenebilmektedir (Appukuttan, 2016). Hastaların bilgi düzeylerinin artırılmasının, hem yapılacak tedaviyi seçerken daha bilinçli olmalarına, hem de tedaviye yönelik anksiyete ve korku duygularıyla başa çıkmada yardımcı olacağı

düşünülmektedir (Ter Horst ve ark., 1993). Görsel bilgilendirme tekniği, hastaların kendilerini, gösterilen modellerle özdeşleştirerek, istenilen hasta davranışlarının gerçekleştirilmesini öğreten bir tekniktir. Bu teknik, dental anksiyete ile başa çıkma yöntemlerinden biri olarak kullanılmasının yanı sıra, hastanın tedavi hakkındaki bilgi seviyesinin artırılmasına da katkı sağlamaktadır (Krouse, 2001).

Yukarıda bahsedildiği gibi mukogingival işlemlerde hastaların zaman zaman hem tedavi esnasında hem de tedavi sonrası ağrı duydukları bildirilmiştir.

Literatür incelendiğinde, mukogingival cerrahi öncesi ve sonrası görsel bilgilendirme tekniği ile hasta bilgilendirmesinin uygulandığı, hastaların anksiyete seviyelerinin değerlendirildiği, ne kadar ağrı hissettikleri ve bu ağrının derecelendirilmesiyle ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, mukogingival cerrahi öncesinde ve sonrasında görsel bilgilendirme tekniği ile bilgilendirmenin, en fazla dental anksiyeteye neden olan prosedürlerden kabul edilen mukogingival cerrahi işlemler sırasında hastada oluşan anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilmesi ve ağrının ne kadar olduğunu saptamak için yapılmıştır. Yine tedavi uygulanacak hastalarda dental kaygı ve korku seviyeleri, tedavi öncesinde ve sonrasında dental anksiyete ölçekleri ile belirlenerek karşılaştırılacaktır. Bununla birlikte hastaların mukogingival cerrahi işlemi öncesi belirlenen dental anksiyete seviyelerinin, anksiyete etiolojisinde rol oynadığı düşünülen sosyodemografik veriler ve dental tedavi geçmişleri ile ilişkisi incelenecektir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Mukogingival Cerrahi

Mukogingival cerrahi, ilk defa Friedman tarafından ortaya atılmış ve anormal frenulum veya kas bağlantılarını uzaklaştırmak, dişetini korumak, vestibül derinliği artırmak amacıyla yapılan cerrahi işlemler olarak tanımlanmıştır (Friedman, 1957). Bunun yanında mukogingival cerrahi terimi daha çok hem dişeti hem de alveolar mukozayı içeren cerrahi işlemleri tanımlamakta kullanılmıştır. Miller 1993 yılında mukogingival cerrahinin, dişeti ve çekilme tipi defektler ile ilişkili problemlerin geleneksel tedavisinin yanı sıra kret formu ve estetiğin düzeltilmesini de içermesi gerektiğini belirterek periodontal plastik cerrahi teriminin kullanılmasını önermiştir (Miller JR, 1993). mukogingival cerrahi terimi 1996 World Workshop'unda 'periodontal plastik cerrahi' olarak tekrar isimlendirilmiş ve periodontal plastik cerrahi; dişeti, alveolar mukoza veya alveol kemikte bulunan anatomik, gelişimsel, hastalık ya da travma nedeniyle oluşan defektleri önlemek ve düzeltmek için yapılan cerrahi yöntemler olarak tanımlanmıştır (Periodontology, 1996). Bu tanım içinde yer alan yumuşak ve sert doku işlemleri arasında kök kapama, dişeti pigmentasyonu, kuren boyu uzatma, implant etrafındaki mukozal defektlerin düzeltilmesi, diş çekimi sonrasında oluşan alveol kret çökmesinin önlenmesi, anormal frenulum bağlantılarının giderilmesi, dişsiz kretin pigmentasyonu sayılabilir.

2.1.1 Kök Kapamasında Kullanılan Cerrahi İşlemler

Periodontal tedavinin amaçlarından birisi, açığa çıkan kök yüzeylerinin kapatılmasıdır. Kök yüzeyi kapama işlemlerinin esas amacı ise minimum sondalama derinliğiyle ve komşu dokularla estetik olarak uyum içinde olacak

şekilde dişeti çekilmelerini tamamen kapatmaktır (Cairo ve ark., 2008; Clauser ve ark., 2003).

Kök yüzeyi kapama amacıyla birçok periodontal plastik cerrahi yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; serbest dişeti grefti (Paolantonio1 ve ark., 1997; Sullivan, 1968), saplı yumuşak doku greftleri (laterale kaydırılan flep, kuronale kaydırılan flep, çift papil flep) (Caffesse ve ark., 1980; Cohen ve ark., 1968; Zucchelli ve ark., 2004), bağ doku grefti (Bruno, 1994; Harris, 1992; Langer ve ark., 1985; Nelson, 1987; Paolantonio1 ve ark., 1997; Rosetti ve ark., 2000), hücreli dermal matriks (Henderson ve ark., 2001; Tal, 1999), yönlendirilmiş doku rejenerasyonu (Prato ve ark., 1992; Rosetti ve ark., 2000), mine matriks türevleri (Modica ve ark., 2000), trombosit konsantreleri (Bozkurt Doğan ve ark., 2015; Huang, Neiva, Soehren, ve ark., 2005) ya da bu tekniklerin kombinasyonlarıdır.

2.1.1.1 Serbest Dişeti Grefti

Serbest dişeti grefti (SDG) epitelize yumuşak doku greftleridir (Ibbott ve ark., 1985). Klinik olarak başarılı ilk SDG vakasını Björn 1963 yılında yayımlamıştır (Bjorn, 1963). 1966 yılında vestibül derinliğin sağlanması ve frenilumun etkisinden korumak amacıyla Nabers tarafından önerilmiştir (Nabers, 1966). Yöntem günümüzde dişeti ile mukoza arasındaki düzensizliklerin tedavisinde ve keratinize dişeti miktarını arttırmak maksadıyla kullanılmaktadır (Hall ve ark., 1993).

Uygulamanın ayrıntılarının belirlenmesi ve tanımlanması ise 1968 yılında Sullivan ve Atkins tarafından yapılmıştır. Damaktan alınan SDG kullanılarak, sığ-dar ve derin-dar dişeti çekilmelerinde avasküler kök yüzeylerinde şerit şeklinde keratinize doku oluşturulabildiği gösterilmiştir (Sullivan ve ark., 1968).

SDG, uzun yıllardır yapışık dişeti genişliğini arttırmak için temel cerrahi yöntemi temsil etmektedir (Bjorn, 1963).

Kısaca SDG'nin endikasyonları arasında vestibuler derinliğin arttırılması, yapışık dişeti genişliğinin arttırılması, açık kök yüzeyinin kısmen veya tamamen

kapatılması, protetik tedavi öncesi dişsiz bölgelerdeki yapışık dişeti miktarının arttırılması ve çekim soketlerinin kapatılması yer almaktadır (Agudio ve ark., 2008).

SDG'nin estetik olarak uyum sağlayamayan doku rengi, greftin beslenememesi, greftin boyutsal stabilitesinin bozulması, ikinci bir cerrahi alan gerektirdiği için donör sahada operasyon sonrası görülebilen ağrı ve sekonder kanama dezavantajlarıdır (Wolf ve ark., 2007).

2.1.1.2 Laterale Kaydırılan Flep

Kök yüzeyini kapatmak amacıyla yapılan ilk çalışmalar laterale kaydırılan fleplerle (LKF) yapılmış ve ilk olarak Grupe ve Warren tarafından 1956 yılında tanımlanmıştır (Grupe ve ark., 1956). Açıkta olan kök yüzeyleri komşu dişin keratinize dişetinin üzerine kaydırılarak örtülmektedir. Böylece hem kök yüzeyi kapaması hem de keratinize dişeti genişliğinin artması sağlanmıştır (Grupe ve ark., 1956).

Bu metodun başlıca dezavantajları; flebin kaldırıldığı bölgedeki gingival çekilme ve muhtemel kemik kaybıdır. Flebin kaldırıldığı bölgede postoperatif dişeti çekilmesi yaklaşık 1 mm kadar olabileceği bildirilmiştir (Staffileno, 1964).

Verici bölgedeki dişeti çekilme riskini azaltmak için modifikasyon olarak tam kalınlıklı flep yerine yarım kalınlıklı flep kullanılmasını önermiştir (Staffileno, 1964). Flebin kaldırıldığı bölgedeki dişlerin marjinal bütünlüğünü korumak için submarjinal insizyonların kullanımı önerilmiştir (Grupe, 1966). Ruben ve ark. hem yarım hem de tam kalınlıklı şekilde hazırlanan bir flep tekniği geliştirmiştir (Ruben ve ark., 1975).

Dişeti çekilmesinin lateralinde frenulum, sığ vestibül, yetersiz keratinize dişeti olduğu durumlarda ve kemikte dehisens-fenestrasyon olduğunda tekniğin kullanılması kontrendikedir (Miller JR, 1993).

2.1.1.3 Kuronale Kaydırılan Flep

Teknik ilk olarak 1920'li yıllarda Norberg tarafından uygulanmıştır ve bazı modifikasyonlar eklenerek günümüze kadar gelmiştir (Allen ve ark., 1989; De Sanctis ve ark., 2007). Kuronale kaydırılan flep (KKF) tekniği çekilme olan kök yüzeyinin apikalindeki dişetin kuronal yönde konumlandırılarak kök yüzeyi kapaması amaçlanmaktadır (Bernimoulin, 1973).

Tekniğin uygulanabilmesi için çekilmenin apikalinde yeterli keratinize dişeti yükseliği ve kalınlığa sahip doku gereklidir. Defektin apikalinde bulunan keratinize doku miktarının yetersiz olması, alveol mukozasına uzanan Stillman yarıklarının varlığı, yüksek frenilum ataşmanının bulunması, bukkal yöne doğru yer değiştirmiş olan kökler ve sığ vestibül derinliğinin olduğu durumlarda KKF tekniğinin uygulanması endike değildir (Zucchelli ve ark., 2015). Bernimuolin ve ark. tekli ve çoklu çekilmelerde defektin apikalinde yeterli dişeti yüksekliği ve kalınlığı yoksa serbest dişeti grefti uygulamasından 2 ay sonra KKF cerrahisi uygulayarak çift aşamalı KKF tekniğini geliştirmişlerdir (Bernimoulin ve ark., 1975).

Allen ve Miller I. sınıf dişeti çekilmesine sahip 28 hastada açığa çıkan kök yüzeylerine sitrik asit uygulamış ve tek aşamalı KKF tekniğini uygulamışlardır. 6 aylık sonuçlara göre ortalama olarak %98 kök yüzeyi örtülmesi izlenirken, tedavi edilen dişlerin %84'ünde tam kök kapaması gerçekleşmiştir (Allen ve ark., 1989).

Zucchelli ve Sanctis, çoklu dişeti çekilmelerinin tedavisi için modifiye KKF tekniğini uygulamış, zarf şeklinde yarım-tam-yarım kalınlık şeklinde tasarladıkları flebi kuronale kaydırmışlardır (Zucchelli ve ark., 2000).

Pini Prato ise KKF cerrahisinde rezorbe olmayan membranları kullanmıştır (Prato ve ark., 1992).

2.1.1.4 Çift Papil Flep

İlk olarak Cohen ve Ross tarafından tanımlanmıştır. Bu teknikte açık kök yüzeyine komşu dişeti papilleri kullanılmaktadır. Özellikle çoklu çekilmelerde papiller bölgedeki dişeti az olacağından tedavide başarı tam olarak elde edilememiştir. En büyük dezavantajlarından biri de avasküler yapıda olan kök yüzeyine denk gelen dikişlerden dolayı iyileşme önemli ölçüde olumsuz etkilenmektedir (Cohen ve ark., 1968).

2.1.1.5 Bağ Doku Grefti

İlk kez Langer ve Calagna tarafından 1980 yılında kret ogmentasyonu için tanımlanmış, sonrasında 1985 yılında kök yüzeyi kapaması amacıyla uygulanmış ve günümüzde de çekilmelerin tedavisinde en çok tercih edilen cerrahi yöntem olmuştur (Langer ve ark., 1980; Miller JR, 1993). Diğer tekniklerle karşılaştırıldığında bağ doku grefti kök kapatmada altın standart olarak kabul edilmiştir (Chambrone ve ark., 2012; Rocuzzo ve ark., 2002). Bağ doku grefti, kök kapama amacıyla LKF, KKF, vertikal insizyonlu veya insizyonsuz zarf flep ve tünel teknikleri ile birlikte uygulanabilmektedir (Bouchard ve ark., 2001; Raetzke, 1985; Zabalegui ve ark., 1999).

Bu yöntemde hem periost ve kemik yüzeyinden hem de grefti örten flepten revaskülarizasyon gerçekleştiğinden daha başarılı sonuçlar sağlanmaktadır. Kanlanmanın her iki yönden olması alınan greftin beslenme ihtimalini artırmaktadır (Greenwell ve ark., 2005). Alıcı bölgeye yerleştirilen greft, flep ile tamamen kapatıldığında çok iyi renk uyumu sağlanmaktadır. Bu sebeple estetik olarak komşu dokularla uyumu idealdir (Harris, 1992, 1994).

Bununla birlikte bu prosedürün uygulanabilmesi için verici sahada yeterli doku kalınlığı gerekmektedir. Doku kalınlığının yeterli kalınlıkta sağlanamadığı veya büyük greftlere ihtiyaç duyulan çoklu çekilmelerde asellüler dermal matrix allogrefti kullanımı önerilmiştir (Dodge ve ark., 1998). En önemli avantajı ikinci bir cerrahi alana ihtiyaç duyulmaması gibi gözükse de dokuya entegrasyonunun

otogreftlerden daha geç olması, estetik açıdan otojen greftlere nazaran başarılı sonuçlar göstermemesi ve mali olarak ekstra bir yük getirmesi nedeniyle klinik kullanımını sık değildir.

2.1.1.6 Hücresiz Dermal Matriks

Hücresiz dermal matriks (HDM), plastik cerrahinin temel hedeflerinden biri olan defekt onarımı için sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır (Kokaçya, 2019). HDM; insan derisinden elde edilen, hücreden arındırılmış, kollajen ve elastik fibrillerin temel komponent olduğu, ekstrasellüler matriksi ve vasküler ağı korunmuş bir allogrefttir (Henderson ve ark., 2001; Tugnait ve ark., 2001). Bu materyal, keratinize doku genişliğini arttırmak (Novaes Jr ve ark., 2002) ve periodontal biyotipi değiştirmek için kullanılabilir (Novaes Jr ve ark., 2002).

Dişeti çekilmelerinde kök yüzeyi kapaması oranına bakıldığında, aselüler dermal matriks uygulamasının bağ dokusu grefti uygulamasından üstün olmadığı belirtilmiştir (Paolantonio ve ark., 2002; Tal ve ark., 2002; Wei ve ark., 2000). Daha çok çoklu dişeti çekilmelerinin tedavisinde istenildiği kadar kullanılabilmesi ve ikincil bir yara yeri oluşturmaması nedeniyle kullanımı uygundur (Wei ve ark., 2000).

2.1.1.7 Yönlendirilmiş Doku Rejenerasyonu

Kök yüzeyi kapaması için yönlendirilmiş doku rejenerasyonu tekniğini ilk olarak 1991 yılında bir olgu raporu şeklinde bildirilmiştir (Cortellini ve ark., 1991). Dişeti çekilmelerinin tedavisi için birçok yumuşak doku grefti başarıyla kullanılsa da gerçekleşen iyileşme periodontal rejenerasyondan ziyade çoğunlukla uzun bağlantı epiteli ile sonuçlanır (Caffesse ve ark., 1984; Gottlow ve ark., 1986; Wang ve ark., 2012). Bu teknik ile kaybedilmiş periodontal dokuların orijinal yapısına uygun olarak yeniden oluşturulması amaçlanmaktadır (Periodontology, 2001). Bu teknikte bağ dokusu yerine bariyer membran kullanılmaktadır (Tatakis ve ark., 1999; Tözüm ve ark., 2005).

Rezorbe olmayan membran kullanılması sonrasında membranın açığa çıkarak enfeksiyon gelişmesi ile tedavi tamamen başarısız olabilir. Bu komplikasyonlarla karşılaşmamak için rezorbe olabilen membranların kullanımı gündeme gelmiştir (Lee ve ark., 2002). Bununla birlikte rezorbe olabilen membranlar yumuşak materyallerdir, kemik grefti ile desteklenmezse boşluk koruma özellikleri yoktur (Wang ve ark., 2012).

Ataşman kazancının olması, verici sahaya ihtiyaç olmaması, derin ve büyük çekilmelerde kullanılabilmesinin yanı sıra; enfeksiyon riski içermesi, yabancı doku reaksiyonu ihtimali, membranın ekspoz olması, rezorbe olmayan membran kullanılmışsa ikinci cerrahi girişime ihtiyaç duyulması ile iyileşmenin bozulabilmesi ve pahalı bir teknik olması dezavantajları arasında gösterilebilir (Tatakis ve ark., 1999; Tözüm ve ark., 2005).

Önceleri bu yöntemin kök yüzeyi örtülmesi için öngörülebilir olduğu düşünülse de yüksek komplikasyon oranları göz önüne alındığında günümüzde dişeti çekilmelerinin tedavisinde kullanımı tavsiye edilmemektedir (Amarante ve ark., 2000; Jepsen ve ark., 1998; Lins ve ark., 2003).

2.1.1.8 Mine Matriks Türevleri

Mine matriks türevleri (MMT) kök yüzeyi örtülmesi amacıyla ilk olarak 2000 yılında kullanılmıştır (Modica ve ark., 2000). KKF ve BDG ile birlikte kullanıldıkları çalışmalarda periodontal rejenerasyon sağladığı gösterilmiştir (Carnio ve ark., 2002). McGuire ve Nunn (2003), KPF + BDG ve KPF+MMT gruplarında benzer kök kapanma oranı rapor etmişlerdir (McGuire ve ark., 2003). Sangiorgio ve ark. (2017) ise KPF+MMT'nin sadece KPF'YE göre çok daha başarılı olduğunu bildirmişlerdir (Sangiorgio ve ark., 2017).

2.1.1.9 Trombosit Konsantreleri

Bünyesinde büyüme faktörlerini barındıran trombositten zengin fibrin (TZF) ve trombositten zengin plazma (TZP) periodontal rejeneratif cerrahiden sonra kök

yüzeyi kapama amacıyla KPF, LPF gibi tekniklerle kombine kullanılmaya başlanmıştır. TZF'nin TZP' ye göre daha kolay hazırlanabilir ve uygulanabilir olması, daha fazla büyüme faktörü içermesi klinikte kullanımını arttırmışsa da, her ikisi de kök kapaması açısından anlamlı bir başarı sağlayamamıştır (Huang, Neiva ve Wang, 2005; Moraschini ve ark., 2016).

2.1.2 Kuron Boyu Uzatma

Kuron boyu uzatma prosedürü, restoratif tedavilerle bağlantılı olarak oldukça yaygın biçimde uygulanan bir periodontal cerrahi yöntemdir (Edward ve ark., 2006).

Kuron boyu uzatma işleminin başlıca amaçları;

- Restorasyonların tutuculuğunu arttırmak
- Klinik kuron kırıklarını restore etmek
- Restore edilemeyen subgingival alandaki çürük varlığında
- Restorasyonların biyolojik genişliğe zarar vermemesini sağlamak
- Ağız hijyeninin sağlanmasını kolaylaştırmak
- Estetiği arttırmak
- Oklüzyonu düzenlemek

Klinik kuron boyunun apikal yönde uzatılması amacıyla bir miktar sağlıklı periodontal dokunun cerrahi olarak çıkarılması, az da olsa sağlıklı periodontal dokuların kaybına neden olduğu kabul edilmektedir. Bu dezavantajlar göz önüne alınarak uygulanacak tekniğin olası faydalarına göre cerrahi işlemlerin planlanması gerekmektedir (Zuhr ve ark., 2012).

2.1.3 Frenektomi

Marjinal dişetinde var olan gerilimi azaltmak amacıyla yapılan, alttaki kemikle olan bağlantının ayrılarak frenulumun dokusunun tamamen uzaklaştırılması operasyonudur (Chaubey ve ark., 2011). İlk kez 1961 ve 1964

yıllarında konvansiyonel yöntemle yapılmıştır (Archer, 1961; Kruger, 1964). Frenektomi operasyonu ile diastemanın tekrarı önlenir, bölge anatomisi tekrar düzenlenir ve böylece periodontal sorunların oluşması engellenmiş olur (Chaubey ve ark., 2011).

Frenektomi endikasyonları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Olivi ve ark., 2010):

- Dudak ve yanak hareketleri esnasında frenulum nedeniyle oluşan dişeti kenarındaki retraksiyon ve gerilimi kaldırmak.
- Ortodontik tedavinin kolaylaştırılmasını sağlamak. Kalın bir frenulum dokusu ortodontik hareketlere karşı direnç gösterir ve tedavi sonunda maksiller keser dişlerin aralanmasına sebep olabilir.
- Diş fırçasının o bölgede daha etkili ve kolay kullanımını sağlamak
- Yapışık dişeti miktarının arttırılması, periodontal cep eliminasyonu ve vestibül derinliğinin arttırılması gibi birçok cerrahi operasyonla kombine şekilde uygulandığında, dişeti çekilmesini kontrol altına almak.

Frenektomi yarım kalınlık olacak şekilde hazırlanan mukozal bir fleptir, işlem sırasında oluşan yara üçgen şeklindedir. Günümüzde yapılan konvansiyonel frenektomi operasyonları, V plasti (tek hemostat yöntemi), diamond (çift hemostat yöntemi), V-Y plasti yöntemi ve submukozal frenektomi şeklindedir. Frenektomi operasyonunun uygulanmasında dental lazerler de kullanılmaktadır.

2.2 Anksiyete

Anksiyete, kelime olarak sıkışma ve darlık anlamını taşıyan "angh" kökünden türetilmiştir. İngilizcede "anxiety" kelimesi sıkça kullanılmakta, literatürde de bu haliyle geçmektedir. Türkçe'de ise anksiyete "bun", "bunaltı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" şeklinde tanımlanabilmektedir (Sürmeli, 1997).

Mevcut literatürde teorik bakış açılarına göre değişen birçok kaygı tanımı mevcuttur. Horney'e göre kaygı, kaynağını baskı altına alınmış dürtülerden alan korku durumu şeklinde tanımlamıştır (Horney, 1993). Spielberger'in tanımlamasında ise kaygı, sosyal süreçleri içeren ve insan ilişkilerinde yaşanan hoş olmayan deneyimlerden meydana gelmiştir (Spielberger, 1966).

2.2.1 Anksiyete Türleri

Anksiyetenin tanımını Öner ve Le Compte, durumluk ve sürekli anksiyete şeklinde iki başlık şeklinde yapmıştır (Öner ve ark., 1998).

2.2.1.1 Durumluk Anksiyete

Bireyin içinde olduğu stres yaratan durum sebebiyle yaşadığı öznel korku olarak tanımlanabilmektedir. Stresin fazla olduğu dönemlerde anlık kaygı seviyesinde yükselme, stresin azaldığı ya da ortadan kalktığı durumlarda ise düşme olur (Öner ve ark., 1985). Bu sürekli anksiyeteden ayrılan yönlerindedir. Durumluluk anksiyete, subjektif olarak algılanan ve otonom sinir sisteminin aktivitesine bağlı olarak artan geçici gerginlik ve endişe durumudur (Ay ve ark., 2002). Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde ortaya çıkan uyarılma neticesinde terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk hislerinin dışa vurulmasıdır (Öner ve ark., 1985).

2.2.1.2 Sürekli Anksiyete

Bireyin anksiyete yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları çoğu zaman stresli olarak algılaması veya o durumun kendisini stres olarak değerlendirme yatkınlığı da denilebilir. Sürekli anksiyete için objektif kriterlere göre bakıldığında herhangi bir tehdit veya tehlike olarak algılanmayan durumların kişi tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda oluşan mutsuzluk ve hoşnutsuzluk duygusu olarak da tarif edilebilir (Öner ve ark., 1998)

2.2.2 Dental Anksiyete

Amerikan Psikoloji Birliği diş hekimini korkusunu spesifik fobi grubunda değerlendirmiş ve belirgin bir nesneye veya öğrenilmiş bir duruma karşı ortaya çıkan, kaçınma davranışı ile izlenen, kişinin günlük yaşantısını etkileyen bir durum şeklinde tanımlamıştır (Del Barrio, 2016).

Dental anksiyete ise diş tedavisi nedeniyle oluşan endişe ve korku duygusudur (Ayer Jr ve ark., 1983). Dental korku gerçek, hızlı oluşan, belirli uyaranlar tarafından tetiklenirken, anksiyete herhangi bir tehlike olmadan, ani oluşmayan ve belirsiz bir durumdur. Bununla birlikte kişinin duygusal tepkileri her ikisinde de aynıdır (Jaakkola ve ark., 2009).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte ekipman ve koruyucu tedavilerin her geçen gün daha da gelişmiş olmasına rağmen dental anksiyete birçok hastada mevcuttur (Kanegane ve ark., 2009). Dental anksiyetenin tüm popülasyonda yaygınlığı %4 ile %23,4 (Jaakkola ve ark., 2009); Türk popülasyonunda ise %21.3 ile %23.5 oranları arasında olduğu tespit edilmiştir (Firat ve ark., 2006).

2.2.2.1 Dental Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyetenin etiyolojisinde etkili olan faktörlere bakıldığında, geçmişte yaşanan travmatik deneyimler (uzun süren ve yorucu tedaviler, işlem esnasında oluşan ağrı), çevre (kullanılan aletlerin görüntüsü ve sesi, muayene odası, ortam kokusu), kişinin düşük ağrı eşiğine sahip olması, hastanın hekime olan yaklaşımı (hekimini yetersiz bulma veya hekime güvenmeme), hekimin hastaya olan yaklaşımı (hastanın ağız sağlığı hakkında eleştiri, tedaviyi açıklamadaki yetersizlik, eksik veya yanlış tedavi uygulanması), sosyal etkileşimler (aile bireyleri ve arkadaşlar tarafından oluşturulan negatif etki, dramatize edilmiş çizgi filmler ve televizyon programları), kötü tecrübelerin ön plana çıkması şeklinde sayılabilir (Ter Horst ve ark., 1993).

Anksiyetenin sebepleri hakkında birçok literatür olmasına rağmen dental anksiyeteye neden olan üç tipik unsur belirlenmiştir. Bunlardan ilki değişiklik (yenilik)'tir. Yeni deneyimler çoğunlukla korkuya neden olur. İnsanlar aşına oldukları vaziyetlerde daha rahat hissederken, yeni deneyimlerinde daha huzursuz hissederler. Dental anksiyetenin ikinci tipik unsuru ise belirsizliktir. Örneğin, küçük yaştaki bir çocuğun dental tedavide hissettiği bir belirsizliktir. Bu belirsizlik kişinin genel algılarının artmasına yol açar. Üçüncü tipik unsur ise beklentidir. Dental tedavi hakkında ebeveyn, kardeşler ve arkadaşlardan edinilen bilgiler doğrultusunda kişinin anksiyetesi artmaktadır (Pawlicki, 1991)

2.2.2.2 Dental Anksiyetenin Davranışsal Boyutu

Dental anksiyeteye sahip kişiler üç evrede reaksiyon göstermektedirler. İlk evre entelektüel seviyede olup kişi korkusunun bilincindedir ama korkuya direnirse elde edeceği yararı düşünüp tedaviye kendini kapatmamaktadır. İkinci aşamada ise korkuya karşı tepki gösteren hasta ya bu tedaviden kaçınmakta ya da fiziksel tepkiler gösterip aşırı panik veya öfke göstermektedir. Bu kısım yanıtın duygusal evresidir. Son evre ise hazcılıkla ilgilidir. Hasta tedavinin sonuçlarıyla ilgilenmeden tedaviyle alakalı her şeyi reddetmektedir (Uğur, 2000).

Bu evreler dental fobiye sahip olan hastalarda normal hastalardan çok daha farklı seyretmektedir. Normal hastalar da ağrı veya acı duymaktan korkup tepkiler gösterebilirler de elde edecekleri faydayı düşünüp dental tedaviden yararlanırlar. Ancak dental anksiyeteye sahip olan hastalar entelektüel evrede bu faydayı öngöremez ve korku nesnesini olduğundan çok daha büyük görebilirler. Ancak ağrının dayanılmaz olduğu durumlarda dental tedaviyi kısa süreliğine kabul edebilirler çünkü bu durumda ağrı anksiyeteyi baskılamaktadır. Bu durumda normal hastayla dental anksiyetesi olan bir hastayı ayırmak güçleşebilir.

2.2.2.3 Dental Anksiyetenin Demografik Özellikleri

2.2.2.3.1 Yaş

Dental anksiyetenin hayatın her döneminde oluşabildiği, ancak daha çok çocukluk ve ergenlik çağında oluştuğu düşünülse de (Lautch, 1971) literatürde dental anksiyete ile yaş arasındaki ilişki hakkında kesin bir fikir birliğine ulaşılamamıştır. Bazı araştırmalarda dental anksiyete ve yaş arasında herhangi bir ilişki belirlenememesine rağmen (Georgelin-Gurgel ve ark., 2009), yaş ilerledikçe dental anksiyete seviyesinin azaldığını belirten pek çok araştırma vardır (Hakeberg ve ark., 1992; Humphris ve ark., 2009; Ragnarsson, 1998; Thomson ve ark., 1996). Dental anksiyetenin prevalansının değişen hasta yaşına bağlı olarak değişiklik göstermesinin nedeni olarak, yaşla birlikte meydana gelen biyolojik değişimler, kişilerin sosyokültürel yaşam biçimlerinin zaman içerisinde değişmesi ve farklı duygusal/zihinsel evrelerden geçmeleri gösterilmektedir (Jason M Armfield ve ark., 2006). Literatüre bakıldığında, dental anksiyete seviyesinin çocukluk ve ergenlik döneminde daha yüksek olduğu, erişkinlik döneminde nispeten sabit kaldığı ve 50 yaş üstünde ise prevalansının azaldığını belirten bir çok araştırma vardır (Humphris ve ark., 2009; Locker ve ark., 1999; Oosterink ve ark., 2009; Udoe ve ark., 2005).

2.2.2.3.2 Cinsiyet

Yapılan araştırmaların büyük bir kısmında dental anksiyetenin, diğer anksiyete çeşitlerinde de olduğu gibi, kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu (Garip ve ark., 2004; Hakeberg ve ark., 1992; Haukebø ve ark., 2008; Humphris ve ark., 2009; Ilgüy ve ark., 2005; Malamed, 2017), hatta bazı çalışmalarda bu oranın kadın hastalarda neredeyse 2 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Moore ve ark., 1993; Thomson ve ark., 1996). Bu farkın kadınların erkeklere nazaran kendilerini daha iyi ifade etmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Moore ve ark., 1993). Yapılan bazı çalışmalarda, korku anketi yanıtlanması istenen erkeklerin kadınlara nazaran gerçek duygularını sakladıkları ve daha rahat yalan söyledikleri saptanmıştır (Pierce ve ark., 1992). Bu durumun bir başka açıklaması ise kadınların

spesifik uyarılar karşısında ağrı eşiklerinin daha düşük olması şeklindedir (Vallerand, 1995).

2.2.2.3.3 Sosyoekonomik Durum ve Eğitim Düzeyi

Dental anksiyetenin, diş tedavilerinden kaçınma ve zayıf oral hijyenle güçlü bir ilişkisi varken (Cohen, 1985), sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesi ile ilişkisi hakkında yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Sosyoekonomik gelir seviyesinin yüksek olması, kişinin sağlık hizmetine ulaşmasında ve daha kaliteli tedavi alması açısından avantajlıdır. Bu yüzden hastalar rutin diş hekimi kontrollerine daha düzenli gitmekte ve hekimden daha az kaçınırlar (Jason M Armfield ve ark., 2006; Moore ve ark., 1993). Yapılan araştırmaların birçoğunda eğitim seviyesinin azalmasıyla anksiyete seviyesinin arttığı gösterilse de (Akhavan ve ark., 2007; Moore ve ark., 1993; Ragnarsson, 1998), anksiyete ile sosyoekonomik durum-eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişkinin tespit edilemediği çalışmalar da vardır (Ergüven ve ark., 2015; Hakeberg ve ark., 1992).

2.2.2.4 Dental Anksiyete Etkileri

Araştırmacılar dental anksiyetenin günlük yaşama etkisini beş kısımda incelemişlerdir. Bunlar davranışsal, fizyolojik, sağlık, sosyal ve zihinsel etkilerdir. Dental anksiyete hastaların diş tedavisi hizmeti veren kurumlara gidişlerini kısmen veya tamamen engellemektedir. Bu durum dental hastalıkların görülmesini sıklaştırmaktadır (Kumar ve ark., 2009). Bu nedenle gittikçe artan diş problemleri hem hekimlerin hem de hastaların tedavide çok daha fazla zorlanmasına sebep olmaktadır (Stabholz ve ark., 1999).

Diş hekimliği kaygısı ve korkusunun ağız sağlığı üzerine etkisini araştıran çalışmalara bakıldığında yüksek düzeyde kaygısı olan hastalarda diş sayısının daha az olduğu, eksik ve çürük diş sayısının daha fazla olduğu, restorasyon olan diş

sayısının ise daha az bulunduğunu ve bu kişilerde daha fazla dental patoloji olduğu izlenmiştir (Hägglin ve ark., 2000; Schuller ve ark., 2003; Wisløff ve ark., 1995).

2.2.2.5 Dental Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi

Dental anksiyetenin belirlenmesi, hem hekim ile hasta arasındaki etkileşimde hekime yardımcı olmak, hem de tedaviden kaçınmanın öngörüldüğü bu duruma yönelik araştırmalar sağlamak için önemlidir (Humphris ve ark., 2006). Dental anksiyetenin saptanmasında hasta ve hekimin ilk etkileşiminin çok önemli olduğu bilinmekte, bu aşamada yapılacak öznel ve nesnel değerlendirme teknikleri tanının doğruluğunu arttırabilmektedir (Appukuttan, 2016).

2.2.2.5.1 Öznel Değerlendirme Yöntemleri

2.2.2.5.1.1 Yarı Yapılandırılmış Görüşme

Anksiyetenin tespit edilmesinde en etkili ve güvenilir metot hastadan elde edilen bilgilerin değerlendirilmesidir. "Yarı yapılandırılmış" terimi, hekimin diyalogu doğru yönlendirmesine yardımcı olabilecek bazı özel sorular sorduğu anlamına gelir. Burada hedeflenen, kişiye özgü hazırlanmış, en azdan en çok kaygı duyulan durumlara kadar değişen sorular ile problemleri konuları açığa çıkarmaktır (Tvermyr ve ark., 2012). Hekim, hastanın ziyaret sebebi, niçin şimdi başvurduğu, bundan önceki tedavileri esnasında edindikleri tecrübeleri, tedaviden ne bekledikleri ya da sahip oldukları endişeleri, diş hekiminin onun için ne anlama geldiği gibi birkaç açık uçlu soru sorarak konuşmanın yönlendirilmesini sağlamalıdır. İlk görüşmenin yapılacağı yer koku, ses ve dental ekipman gibi tetikleyici unsurların olmadığı bir odada yapılmalıdır. Görüşmeden sağlanan bilgilere ek olarak, anksiyete ölçeklerinden elde edilen bulgularla birlikte genellikle kişinin anksiyete türü ve derecesi hakkında yeterli bilgi saptanmış olur (Milgrom ve ark., 1995). Bazen görüşme sayesinde dental anksiyeteye birlikte başka psikolojik rahatsızlıkların olduğu tespit edilebilir. Böyle bir durumda diş hekiminin hastayı

psikoloji alanında uzman bir hekime yönlendirmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda diş hekimi ve psikolog anksiyete konusunda tedavi planını hazırlarken beraber çalışabilmektedir (Appukuttan, 2016).

2.2.2.5.1.2 Dental Anksiyete Ölçekleri

Dental anksiyetenin tespit edilebilmesi için hastaların bireysel olarak cevapladıkları anketler, klinik ve araştırma ortamlarında sıklıkla uygulanmaktadır. Bu ölçekler, dental anksiyete ve korkunun yapısını tam olarak belirleyemeseler de klinik olarak tanıya yardımcı sonuçlar verebilmektedirler (Öst ve ark., 2013). Altı farklı dental anksiyete ölçeğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ölçekler değerlendirme açısından yeterli bulunmamış ve dental anksiyete seviyesinin belirlenmesinde birden fazla ölçeğin kullanılması önerilmiştir (Schuurs ve ark., 1993).

Dental anksiyete ölçümünde en sık kullanılan ölçekler şunlardır:

- Dental Anksiyete Skalası (Corah's Dental Anxiety Scale; DAS)
- Modifiye Dental Anksiyete Skalası (Modified Dental Anxiety Scale; MDAS)
- Dental Korku Skalası (Dental Fear Scale; DFS)
- Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Spielberger's State- Trait Anxiety Inventory; STAI- S ve STAI- T)
- Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale; VAS)
- Dental Anksiyete ve Korku İndeksi (The Index of Dental Anxiety and Fear; IDAF-4C)
- Dental Güven Skalası (Dental Belief Survey; DBS)
- Dental Anksiyete Sorusu (Dental Anxiety Question; DAQ)

- Fotoğraf Anksiyete Anketi (Photo Anxiety Questionnaire; PAQ)
- Dental Anksiyete Envanteri ve Kısa Versiyonu (Dental Anxiety Inventory and ShortDental Anxiety Inventory; DAI ve S-DAI)
- Gatchel'in Korku Skalası (Gatchel's 10-Point Fear Scale; GFS)

2.2.2.5.1.2.1 Dental Anksiyete Skalası (DAS)

Yetişkin dental anksiyete ölçeklerinden en sık kullanılanıdır (Corah, 1969). Ölçek, toplam 4 soru içermektedir. Her soruda beş seçenek vardır. Bu skala ile kişinin dental tedaviye mekân ve zaman açısından yakınlığının anksiyete üzerine etkisi incelenmektedir. İlk iki soru, kişinin ertesi gün gideceği bir diş tedavisi randevusuna olan tepkisi ve bekleme salonunda iken içinde olduğu duygu durumuyla ilgiliyken, son iki soru tedavi esnasında maruz kaldığı bir uyarana karşı verdiği tepki ile alakalıdır (Armfield, 2010; Öst ve ark., 2013). Beş puanlı Likert ölçeğine göre hazırlanan bu ölçekte her seçenek 1'den (endişeli değil) 5'e (aşırı endişeli) kadar skorlanarak toplam skor hesaplanmaktadır. Toplam puan 4 ile 20 arasında değişmektedir. 15 ve üstündeki puanlar hastanın yüksek dental anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Uygulaması kolay ve hızlı, anlaşılır bir skala olması sebebiyle birçok dile çevrilip güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmıştır (Corah ve ark., 1978; Lago-Méndez ve ark., 2006; Öst ve ark., 2013). Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise 2006 yılında yapılmıştır (Seydaoğlu ve ark., 2006).

2.2.2.5.1.2.2 Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

DAS, kliniklerde ve araştırmalarda yaygın şekilde kullanılmasına rağmen lokal anestezi enjeksiyonu ile ilgili bir değerlendirmeye sahip olmaması gibi büyük bir sınırlılığı vardır (Appukuttan, 2016). DAS'a, enjeksiyon işlemiyle ilgili anksiyete seviyesinin tespit edilmesini sağlayan bir soru daha ilave ederek MDAS oluşturulmuştur (Humphris ve ark., 1995). MDAS, Likert ölçeği ile hazırlanmış her biri 5 seçenekli toplam 5 sorudan oluşur. Hekim tarafından kolay ve hızlı

uygulanabilen bir ölçektir. MDAS, toplam skoru 5 ile 25 arasında değişmektedir. 19 ve üstündeki skorlar kişinin yüksek dental anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Farklı dillere de çevrilen skalanın güvenilirliği ve geçerliliği yapılan araştırmalarda ispatlanmıştır (Humphris ve ark., 1995; Ilgüy ve ark., 2005). Ülkemizde de yapılan iki araştırmayla skalanın Türkçe versiyonunun güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (Ilgüy ve ark., 2005; Seydaoğlu ve ark., 2006).

2.2.2.5.1.2.3 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-S ve STAI-T)

Genel anksiyete seviyesinin belirlenmesinde kullanılmasının yanında, dental anksiyetenin belirlenmesinde de çoğunlukla kullanılmaktadır (Kvale ve ark., 1998). 20'şer soruluk iki skaladan oluşan bu ölçek, Spielberger tarafından hazırlanmıştır (Spielberger ve ark., 1983). Durumluk kaygı ölçeği (STAI-S) kişinin belirli bir durumda anksiyete seviyesini, sürekli kaygı ölçeği (STAI-T) kişinin içinde olduğu durumdan bağımsız bir şekilde genel anksiyete seviyesini tespit etmektedir (Lago-Méndez ve ark., 2006; Spielberger ve ark., 1983). DAS ile arasında pozitif anlamlı bir ilişki gösterilmiştir (Kvale ve ark., 1998). Ölçeklerin her ikisinin de cevapları 1'den 4'e kadar skorlanmıştır. Durumluk kaygı ölçeği 'hiç', 'biraz', 'çok' ve 'tamamen' seçeneklerini içerirken; sürekli kaygı ölçeğinde 'hemen hemen hiçbir zaman', 'bazen', 'çok zaman' ve 'hemen her zaman' seçenekleri bulunmaktadır (Spielberger ve ark., 1983). Her iki ölçek de hem olumlu (direkt) hem de olumsuz (reverse/tersine dönmüş) ifadeler içermektedir. Durumluk kaygı ölçeği 10 adet (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeği ise 7 adet (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade içerir. Ölçeğin puanlanması için; doğrudan ifadelerden alınan toplam puan, ters ifadelerden alınan toplam puandan çıkarılır. Ulaşılan sayısal değere STAI-S ölçeği için 50, STAI-T ölçeği için 35 sabiti ilave edilerek sonuca ulaşılır. Toplam skor 20 ile 80 arasında çıkabilir, skorun yüksek olması hastanın anksiyetesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Birçok dile de çevrilen ölçeğin Türkçe uyarlaması da yapılmış, güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmıştır (Öner ve ark., 1998).

2.2.2.5.1.2.4 Görsel Analog Skala (VAS)

VAS, basit ve hastalar tarafından kolaylıkla uygulanan bir yöntem olmasının yanında, psikoloji araştırmalarında oldukça sık kullanılmaktadır (Facco ve ark., 2011). İlk olarak psikolojik durumları ölçmek için hazırlanmıştır (Aitken, 1969). Daha sonra ağrı yoğunluğunu ölçmek için kullanılmaya başlanmıştır (Ohnhaus ve ark., 1975). Anksiyete için Görsel Analog Skala (VAS-A) ilk olarak 1976'da tanıtılmıştır (Hornblow ve ark., 1976). Dental tedavilerde ilk olarak 1988'de kullanılmıştır (Luyk ve ark., 1988). Ağrı ve anksiyete gibi öznel durumların belirlenebilmesi için skalalar ve kelimeler yetersiz kalabilmekte ve hastaları yanlış yönlendirebilmektedir (Aitken, 1969). Bu yüzden, VAS sözlü ve dijital anlatımla ifade edilemeyecek durumların tespit edilmesi için pratik, uygun, geçerli ve güvenilir olarak tanımlanmıştır (Aitken, 1969). Ölçek, iki ucu kapalı 10 santimetre uzunluğunda yatay, düz bir çizgi şeklindedir. Çizginin her iki ucunda ise ölçülecek durumun iki aşırı ucunu (örneğin; sıfır- anksiyetenin olmadığını, maksimum- en yüksek anksiyetenin olduğunu) ifade eden kelimeler vardır. (Aitken, 1969). Skala hazırlanırken hastadan istenen cevap tam olarak ifade edilmeli, ölçeğin her iki ucuna yazılan ifadeler anlaşılır ve kısa olmalı, anksiyeteyi değerlendirmek için standart olarak kabul edilmiş bir soru cümlesi belirlenmelidir (Scott ve ark., 1976). Dental anksiyete seviyesinin saptanması için kullanılan VAS'ın, DAS, MDAS ve STAI-T, STAI-S skalaları ile aralarında anlamlı bir ilişki kanıtlanmıştır (Facco ve ark., 2011, 2013).

2.2.2.5.2 Objektif Değerlendirme Yöntemleri

Korku ve anksiyete uyaranlarıyla organizmada meydana gelen fizyolojik değişikliklerin değerlendirilmesi prensibini temel alır. Sempatik sinir sisteminin etkinliği sonucunda kalp atım hızı, solunum hızı ve kan basıncında meydana gelen artışlar, kas gerginliğinde artma ve terleme sonucunda cilt iletkenliğinde meydana gelen değişimler gibi psikofizyolojik değişiklikler anksiyeteye korelasyonu değerlendirilmektedir (Appukuttan, 2016; Caprara ve ark., 2003).

2.2.3 Dental Tedavilerde Anksiyetenin Azaltılması İçin Kullanılan Teknikler

Anksiyetesi olan hastalar diğer hastalara oranla randevularını aksatmaya üç kat daha fazla meyillidirler. Ayrıca hekimler tedavi esnasında diğer hastalara nazaran anksiyetesi olan hastalar için %20 oranında fazla zaman harcamaktadır. Anksiyeteye sahip olan kişiler tedavi esnasında sorun oluşturabileceği için dental tedaviye başlamadan birtakım tedbirlerin alınması zarurîdir (Pawlicki, 1991). Diş hekimliğinde anksiyete probleminin çözümünde kullanılan iki ana strateji vardır. Bunlar farmakolojik ve davranışsal stratejiler olarak sayılabilir (Corah ve ark., 1985).

2.2.3.1 Farmakolojik Stratejiler

Dental tedavilerin farmakolojik stratejiler altında uygulanması oldukça sık tercih edilir (Osborn ve ark., 2004). Mevcut anksiyetenin hiç meydana çıkmaması, ortadan kaldırılması veya azaltılması amacıyla farmakolojik ajanlar kullanılarak kontrollü olacak şekilde lokal şuur kaybı, kişinin çevreye karşı ilgisinin ve dışarıdan gelen uyarılara yanıt verebilme kabiliyetinin azaltılması sedasyon şeklinde tanımlanmaktadır (Osborn ve ark., 2004).

Diğer bir ifadeyle, sedasyon, kişinin ilaç etkisi altındayken bilincinin de açık olduğu anestezi dönemidir. Bu nedenle sedasyon yönteminin kullanılabilmesi için etkili ve uygun sedatiflerin doğru belirlenmesi çok önemlidir (Malamed, 1986).

Sedasyonda kullanılan ilaçlar barbitüratlar, benzodiazepinler; non-opioidler grubu ilaçlardan ise ketamin, non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar, parasetamol; analjezik grubu ilaçlardan opioidler, pethidine, fentanin ve morfin iken diğer anestetik ilaçlar ise buspiron, etomidat ve propofol'dur (Aitkenhead ve ark., 2007).

2.2.3.2 Davranışsal Stratejiler

Bu yöntemin hedefi kişilerin kooperasyonunu arttırmaktır(Berggren, 1987) Davranışsal yaklaşım, formal psikolojik tedaviye ait özel yöntemler ve diş hekimlerinin psikolojiden faydalanarak uyguladıkları interaktif teknikler şeklinde iki temel başlıkta incelenebilir. Formal psikolojik tedavi içerisinde sistematik desensitizasyon, rahatlama, model alma gibi yöntemleri barındırır. İnteraktif teknikler arasında ise tedavi esnasında kısa molalar verme, sohbet etme, hastanın dikkatini başka tarafa çekme, ekstra zaman ayırma gibi yöntemler sayılabilir (Corah ve ark., 1985). Bununla ilişkili olarak kullanılacak birkaç yöntem aşağıda sıralanmıştır (Pawlicki, 1991).

- İlk seansta hastaya herhangi bir dental işlem yapmamak.
- Hastaya tedavinin nasıl uygulanacağını ve sonuçlarını açık ve anlaşılır bir biçimde anlatmak.
- Tedavi esnasında hastanın anksiyete seviyesi ve ağrısı arttığında tedaviye ara vermek maksadıyla bir işaret belirlemek.
- Anketler vasıtasıyla hastanın anksiyete seviyesini belirlemek.
- Hastanın rahatsız olduğu durum ve davranışları belirlemek.

Hastanın anksiyete seviyesi çok yüksekse diş hekimlerinin konusunda uzman bir psikolog veya psikiyatristten yardım almaları uygun olacaktır (Kaplan ve ark., 1988).

2.3 Hasta Bilgilendirme Yöntemleri

Yapılacak dental tedavilerde işlrm öncesi hastaya uygun ve etkili bir şekilde bilgi vermek, birçok açıdan fayda sağlamaktadır. Bu bilgilendirmeler, hastanın bilgi seviyesini arttırarak kişinin hangi tedavi seçeneğinin kendisi için en uygun ve en iyi olduğuna karar vermesinde yardımcı olur (Sorrell ve ark., 2009). Kişinin tedavi hakkında öngörülebilirliğini ve kontrol hissini arttırarak oluşabilecek anksiyete ve

korku duygularının azalmasına etki etmektedir (Öst ve ark., 2013). Bununla birlikte kişilerin düzenli ilaç kullanımı, yaşam tarzı değişikliği gibi genel sağlık davranışlarını geliştirmelerine katkı sağlar (Abed ve ark., 2014).

Hasta bilgilendirme yöntemleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir;

- Sözel anlatım (Yüzyüze görüşme)
- Yazılı anlatım (Broşürler)
- Multimedya aracılı anlatım (animasyon, şekil, videolar, interaktif bilgisayar programları, slayt gösterisi, internet aracılığıyla elde edilen işitsel-görsel kaynaklar)
- Bu yöntemlerin kombinasyonu (Abed ve ark., 2014; Sorrell ve ark., 2009).

Bilgilendirmelerin verimliliği, hastanın bilgi tercihleri, verilen bilginin miktarı veya bilgilendirme zamanı gibi farklılıklarla ilişkili olarak birbiriyle çelişen sonuçlar gösterdiği saptanmıştır (Öst ve ark., 2013).

Duyusal bilgilerle, hastalara ne hissedecekleri (örneğin titreşimler, basınç) anlatılırken, prosedürel bilgilerle hastalara tedavinin hangi aşamalarda yapılacağı anlatılmalıdır (örn. lokal anestezi uygulaması, ardından insizyonun yapılması gibi) (Kent, 1998). Tedaviye başlamadan önce hastalara hangi tür bilgileri ne zaman öğrenmek istediklerini sormak, doğru zamanda doğru miktarda bilgi verilmesini sağlar (Armfield ve ark., 2013).

Genel uygulamada hastaların bilgilendirilmesi amacıyla sözlü veya yazılı bilgilendirme teknikleri kullanılmaktadır (Krouse, 2001).

2.3.1 Sözel Bilgilendirme

Diş hekiminin hastasıyla yüzyüze görüşüp yaptığı bilgilendirme yöntemidir. Hekim bilgilendirmenin kapsamını hastanın daha kolay kavrayabileceği şekilde ayarlayabilir. Ayrıntılı bilgilendirmenin, hastaların işlem öncesi yaşadıkları

anksiyetenin azalmasına katkı sağlayacağı gibi, tedavi öncesinde kişinin kendisini tedaviye hazırlaması açısından da yararlı olacağı bildirilmiştir (Sjöling ve ark., 2003).

2.3.2 Yazılı Bilgilendirme

Yazılı bilgilendirme amacıyla çoğunlukla aydınlatılmış onam formları ve broşürler kullanılır. Tedavi öncesinde hastalardan yapılacak işlem sürecinin, ortaya çıkabilecek komplikasyonların ve tedavi sonrasında oluşabilecek durumların belirtildiği bir yazılı aydınlatılmış onam formu alınması yasal zorunluluktur (Ozsunay ve ark., 1998). Verilen bilginin anlaşılabilirliği kişinin eğitim seviyesi, yaş gibi özellikleriyle ilgili olduğu için onam metninin anlaşılır ve sade olması gereklidir. Bazı araştırmacılar, kısa ve öz metinlerin hastalar açısından yeterli ve daha anlaşılır olduğunu belirtmektedir (Flory ve ark., 2004). Diğer taraftan detaylı bilgi veren metinlerin alınan onam bakımından daha etik olduğu ve hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığını söyleyen araştırmacılar da vardır (Barnett ve ark., 2008).

2.3.3 Görsel Bilgilendirme

Video kayıtları, fotoğraflar, animasyonlar, internet tabanlı multimedya kaynakları, hekimler tarafından oldukça sık kullanılan bilgilendirme yöntemlerindedir. Görsel bilgilendirme ile yapılan hasta eğitimi, yazılı ve sözlü şekilde yapılan bilgilendirmelere göre bazı avantajları vardır. Hekimin bilgilendirme için hasta başında harcayacağı zamanı minimuma çekmiş olur (Roberts ve ark., 2010). Görsel bilgilendirme yöntemi hastalar için daha eğlencelidir ve okuryazarlığı sınırlı hastalar tarafından da kolaylıkla anlaşılabilir. Bununla birlikte, veri taşıyıcılar vasıtasıyla depolanabilmesi sayesinde tekrar kullanılabilmesi gibi avantajları vardır (Abed ve ark., 2014).

Görsel bilgilendirmelerin yararları, kişilerin kısa ve uzun dönem bilgi seviyesini arttırmak, kooperasyona katkı sağlamak ve davranışsal modelleme

şeklinde dört ana başlıkta sıralanmıştır (Gagliano, 1988). Görsel bilgilendirmenin, kısa dönem bilgi seviyesinin arttırılmasını sağlamasına rağmen, bilginin uzun dönemli anlaşılmasını ve kişinin kooperasyonunun arttırılmasını etkilemediğini göstermiştir. Ayrıca en fazla yarar, modelleme davranışının arttırılmasında sağlanmıştır (Gagliano, 1988). Görsel bilgilendirme yöntemi, beklenen hasta davranışlarına ulaşmak için, davranışların kişiye aktif, görsel örneklerle iletilmesini içeren verimli bir öğretim yöntemidir (Krouse, 2001). Bu teknikte hastalar, görseldeki örneklerle kendilerini özdeşleştirerek, uygulanacak tedavi konusunda karar alabilme ve özel uygulamaları gerçekleştirebilme kabiliyetlerini güçlendirirler (Krouse, 2001). Modellerin izlenmesiyle beraber bilgi sahibi olma ve öğrenme süreci olduğundan, bu teknik ‘Sosyal Bilişsel Teori’ ile açıklanmaktadır (Bandura, 1977).

2.4 Ağrı

2.4.1 Ağrının Tanımı

Ağrının patofizyolojik işleyişine bağlı olacak şekilde açık bir tanımını yapmak oldukça önemlidir. Literatür incelendiğinde, birçok ağrı tanımı göze çarpmaktadır (Folkman ve ark., 1986).

Ağrı; kişisel, kişiye mahsus bir his veya incinme duygusu, geçmekte olan bir doku tahribatını onaylayan bir işaret ve organizmayı hasar görmekten korumak amacıyla işleyen bir uyarılar sistemi şeklinde teorik bir kavram şeklinde tanımlanır. Bir başka tanım ise ağrının, vücudun belirli bir bölgesinden ortaya çıkan, hoşnut olunmayan bir his olduğu ve çoğunlukla hasara yol açan bir olay sonucunda ortaya çıktığı, ayrıca hasarlanması olası vücut dokularından kaynaklandığı biçimindedir (Yücel, 2004). Ağrının bir başka tanımı ise, giderildikten sonra da tarifi devam eden subjektif bir tanımlama biçimindedir (Staats, 2002). Bazı araştırmacılar ise ağrının kişiye özgü oluşunu belirterek, “ağrı algısı öznel ve ağrı, duyan kişi nasıl tarif

ediyorsa öyledir, ne zaman meydana geldiğini belirtiyorsa o zaman vardır” biçiminde tanımlamıştır (Folkman ve ark., 1986).

Ağrı terimi köken olarak Latince poena (ceza, işkence) kelimesine dayandırılmaktadır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) Taksonomi Komitesi ise ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden ortaya çıkan, gerçek veya olası bir doku hasarıyla beraber olan, kişinin geçmişte edindiği deneyimleri ile alakalı, hoş olmayan emosyonel ve duyuşsal bir tecrübedir. Bu açıklamadan da anlaşılacağı gibi ağrı subjektif, objektif, psikojenik ve duyuşsal bileşenleri barındırmaktadır. Bu sebeplerle ağrılı uyarana karşısında verilen cevap kişiden kişiye farklı olabilmekte, hatta aynı bireyde bile farklı anlaşılabilir (Edirne, 2003; Yücel, 2004).

2.4.2 Ağrı Türleri

2.4.2.1 Geçici Ağrı

Herhangi bir doku hasarı oluşmadan ciltte ya da vücudun diğer dokularında nosiseptif transdüserlerin aktivasyonu ile meydana gelmektedir (Loeser ve ark., 1999). Bu tip bir ağrının kişiye karşı olan fonksiyonu, stimülasyon tatbik edildikten sonra başlama hızı ve rahatsız edici fiziksel durumun artık vücuda temas etmediğini gösteren ofset hızı ile alakalıdır (Loeser ve ark., 1999). Muhtemelen, geçici ağrı, vücut dokularının aşırı stresinden ve çevresel faktörlerden korunmak için ortaya çıkmaktadır. Bu ağrı türü günlük yaşamda her durumda izlenmektedir ve nadiren profesyonel yardım gerektirir (Loeser ve ark., 1999). Bu tür ağrı klinik tıpta önemli bir problem olarak görülmemektedir (Loeser ve ark., 1999).

2.4.2.2 Akut Ağrı

Vücut dokusunun ciddi biçimde yaralanması ve lokal doku hasarı alanında nosiseptif transdüserlerin aktivasyonu sonucu meydana gelmektedir (Loeser ve ark., 1999). Lokal yaralanma, nosiseptörlerin tepki özelliklerinin, merkezi bağlantılarının ve alandaki otonom sinir sisteminin değişmesine neden olur (Loeser ve ark., 1999). Lokal yaralanmanın vücudun iyileşme mekanizmaları üzerine

herhangi bir etkisi yoktur. İyileşme herhangi bir tıbbi müdahale olmadan meydana gelebilir. İyileşme tamamlanmadan uzun süre öncesinde ağrı hissi durmaktadır. Bununla beraber, tıbbi müdahalenin avantajları ağrıyı önlemek-azaltmak ve yaralanma süresinin kısaltılmasını sağlayarak iyileşme sürecini hızlandırma şeklinde sayılabilir (Loeser ve ark., 1999). Akut ağrısı olan birçok kişi medikal tedavi talep etmektedir. Bu ağrı tipi cerrahi işlemler, travma ve bazı patolojilerden sonra izlenmektedir. İyileşme süreci genelde birkaç gün veya birkaç hafta sürdüğü için aylarca veya yıllarca devam eden ağrılar akut şeklinde sınıflandırılmaz. Ek olarak malignite durumlarında vücut dokularının tahribatı sürekli devam eden akut ağrılara neden olabilir (Loeser ve ark., 1999).

2.4.2.3 Kronik Ağrı

Postherpetik nevralji, bel ağrısı ve fibromiyalji gibi, genelde bir yaralanma ya da hastalık sonrasında görülür fakat, ağrının sebebi dışında kalan etmenler tarafından devam ettirilebilir (Loeser ve ark., 1999). Kısmi vücut kaybı, travmanın yaygınlığı ve sonrasında oluşan skar dokusu ya da sinir sisteminin de travmaya uğraması sonucunda, yaralanmanın büyüklüğü vücudun iyileşme kapasitesini aşabilir (Loeser ve ark., 1999). Sinir sistemi, travma sebebiyle kendisini normal bir duruma geri getiremeyecek şekilde hasar görebilir. Ağrının yoğunluğunun orijinal yaralanma ya da oluşan doku hasarıyla orantılı olmadığı kronik ağrı sendromlarına ilaveten, herhangi bir yaralanma belirtisi olmadığı diğer sendromlar kendiliğinden görülebilir (Loeser ve ark., 1999). Her çeşit kronik ağrı bireyleri sağlık hizmeti almaya iletir fakat genelde etkili bir şekilde tedavi edilemezler. Kronik ağrının sebebinin belirsiz olması, stres, duygusal ve çevresel faktörlerin orijinal hasarlı doku üzerine eklenmesi ve ağrı yoğunluğuna ve kalıcılığına katkıda bulunması muhtemeldir. Analjezik tedaviler altta olan patolojik durumu tedavi etmez. Tedaviye ara verilmesi kronik ağrının devam etmesine sebep olmaktadır (Loeser ve ark., 1999). Ağrı algısının, medikal tedavilere bakılmaksızın devam edebilmesi, davranışsal ve bilişsel tedaviler gibi psikolojik tedavi

yöntemlerini gerektirebilir. Özet olarak akut ağrı ile kronik ağrı arasındaki ana fark ağrının süresinden ziyade daha da önemlisi vücudun fizyolojik fonksiyonlarını normal homeostatik seviyelere getirememesi durumudur (Loeser ve ark., 1999).

2.4.3 Ağrının Uyarımı, Algısı ve Yorumu

Ağrı sistemi, nosiseptif sistem şeklinde de isimlendirilebilir, çünkü ağrı nosisepsiyonun öznel bir sonucudur. Nosisepsiyon, doku hasarıyla ağrının algılanması arasında meydana gelen karmaşık elektrokimyasal olaylar serisinin tamamını kapsar (Schaible ve ark., 2004).

Ağrılı uyarının periferden merkeze doğru iletilmesi dört evrede olur:

- Transdüksiyon
- Transmisyon
- Modülasyon
- Persepsiyon (Edirne, 2003; Schaible ve ark., 2004).

2.4.3.1 Transdüksiyon

Periferde bulunan primer afferent nöronların sensoryal sinir uçlarında, noksiyöz uyarının elektriksel aktiviteye çevrilmesidir (Güldoğan ve ark., 2007). Bir başka ifadeyle bir enerji türünün başka bir enerji türüne çevrilmesi olayıdır. Örneğin her sıcak uyarın ağrı oluşturmaz. Sıcak bir uyarının ağrı oluşturabilmesi için sıcaklığın belirli bir derecenin üstünde olması gerekir (Edirne, 2000).

2.4.3.2 Transmisyon

Oluşturulan elektriksel aktivitenin merkezi sinir sistemine iletilmesidir. Bu iletiyi miyelinli A delta lifleri ve miyelinsiz C lifleri taşır (Güldoğan ve ark., 2007). Transmisyonda ileti 3 kısımdan meydana gelmektedir: a) spinal korda çıkan primer sensoryal afferent nöronlar, b) spinal korddan beyin sapı ve talamusa uzanan kontrol sistemi nöronları c) talamokortikal projeksiyon (Güldoğan ve ark., 2007).

2.4.3.3 Modülasyon

Medulla spinaliste gerçekleşir (Edirne, 2000). Transmisyonun inen nöral yollar ile azaltılmasıdır (Güldoğuş ve ark., 2007). Eskiden spinal kord yalnızca bir ara durak şeklinde kabul edilirdi. Fakat 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ortaya atılan kapı kontrol teorisi ile ağrılı uyarının medulla spinaliste ciddi bir engel ile karşılaştığı gösterilmektedir (Edirne, 2000). Ağrılı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğramakta ve bunun sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir (Edirne, 2000).

2.4.3.4 Persepsiyon

Ağrının algılanmasındaki son evredir. Ağrılı uyarının üst merkezlerce algılanmasını kapsar (Güldoğuş ve ark., 2007). Omirilikten geçen iletinin çeşitli çıkan yollar vasıtasıyla üst merkezlere doğru iletilip ağrının algılanmasıdır (Edirne, 2000).

Periodontal tedaviler gerek periodontal hastalığın gerekse periodontal hastalığa neden olan deformatelerin tedavisinin ağrılı olduğu, bu ağrının da sübjektif olduğu zaman zaman hastalar tarafından bildirilmiştir. Periodontal hastalığın tedavisinde ağrı üzerine yapılan çalışmalarda kişilerin değişik tedavi formlarında ağrı duydukları bu ağrının çeşitli nedenlere yaşa, cinsiyete, ırka göre değişim gösterip göstermediğini gösteren birçok çalışma vardır. Çanakçı ve ark. periodontal hastalığın tedavisinde ağrının değişik tedavi modüllerinde farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (Canakci ve ark., 2007). Yine yapılan başka bir çalışmada ağrının hastalar tarafından iletildiği ve değişik faktörlerle etkilendiği bildirilmiştir.

Bu çalışmalara rağmen mukogingival cerrahide ağrı değerleri ve anksiyete seviyeleriyle ilgili çalışmalar sınırlıdır. Araştırmanın amacı; mukogingival cerrahi uygulanan hastalarda farklı bilgilendirme yöntemlerinin dental anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

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

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Ordu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına müracaat eden ve mukogingival sorunları olan 80 kişi üzerinde yapıldı. Çalışmanın protokolü gereği bireyler iki gruba ayrıldı. 1. grubu işlemden önce sözlü bilgilendirme yapılan hastalar 2. grubu işlemden önce görsel bilgilendirme yapılan hastalar oluşturdu. Çalışmamıza dahil edilen tüm bireylere aydınlatılmış onam formu, çalışmanın içeriği, amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. İmzalı onayları alındı. Aynı zamanda Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 2020/203 karar numarası ile 01.10.2020 tarihinde onaylandı. Etik kurul belgesi Ek 1.'de sunuldu. Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin seçiminde şu kriterlere dikkat edildi:

3.1 Dahil Edilme Kriterleri

- ASA 1 ve 2 (185) kriterlerine uygun olması
- 18-65 yaş arası kadın ve erkek hastalar olması
- Yazılı hasta onam formu alınan hastalar olması
- Çalışma sorularını anlayıp, doldurabilecek olan hastalar olması
- Hamilelik/emzirme döneminde olmaması

3.2 Hariç Tutulma Kriterleri

- Okur yazar olmayan

- Psikiyatrik tedavi gören ve psikiyatrik ilaç kullanan
- Hamile olan
- Görme problemi olan
- Kötü bir diş hekimi tecrübesi olan hastalar hariç tutulmuştur.

3.3 Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

- Ciddi sistemik hastalıklara sahip, medikal olarak kompleks hastalar (ASA 3 ve üzeri).
- 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olan hastalar
- Sorulara bilinçli bir şekilde cevap vermeyi engelleyecek herhangi bir rahatsızlık bulunması
- Psikolojik tedavi görmüş veya görmekte olan alkolizm veya uyuşturucu ajan bağımlılığı hikayesi olması
- Hastaya planlanan periodontal cerrahi dışında başka bir cerrahi planlanması
- 6 ay içinde başka cerrahi işlem planlanması

3.4 Çalışma Grupları ve Randomizasyon

Her grupta 40 hasta olmak üzere toplam 80 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen gönüllü bireyler, Ordu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine başvuran ve bilgilendirilmiş olur onamı veren, sistemik olarak sağlıklı hastalar arasından seçildi. Çalışmaya dahil edilen hastalara anketler ve mukogingival cerrahi işlemler aynı hekim (Arş. Gör. Emre Durmuş) tarafından uygulandı.

Çalışmaya dahil edilen bireyler iki gruba ayrıldı. Gruplar kapalı zarf tekniği ile randomize tespit edildi.

1. **Grup- Sözlü bilgilendirme yapılan grup:** Bu gruptaki hastalara yapılacak cerrahi işlem süreci ve operasyondan sonraki süreç hakkında sözlü

bilgilendirme yapılmıştır. Her hastaya aynı bilgilendirmenin yapılması için hazırlanan bilgiler sözlü bilgilendirme metninden okunarak bilgilendirme yapılmıştır.

- 2. Grup- Görsel bilgilendirme yapılan grup:** Bu gruptaki hastalara cerrahi işlem sürecini görsel olarak gösteren 10 adet fotoğraf gösterilmiştir. Fotoğraflar lokal anestezinin yapılmasından dikişlerin atılmasına kadar her aşamayı sırasıyla içermektedir.

Fotoğraf ile bilgilendirilen hasta grubuna, yapılacak işlemin çeşidine göre değişen 10 adet fotoğraf gösterilmiştir. Fotoğraflar Nikon D7500 fotoğraf makinesi ile çekilmiştir. Fotoğrafla bilgilendirme yapılan gruba dahil edilen hastalara anketi uygulayan hekim tarafından Intel Core i2 2.20 GHz hızına sahip işlemciye sahip bilgisayarda 64-bit çözünürlükte 15.6 inç ekranda en parlak modda fotoğraflar gösterilmiştir.

3.5 Anksiyetenin Değerlendirilmesi

Tüm hastalara mukogingival cerrahi tedavi işleminden önce bilgilendirme yapıldıktan sonra STAI-S, STAI-T, MDAS ve VAS ölçeği uygulandı ve vital bulgular, demografik kayıtlar alındı. Tüm bu testler hastalara anestezi uygulanmadan önce, tedavinin yapılacağı yerde ve ünitte oturur pozisyonda yapıldı. İşlemden sonra STAI-S, MDAS ve VAS ölçekleri tekrar uygulandı. Hastalara işlemten 10 gün sonra dikişlerinin alındığı seansta STAI-S, MDAS ve VAS ölçekleri tekrar uygulandı.

MDAS, Dental Anksiyete Skalası'na (DAS) enjeksiyon ile ilgili kaygı düzeyinin de belirlenmesini sağlayan bir soru eklenerek oluşturuldu. Toplam puan 5-25 değerleri arasında değişmektedir ve aynı şekilde alınan puan arttıkça dental anksiyetenin şiddeti artmaktadır. Çalışmamızda 18 ve altındaki puanlar hafif anksiyeteyi, 19 ve üzeri değerler şiddetli anksiyeteyi belirtecektir (İlgüy ve ark., 2005; Tunc ve ark., 2005).

STAI ölçeği C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R.E. Lushene tarafından geliştirilen bir testtir (Spielberger ve ark., 1970). 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1975'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen bir ölçektir (Le Compte ve ark., 1975). Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Bu ölçek her biri 20 maddelik durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değerı 20-80 arasında değişir (Le Compte ve ark., 1975). "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Durumluk-sürekli kaygı skalasında iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk kaygı skalasındaki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı skalasında tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam aşırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Çalışmamızda, 36 ve altındaki puanlar hafif kaygı seviyesini, 36-42 arasındaki puanlar orta kaygı seviyesini, 43 ve üzerindeki puanlar yüksek kaygı seviyesini belirtecektir.

Çalışmada ağrı ölçümü için Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanıldı. Bu ölçekte 10 cm'lik düz çizgi kullanılır. Bu 10 cm'lik düz çizgi üzerinde "0" ağrı olmadığını, "10" ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır. Çalışmamızda 1 ve 3 arasındaki değerler hafif ağrıyı, 4 ve 6 arasındaki değerler orta ağrıyı, 7 ve 10 arasındaki değerler şiddetli ağrıyı temsil etmektedir.

Çalışma için 3 farklı zaman dilimi belirlendi. Bu zaman dilimleri: hemen cerrahi öncesi (T0), hemen cerrahi sonrası (T1) ve cerrahiden 10 gün (T2) sonrasıdır. Hastalardan bu üç zaman diliminde kullanılan formları doldurmaları istendi. MDAS, STAI-S ve VAS formları T0, T1 ve T2 zamanlarının hepsinde;

STAI-T formu sadece T0 zaman diliminde hastalar tarafından dolduruldu. Formlar doldurulurken, hastaların soruları net olarak anladığından emin olmak ve anlaşılmayan noktaları açıklığa kavuşturmak için araştırmacı hastaların yanında bulundu.

3.6 Ek veriler

Tüm hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve aylık gelir gibi demografik bilgileri alındı.

Tüm vital parametreler cerrahi tedaviden önce ve sonra aynı hemşire tarafından ölçüldü. Nabız ve oksijen saturasyonu ölçümü G-Life YK-81A parmak tipi pulse oksimetre cihazı ile ölçüldü. Ölçümler cerrahi işlemden 30 dakika önce ve 30 dakika sonra olacak şekilde her hastanın sağ el isaret parmağından yapıldı. Tansiyon ölçümü bilgilendirmeden hemen sonra işlem öncesi ve işlemden yarım saat sonra olacak şekilde aynı hemşire tarafından ölçüldü.

3.7 İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 programı kullanıldı, Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), ikili tekrarlayan zaman ölçümü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı belirlemek Paired Sample t Testi kullanıldı. Üç ve üzeri tekrarlayan zaman ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı belirlemek Repetead Measure Testi kullanıldı. Zamanlar arası farklılığı belirlemek için Bonferroni Düzeltmesi kullanıldı. Gruplara göre demografik ölçümlerin değerlendirilmesinde Pearson Chi-Square testi kullanıldı. Gruplara göre Laboratuvar sonuçlarının karşılaştırmalarında ise Independent Sample t Testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4 BULGULAR

Tablo 4-1’de tedavi öncesi sözlü bilgilendirilen ve görsel bilgilendirilen hastalara ait demografik bilgiler ve karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 4-1: Demografik Bulgular

		n	%
Grup	Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup	40	50,0
	Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup	40	50,0
Cinsiyet	Erkek	24	30,0
	Kadın	56	70,0
Medeni Durum	Bekar	30	37,5
	Evli	50	62,5
Öğrenim Durum	İlkokul	5	6,3
	Ortaokul	2	2,5
	Lise	26	32,5
	Üniversite	47	58,8
Gelir Durumu	0-2000	23	28,8
	2000-4000	23	28,8
	>4000	34	42,5
Sigara Kullanımı	Bırakmış	10	12,5
	Var	20	25,0

	Yok	50	62,5
Alkol Kullanımı	Var	10	12,5
	Yok	70	87,5
Sistemik Hastalık	Var	17	21,2
	Yok	63	78,8
Sürekli Kullanılan İlaç	Var	19	23,8
	Yok	61	76,3
Tedavi İhtiyacı	Var	75	93,8
	Yok	5	6,3
En Son Diş Hekimine Yapılan Ziyaret	0-6 Ay	67	83,8
	7-12 Ay	7	8,8
	13-24 Ay	3	3,8
	24 Aydan Fazla	3	3,8
En Son Ziyaret Nedeni	Ağrı	9	11,3
	Çapraşıklık	3	3,8
	Çekim	2	2,5
	Çürük	5	6,3
	Diş Eksikliği	8	10,0
	Kanama	17	21,3
	Kontrol	34	42,5
	Sallanma	2	2,5

En Son Yapılan İşlem	Cerrahi İşlemler	10	12,5
	Diş Taşı Temizliği	43	53,8
	Diş Çekimi	7	8,8
	Dolgu/Kanal Tedavi	12	15,0
	Muayene	1	1,3
	Ortodontik Tedavi	7	8,8
Komplikasyon	Var	16	20,0
	Yok	64	80,0
Diş Fırçalama	Günde 1 Kez	16	20,0
	Günde 2 ve Daha Fazla	59	73,8
	Haftada 1-2	2	2,5
	Aklına Gelince	3	3,8
Dental Hijyen Aracı Kullanımı	Var	42	52,5
	Yok	38	47,5
		Mean±SD	Min-Max (Median)
Yaş (yıl)		39,51±13,7	8
			18-65 (42)

Tablo incelendiğinde çalışmaya 24'ü (%30) erkek, 56'sı (%70) kadın olmak üzere toplamda 80 kişi katılmıştır. Hastalar 18 ile 65 yaş arasında katılımcılardan oluşmuştur. Ortalama yaş $39,51 \pm 13,78$ olarak bulunmuştur. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 30'u (%37,5) bekar, 50'si (%62,5) evli olduğu görülmüştür. Öğrenim durumları incelendiğinde hastaların 5'i (%6,3) lise, 2'si (%2,5) ortaokul, 26'sı (%32,5) lise, 47'si (%58,8) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Gelir durumlarına bakıldığında hastaların 23'ü (%28,8) 0-2000 TL, 23'ü (%28,8) 2000-4000 TL, 34'ü (%42,5) 4000 TL ve üzeri geliri olduğu görülmüştür. Sigara kullanımı incelendiğinde hastaların 10'u (%12,5) bırakmış, 20'si (%25) halen kullanmakta, 50'si (%62,5) hiç sigara kullanmamıştır. Alkol kullanımı incelendiğinde hastaların 10'u (%12,5) alkol kullanırken 70'i (%87,5) alkol kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan hastaların 17'si (%21,2) sistemik hastalığa sahipken 63'ü (%78,8) sistemik olarak herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir. Hastaların 19'u (%23,8) sürekli kullandığı ilaç olduğunu belirtirken 61'i (%76,3) sürekli kullandığı ilaç olmadığını belirtmiştir. Hastaların 75'i (%93,8) ağız sağlığına yönelik tedaviye ihtiyacı olduğunu söylerken 5'i (%6,3) ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. Hastaların en son diş hekimi ziyaretini ne zaman yaptıklarına bakıldığında 67'si (%63,8) 0-6 ay önce, 7'si (%8,8) 7-12 ay önce, 3'ü (%3,8) 13-24 ay önce, 3'ü (%3,8) 24 aydan fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların en son diş hekimi ziyaret nedenine bakıldığında 34'ü (%42,5) kontrol, 17'si (%21,3) kanama, 9'u (%11,3) ağrı, 8'i (%10) diş eksikliği, 5'i (%6,3) çürük, 3'ü (%3,8) çapraşıklık, 2'si (%2,5) çekim, 2'si (%2,5) dişlerde sallanma nedeniyle gittiğini belirtmiştir. Hastaların en son yapılan dental işlemleri incelendiğinde 43'ü (%53,8) diş taşı temizliği, 12'si (%15) dolgu/kanal tedavisi, 10'u (%12,5) cerrahi işlemler, 7'si (%8,8) ortodontik tedavi, 7'si (%8,8) diş çekimi, 1'i (%1,3) muayene yapıldığını belirtmiştir. Hastaların 16'sı (%20) yapılan tedaviler sonrasında komplikasyon yaşadığını belirtirken 64'ü (%80) herhangi bir komplikasyon yaşamadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 16'sı (%20)

günde 1 kez, 59'u (%73,8) günde 2 ve daha fazla, 2'si (%2,5) haftada 1, 3'ü (%3,8) aklına gelince dişleri fırçaladığını belirtmiştir. Hastaların 42'si (%52,5) dental hijyen araçlarından herhangi birini (diş ipi, ara fırça vs.) kullandığını belirtirken 38'i (%47,5) dental hijyen araçlarını kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 4-2'de tedavi öncesi sözlü bilgilendirilen ve görsel bilgilendirilen hastalara ait ağız sağlığı skorları verilmiştir.

Tablo 4-2: Ağız Sağlığı Skoru

	Mean±SD	Min-Max (Median)
Ağız Sağlığı Skoru	6,41±1,48	3-10 (6)

Çalışmamıza katılan hastaların kendi ağız sağlıklarına 1 ile 10 arasında verdikleri ağız sağlığı skoru değerlerine bakıldığında ortalama 6,41±1,48 olduğu, minimum 3, maksimum 10, median değer olarak 6 skorunu verdikleri görülmektedir. (Tablo 4-2)

Tablo 4-3: Vital Bulgular

	Mean±SD	Min-Max (Median)
Tedavi Öncesi Sistolik Basınç	118,88±14,5 mmHg	90-170 (120) mmHg
Tedavi Sonrası Sistolik Basınç	118,69±13,35 mmHg	90-155 (120) mmHg
Tedavi Öncesi Diyastolik Basınç	74,94±10,57 mmHg	50-100 (80) mmHg

Tedavi Sonrası Diyastolik		
Basınç	76,81±8,94 mmHg	50-95 (80) mmHg
Tedavi Öncesi Nabız		
	82±13,56 BPM	50-136 (80) BPM
Tedavi Sonrası Nabız		
	79,96±16,23 BPM	55-144 (75) BPM
Tedavi Öncesi Saturasyon		
	96,84±2,7 SpO ₂	87-99 (98) SpO ₂
Tedavi Sonrası Saturasyon		
	97,88±1,77 SpO ₂	90-100 (98,5) SpO ₂

Çalışmaya dahil edilen hastaların vital bulguları incelendiğinde tedavi öncesi sistolik kan basıncı ortalama 118,88±14,5 mmHg, minimum 90 mmHg, maksimum 170 mmHg, median değer olarak 120 mmHg saptanmıştır. Tedavi öncesi ölçülen diyastolik kan basınçlarına bakıldığında ortalama 74,94±10,57 mmHg, minimum 50 mmHg, maksimum 100 mmHg, median değer olarak 80 mmHg olduğu görülmektedir. Tedavi sonrası sistolik kan basınçları incelendiğinde 118,69±13,35 mmHg, minimum 90 mmHg, maksimum 155 mmHg, median değer olarak 120 mmHg olarak ölçülmüştür. Yine tedavi sonrası diyastolik kan basınçları seviyesine bakıldığında ortalama 76,81±8,94 mmHg, minimum 50 mmHg, maksimum 95 mmHg, median değer olarak 80 mmHg olarak ölçülmüştür. Tedavi öncesi saturasyon değerlerine bakıldığında ortalama 96,84±2,7 SpO₂, minimum değer olarak 87 SpO₂, maksimum değer olarak 99 SpO₂, median değer olarak 98 SpO₂ olarak ölçülmüştür. Tedavi sonrası saturasyon değerlerine bakıldığında ortalama 97,88±1,77 SpO₂, minimum değer olarak 90 SpO₂, maksimum değer olarak 100 SpO₂, median değer olarak 98,5 SpO₂ olarak ölçülmüştür. Tedavi öncesi nabız değerlerine bakıldığında dakikada ortalama 82±13,56 atım, minimum değer olarak 50 atım, maksimum değer olarak 136 atım, median değer olarak 80 atım olarak ölçülmüştür. Tedavi sonrası nabız değerlerine bakıldığında dakikada ortalama 79,96±16,23 atım, minimum değer olarak 55 atım, maksimum değer

olarak 144 atım, median değer olarak 75 atım olarak ölçülmüştür. Vital bulgular **Tablo 4-3**'te gösterilmiştir.

Tablo 4-4: MDAS Değerleri

	Mean±SD	Min-Max (Median)
Tedavi Öncesi MDAS	9,33±3,51	5-19 (8)
Tedavi Sonrası MDAS	8,08±2,74	5-18 (7)
10. Gün MDAS	7,7±2,59	5-16 (7)

Hastalardan doldurması istenen MDAS anketi sonuçları incelendiğinde tedavi öncesi MDAS değeri ortalama 9,33±3,51, minimum değer olarak 5, maksimum değer olarak 19, median değer olarak 8 bulunmuştur. Tedavi sonrası MDAS değeri ortalama 8,08±2,74, minimum değer olarak 5, maksimum değer olarak 18, median değer olarak 7 bulunmuştur. 10. Gün MDAS değeri ortalama 7,7±2,59, minimum değer olarak 5, maksimum değer olarak 16, median değer olarak 7 bulunmuştur. MDAS değerleri **Tablo 4-4**'te gösterilmiştir.

Tablo 4-5: VAS Değerleri

	Mean±SD	Min-Max (Median)
Tedavi Öncesi VAS	4,14±1,99	0-10 (4)
Tedavi Sonrası VAS	1,94±1,8	0-8 (1)
1.Gün Ağrı Takibi (VAS)	4±2,24	0-9 (4)
3.Gün Ağrı Takibi (VAS)	2,18±2	0-9 (2)
10.Gün Ağrı Takibi (VAS)	0,41±0,92	0-5 (0)

Hastalardan elde edilen VAS değerleri incelendiğinde tedavi öncesi VAS değeri ortalama $4,14\pm 1,99$, minimum değer olarak 0, maksimum değer olarak 10, median değer olarak 4 ölçülmüştür. Tedavi sonrası VAS değeri ortalama $1,94\pm 1,8$, minimum değer olarak 0, maksimum değer olarak 8, median değer olarak 1 ölçülmüştür. 1. gün ağrı takibi VAS değerlerine bakıldığında ortalama $4\pm 2,24$, minimum değer olarak 0, maksimum değer olarak 9, median değer olarak 4 ölçülmüştür. 3. gün ağrı takibi VAS değerlerine bakıldığında ortalama $2,18\pm 2$, minimum değer olarak 0, maksimum değer olarak 9, median değer olarak 2 ölçülmüştür. 10. gün ağrı takibi VAS değerlerine bakıldığında ortalama $0,41\pm 0,92$, minimum değer olarak 0, maksimum değer olarak 5, median değer olarak 0 ölçülmüştür. VAS değerleri **Tablo 4-5**'te gösterilmiştür.

Tablo 4-6: STAI-S Değerleri

	Mean \pm SD	Min-Max (Median)
Tedavi Öncesi STAI-S	35,8 \pm 8,86	20-55 (33,5)
Tedavi Sonrasi STAI-S	33,6 \pm 8,14	20-54 (31)
10.Gün STAI-S	32,36 \pm 8,3	20-54 (31)

Hastalardan elde edilen STAI-S değerlerine bakıldığında tedavi öncesi alınan STAI-S değeri ortalama $35,8\pm 8,86$, minimum değer olarak 20, maksimum değer olarak 55, median değer olarak 33,5 ölçülmüştür. Tedavi sonrası alınan STAI-S değeri ortalama $33,6\pm 8,14$, minimum değer olarak 20, maksimum değer

olarak 54, median değer olarak 31 ölçülmüştür. 10. gün alınan STAI-S değeri ortalama $32,36 \pm 8,3$, minimum değer olarak 20, maksimum değer olarak 54, median değer olarak 31 ölçülmüştür. STAI-S değerleri **Tablo 4-6**'da gösterilmiştir.

Tablo 4-7: STAI-T Değerleri

	Mean±SD	Min-Max (Median)
STAI-T	36,8±9,68	23-70 (35)

Hastalardan elde edilen STAI-T değerleri incelendiğinde ortalama $36,8 \pm 9,68$, minimum değer olarak 23, maksimum değer olarak 70, median değer olarak 35 ölçülmüştür. STAI-T değerleri **Tablo 4-7**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-8: Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		^a p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	12	30,0	12	30,0	0,999
	Kadın	28	70,0	28	70,0	
Gelir	0-2000	11	27,5	12	30	0,193
	2000-4000	10	25	13	32,5	
	>4000	19	47,5	15	37,5	

Sistemik	Var	11	27,5	6	15,0	0,172
Hastalık	Yok	29	72,5	34	85,0	
Komplikasyon	Evet	9	22,5	7	17,5	0,576
	Hayır	31	77,5	33	82,5	

^aPearson Chi-Square **p<0,01

Gruplara göre hastaların cinsiyet dağılımları, sistematik hastalık görülme oranları, gelir durumları ve önceki tedavilerinden sonra yaşadıkları komplikasyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

(Tablo 4-8)

Tablo 4-9: Gruplara Göre Vital Bulguların Değerlendirilmesi

	Görsel Bilgilendirme		Sözel Bilgilendirme		^a p
	Yapılan Grup (n=40)		Yapılan Grup (n=40)		
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Tedavi Öncesi Sistolik Basınç	121,13±13,8	90-150 (120)	116,63±15	90-170 (120)	0,166
Tedavi Sonrası Sistolik Basınç	120,13±12,06	100-155 (120)	117,25±14,54	90-150 (120)	0,339
Tedavi Öncesi Diyastolik Basınç	76,88±9,98	60-95 (80)	73±10,91	50-100 (70)	0,101
Tedavi Sonrası Diyastolik Basınç	77,5±7,93	60-95 (80)	76,13±9,9	50-95 (80)	0,495
Tedavi Öncesi Nabız	81,33±13,1	65-136 (80)	82,68±14,14	50-120 (80)	0,659

Tedavi					
Sonrası	79,38±15,04	59-130 (75)	80,55±17,52	55-144 (78,5)	0,748
Nabız					
Tedavi					
Öncesi	97,33±1,91	92-99 (98)	96,35±3,26	87-99 (98)	0,107
Satürasyon					
Tedavi					
Sonrası	98,38±1,21	92-99 (99)	97,38±2,08	90-100 (98)	0,010**
Satürasyon					

^bIndepedent Sample T Testi *p<0,05

**p<0,01

Tedavi öncesi sistolik basınç, tedavi sonrası sistolik basınç, tedavi öncesi diyastolik basınç, tedavi sonrası diyastolik basınç, tedavi öncesi nabız, tedavi sonrası nabız, tedavi öncesi satürasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (**Tablo 4-9**)

Gruplara göre tedavi sonrası satürasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,010; p<0,05). Görsel bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası satürasyon ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (**Tablo 4-9**)

Tablo 4-10: Gruplara Göre MDAS Sonuçlarının Karşılaştırılması

Görsel Bilgilendirme	Sözlü Bilgilendirme
Yapılan Grup (n=40)	Yapılan Grup (n=40)

	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	^a p
Tedavi					0,055
Öncesi	8,58±3,37	5-19 (7)	10,08±3,52	5-16 (9)	
MDAS					
Tedavi					
Sonrası	7,38±2,38	5-18 (7)	8,78±2,92	5-16 (9)	0,021*
MDAS					
10.Gün					
MDAS	6,9±2,05	5-13 (6)	8,5±2,85	5-16 (8)	0,005**

^bIndependent Sample T Testi *p<0,05

**p<0,01

Gruplara göre tedavi öncesi MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (**Tablo 4-10**)

Gruplara göre tedavi sonrası MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,021; p<0,05). Sözel bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası MDAS ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (**Tablo 4-10**)

Gruplara göre 10.Gün MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005; p<0,01). Sözel bilgilendirme yapılan grubun 10.Gün MDAS ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (**Tablo 4-10**)

Tablo 4-11: Gruplara Göre VAS Sonuçlarının Karşılaştırılması

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)	Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)
---------------------------------------------	--------------------------------------------

	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	^b p
Tedavi Öncesi VAS	4,15±1,67	2-10 (4)	4,13±2,28	0-10 (5)	0,956
Tedavi Sonrası VAS	2,1±1,53	1-6 (1)	1,78±2,03	0-8 (1)	0,422
1.Gün Ağrı Takibi (VAS)	4±1,66	0-9 (4)	4±2,72	0-9 (4)	0,999
3.Gün Ağrı Takibi (VAS)	1,73±1,47	0-9 (1)	2,63±2,36	0-9 (2,5)	0,044**
10. Gün Ağrı Takibi (VAS)	0,18±0,45	0-2 (0)	0,65±1,19	0-5 (0)	0,020**

^bIndependent Sample T Testi *p<0,05 **p<0,01

Gruplara göre tedavi öncesi VAS, tedavi sonrası VAS 1. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (**Tablo 4-11**)

Gruplara göre 3. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,044$; $p<0,05$). Sözel bilgilendirme yapılan grubun 3. gün ağrı takibi ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (**Tablo 4-11**)

Gruplara göre 10. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,020$; $p<0,05$). Sözel bilgilendirme yapılan grubun 10. gün ağrı takibi ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4-11)

Tablo 4-12: Gruplara Göre Ağız Sağlığı Skorlarının Karşılaştırılması

	Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		^b p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Ağız Sağlığı Skoru	6,63±1,37	3-9 (7)	6,2±1,57	3-10 (6)	0,201

^bIndependent Sample T Testi * $p<0,05$

** $p<0,01$

Gruplara göre ağız sağlığı skoru ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 4-12)

Tablo 4-13: Gruplara Göre STAI-S Değerlerinin Karşılaştırılması

	Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup (n=40)		^b p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Tedavi Öncesi STAI-S	34,1±7,92	26-51 (31)	37,5±9,52	20-55 (38,5)	0,086

Tedavi					
Sonrası	32,2±7,17	21-53 (31)	35±8,88	20-54 (34)	0,124
STAI-S					
10.Gün	31,03±6,05	20-52 (30)	33,7±9,96	20-54 (33,5)	0,151
STAI-S					

^bIndependent Sample T Testi *p<0,05 **p<0,01

Gruplara göre tedavi öncesi STAI-S, tedavi sonrası STAI-S ve 10.Gün STAI-S ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (Tablo 4-13)

Tablo 4-14: Gruplara Göre STAI-T Değerlerinin Karşılaştırılması

	Görsel	Bilgilendirme	Sözlü	Bilgilendirme	
	Yapılan Grup (n=40)		Yapılan Grup (n=40)		
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	^b p
STAI-T	34,00±8,62	23-58 (30,5)	39,6±9,98	24-70 (36,5)	0,009**

^bIndependent Sample T Testi *p<0,05 **p<0,01

Gruplara göre STAI-T ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009; p<0,01). Sözlü bilgilendirme yapılan grubun STAI-T ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4-14)

Tablo 4-15: Gruplarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası VAS Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		°p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Görsel					
Bilgilendirme Yapılan Grup (VAS)	4,15±1,67	2-10 (4)	2,1±1,53	1-6 (1)	0,001**
Sözlü					
Bilgilendirme Yapılan Grup (VAS)	4,13±2,28	0-10 (5)	1,78±2,03	0-8 (1)	0,001**

°Paired Sample Test **p<0,01

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). (Tablo 4-15)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası VAS ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). (Tablo 4-15)

Tablo 4-16: Gruplarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Sistolik Basınç Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		°p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Görsel					
Bilgilendirme					
Yapılan Grup	121,13±13,8	90-150 (120)	120,13±12,1	100-155 (120)	0,496
Sistolik					
Basınç					
Sözlü					
Bilgilendirme					
Yapılan Grup	116,63±15	90-170 (120)	117,25±14,5	90-150 (120)	0,689
Sistolik					
Basınç					

°Paired Sample Test

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası sistolik basınç ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-16)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası sistolik basınç ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-16)

Tablo 4-17: Gruplarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Diyastolik Basınç Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		°p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Görsel					
Bilgilendirme					
Yapılan Grup	76,88±9,98	60-95 (80)	77,5±7,93	60-95 (80)	0,598
Diyastolik					
Basınç					
Sözlü					
Bilgilendirme		50-		50-95	
Yapılan Grup	73±10,91	100 (70)	76,13±9,9	(80)	0,074
Diyastolik					
Basınç					

°Paired Sample Test

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası diyastolik basınç ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-17)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası diyastolik basınç ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-17)

Tablo 4-18: Gruplarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Nabız Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		°p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Görsel					
Bilgilendirme					
Yapılan Grup	81,33±13,1	65-136 (80)	79,38±15,04	59-130 (75)	0,292
Nabız					
Sözlü					
Bilgilendirme	82,68±14,1	50-120	80,55±17,52	55-144	0,415
Yapılan Grup	4	(80)	(78,5)		
Nabız					

°Paired Sample Test

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası nabız ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-18)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası nabız ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-18)

Tablo 4-19: Gruplarda Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Satürasyon Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		°p
	Mean±SD	Min-Max (Median)	Mean±SD	Min-Max (Median)	
Görsel					
Bilgilendirme Yapılan Grup Satürasyon	97,33±1,91	92-99 (98)	98,38±1,21	92-99 (99)	0,005**
Sözlü					
Bilgilendirme Yapılan Grup Satürasyon	96,35±3,26	87-99 (98)	97,38±2,08	90-100 (98)	0,024*
°Paired Sample Test *p<0,05 **p<0,01					

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası satürasyon ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005; p<0,01). (Tablo 4-19)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası satürasyon ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,024; p<0,05). (Tablo 4-19)

Tablo 4-20: Gruplarda Tedavi Öncesi, Tedavi Sonrası ve 10. Gün MDAS Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		10. Gün		^d p
	Mean ±SD	Min-Max (Median)	Mean ±SD	Min-Max (Median)	Mean ±SD	Min-Max (Median)	
Görsel							
Bilgilendirme Yapılan Grup	8,58±3,3	5-19 (7)	7,38±2,3	5-18 (7)	6,9±2,05	5-13 (6)	0,002**
MDAS							
Sözlü							
Bilgilendirme Yapılan Grup	10,1±3,5	5-16 (9)	8,78±2,9	5-16 (9)	8,5±2,85	5-16 (8)	0,001**
MDAS							

^dRepeatead Measure Test **p<0,01

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün MDAS ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002; p<0,01). Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre tedavi öncesine göre tedavi sonrasında görülen değişim (p=0,001) ve tedavi öncesine göre 10. günde görülen değişim (p=0,018) anlamlı bulunmuştur. Tedavi sonrasına göre 10. günde görülen değişim ise anlamlı bulunamamıştır. (Tablo 4-20)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün MDAS ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002;

p<0,01). Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre tedavi öncesine göre tedavi sonrasında görülen değişim (p=0,004) ve tedavi öncesine göre 10. günde görülen değişim (p=0,001) anlamlı bulunmuştur. Tedavi sonrasına göre 10. günde görülen değişim ise anlamlı bulunamamıştır. (Tablo 4-20)

Tablo 4-21: Gruplarda Tedavi Öncesi, Tedavi Sonrası ve 10.Gün STAI-S Ölçümlerinin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		10. Gün		^d p
	Mean ±SD	Min-Max (Median)	Mean ±SD	Min-Max (Median)	Mean ±SD	Min-Max (Median)	
Görsel							
Bilgilen-							
dirme	34,1±	26-51	32,2±	21-53	31,1±	20-52	0,015*
Yapılan	7,92	(31)	7,17	(31)	6,05	(30)	
Grup							
STAI-S							
Sözlü							
Bilgilen-							
dirme	37,5±	20-55	35±	20-54 (34)	33,7±	20-54	0,095
Yapılan	9,52	(38,5)	8,88		9,96	(33,5)	
Grup							
STAI-S							

^dRepetead Measure Test

*p<0,05

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün STAI-S ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,015$; $p<0,05$). Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre tedavi öncesine göre 10. günde görülen değişim ($p=0,028$) anlamlı bulunmuştur. Diğer zamanlar arasında görülen değişimler ise anlamlı bulunamamıştır. (Tablo 4-21)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

Tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün STAI-S ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-21)

Tablo 4-22: Gruplarda 1. Gün, 3. Gün ve 10. Gün Ağrı Takibinin Karşılaştırılması

	1.Gün		3.Gün		10. Gün		^d p
	Mean \pm SD	Min-Max (Median)	Mean \pm SD	Min-Max (Median)	Mean \pm SD	Min-Max (Median)	
Görsel Bilgilen- dirme Yapılan Grup VAS	4 \pm 1,66	0-9 (4)	1,73 \pm 1,47	0-9 (1)	0,18 \pm 0,45	0-2 (0)	0,001**
Sözlü Bilgilen- dirme Yapılan	4 \pm 2,72	0-9 (4)	2,63 \pm 2,36	0-9 (2,5)	0,65 \pm 1,19	0-5 (0)	0,001**

Grup**VAS**

^dRepetead Measure Test

**p<0,01

Görsel Bilgilendirme Yapılan Grup;

1. güne göre 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre 1. güne göre 3. günde görülen değişim (p=0,001) ve 1. güne göre 10. günde görülen değişim (p=0,001) anlamlı bulunmuştur. 3. güne göre 10. günde görülen değişim (p=0,001) anlamlı bulunmuştur. (**Tablo 4-22**)

Sözlü Bilgilendirme Yapılan Grup;

1. güne göre 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre 1. güne göre 3. günde görülen değişim (p=0,001) ve 1. güne göre 10. günde görülen değişim (p=0,001) anlamlı bulunmuştur. 3. güne göre 10. günde görülen değişim (p=0,001) anlamlı bulunmuştur. (**Tablo 4-22**)

Tablo 4-23: Tedavi Öncesi VAS Skorları ile Tedavi Sonrası VAS Skorlarının Vital Bulgular ile Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Tedavi Öncesi VAS		Tedavi Sonrası VAS	
Tedavi Öncesi	Sistolik	r	0,049		0,116
	Basınç	p	0,663		0,304
	Diyastolik	r	-0,141		-0,064
	Basınç	p	0,211		0,575

	Nabız	r	.336**	.304**
		p	0,002	0,006
	Satürasyon	r	-0,010	-0,028
		p	0,930	0,804
	Sistolik	r	0,007	0,110
		Basınç	p	0,952
Tedavi	Diyastolik	r	-0,182	-0,052
		Basınç	p	0,107
Sonrası	Nabız	r	.236*	0,169
		p	0,035	0,133
	Satürasyon	r	0,070	0,001
		p	0,538	0,989

r=Pearson Correlation

**p<0,01

*p<0,05

Tedavi öncesi VAS skoru;

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi öncesi sistolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). (**Tablo 4-23**)

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi öncesi diyastolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). (**Tablo 4-23**)

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi öncesi nabız değerleri arasında pozitif yönlü %33,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,336$; $p=0,002$; $p<0,01$). (**Tablo 4-23**)

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi öncesi satürasyon ölçümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi sonrası sistolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi sonrası diyastolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi sonrası nabız değerleri arasında pozitif yönlü %23,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,236$; $p=0,035$; $p<0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi öncesi VAS skoru ile tedavi sonrası satürasyon ölçümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru;

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi öncesi sistolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi öncesi diyastolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi öncesi nabız değerleri arasında pozitif yönlü %30,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,336$; $p=0,006$; $p<0,01$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi öncesi satürasyon ölçümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi sonrası sistolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi sonrası diyastolik basınç değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-23)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi sonrası nabız değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-23)

Tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi sonrası saturasyon ölçümü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-23)

Tablo 4-24: Tedavi Öncesi VAS ve Tedavi Sonrası VAS Skorları ile Ağrı Skorları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Tedavi Öncesi VAS	Tedavi Sonrası VAS
1.Gün Ağrı	r	.256*	.277*
	p	0,022	0,013
3.Gün Ağrı	r	.385**	.337**
	p	0,000	0,002
10.Gün Ağrı	r	.238*	0,176
	p	0,034	0,118
r=Pearson Correlation		**p<0,01	*p<0,05

Tedavi öncesi VAS skoru;

Tedavi öncesi VAS skoru ile 1. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü %25,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,256$; $p=0,022$; $p<0,05$). (Tablo 4-24)

Tedavi öncesi VAS skoru ile 3. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü %38,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,385$; $p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-24)

Tedavi öncesi VAS skoru ile 10. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü %23,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,238$; $p=0,034$; $p<0,05$). **(Tablo 4-24)**

Tedavi sonrası VAS skoru;

Tedavi sonrası VAS skoru ile 1.Gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü %27,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,277$; $p=0,013$; $p<0,05$). **(Tablo 4-24)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile 3. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü %33,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,337$; $p=0,002$; $p<0,01$). **(Tablo 4-24)**

Tedavi sonrası VAS skoru ile 10. gün ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **(Tablo 4-24)**

5 TARTIŞMA

Dental anksiyetenin Türk popülasyonunda izlenme oranının %21,3-%23,5 arasında değiştiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Firat ve ark., 2006; Tunc ve ark., 2005). Dental anksiyete üzerine etkisi olan birçok faktör bulunmaktadır. Yapılmış çalışmalarda dental anksiyete seviyesini belirlemek için kullanılan testlerin cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi gibi sosyo-demografik etkenlerden, ağız sağlığı skorundan, geçmiş tedavi tecrübeleri, diş hekimine gitme sıklığı, dental tedavinin çeşidi, süresi gibi değişkenlerden etkilendiği gösterilmiştir (Bedi ve ark., 2000).

Hastalarda dental anksiyete ve korkuyu kontrol etmeyi sağlayacak birçok davranışsal ve farmakolojik yöntem vardır (Milgrom ve ark., 1986). Bu yöntemlerden bazıları davranış terapisi ve sedasyon, genel anestezi gibi farmakolojik yöntemlerdir. Ayrıca son yıllarda alternatif bir yöntem olarak

aromaterapide temel yağlar kullanılarak koku duyusu yoluyla pozitif psikolojik veya farmakolojik etki sağlandığı belirtilmektedir (Charman, 2000; Schnaubelt, 1998). Fakat bu gibi relaksasyon yöntemleri, klinikte müzik/video oynatılması gibi ortamın havasını değiştirip, hastaların başka yöne dikkatlerini çekmeyi amaçlayan yöntemler veya kokular her hastada farklı bir şekilde etki gösterecek ve her zaman başarı elde edilemeyecek palyatif yöntemlerdir.

Günümüzde hastaların iyi bir şekilde bilgilendirilerek dental anksiyete seviyesinin kontrol altına alınması düşünülmüş ve bu kapsamda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yapılan birçok araştırmanın sonucunda korkunun sebepleri, alınabilecek önlemler ve tedavisi ile alakalı önemli gelişmeler bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, anksiyetenin kazanılmış negatif tecrübeye veya yapılacak işlem hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaktan kaynaklanan belirsizlik duygusuna bağlı olarak artabileceğini bildirmişlerdir (Muğlalı ve ark., 2005). Dental korku ve anksiyetenin belirlenmesi için kullanılan yöntemlerden birisi, hastadaki fizyolojik ve davranışsal değişikliklerin gözlemlenmesi, diğer yöntem ise hastanın doldurduğu anket formları ve standart ölçeklerin kullanılmasıdır (İlgüy ve ark., 2005). Tedavi öncesi bu formların doldurulmasının hastaların kaygı seviyesi üzerine herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Humphris ve ark., 2006). Literatür incelendiğinde ortodonti, cerrahi, pedodonti ve endodonti gibi birçok diş hekimliği alanında dental anksiyeteyle ilgili çalışmalar mevcuttur. Mukogingival cerrahi uygulamalarda farklı bilgilendirme tekniklerinin anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızın amacı, anksiyete ve ağrı ölçeklendirme anketleri kullanılarak, görsel bilgilendirme veya sözel bilgilendirmenin, preoperatif/postoperatif anksiyete seviyesinin ve postoperatif ağrı düzeyi üzerine etkisinin incelenmesidir.

Preoperatif bilgilendirme, hastaların anksiyetesini azaltabilmektedir. Yazılı bilgilendirme hastaya bilgi verme yöntemleri arasında en etkili seçenek olmasına rağmen bilgilendirme formunu okuma ve anlamada bütün hastalar aynı yeterliliğe

sahip değildir. Multimedya ile bilgilendirme randomize kontrollü çalışmaların konusu olmuş ve bu bilgilendirme yönteminin etkisi küçük olsa da diğer çalışmalar tarafından desteklenmese de cerrahiden önce hasta anksiyete seviyesinin azaltılmasındaki etkisi gösterilmiştir. Bilgilendirmenin hasta anksiyetesi üzerindeki etkisiyle ilgili ortaya çelişkili sonuçlar da mevcuttur (Jlala ve ark., 2010; Obled ve ark., 2007); multimedyanın formatı, metodoloji, çalışma popülasyonundaki değişkenlik ve ölçüm araçlarından dolayı ortaya çıkmış olabilir (Jlala ve ark., 2010).

Yapılan bir çalışmada 6 farklı dental anksiyete ve korku ölçeği karşılaştırılmış, bütün formlar tam olarak bulguları değerlendirme konusunda yeterli bulunmamış ve dental anksiyetenin belirlenmesinde birden fazla ölçeğin kullanılması gerektiği bildirilmiştir (Schuurs ve ark., 1993). Yapılan klinik çalışmalarda da verilerin güvenilirliğini sağlamak amacıyla bir veya birden çok ölçek kullanılarak dental anksiyete seviyeleri değerlendirilmeye çalışılmaktadır (Hakeberg ve ark., 1997). Daha önce yapılan çalışmalarda STAI ve Dental Anksiyete Skalası (DAS) değerlerinin birbiriyle uyumlu sonuçlar ortaya koyduğu gösterilmiştir (Baygın ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada VAS ile diğer anksiyete skalaları karşılaştırılmış ve sonuçlar açısından bir fark gösterilememiştir (Williams ve ark., 2010). VAS'ın vertikal düzlem yerine horizontal düzlemde olması tercih edilmelidir. Yapılan bir çalışmada vertikal konumlandırılmış VAS ile yapılan ölçümlerde %7'lik bir hata payı bildirilmiştir (Scott ve ark., 1976). VAS'ın diğer anksiyete skalaları ile doğruluk ve geçerlilik çalışmaları yapılmış ve istatistiksel olarak benzer anlamlı sonuçlar bildirilmiştir (Folstein ve ark., 1973; Hornblow ve ark., 1976). Hem katılımcı hem de araştırmacının kullanım kolaylığı açısından vizüel analog skalanın anksiyete çalışmalarında kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada STAI ve VAS'ı karşılaştırılmış ve anksiyete ölçümünde belirgin bir farklılık bildirilmemiştir (Bringuier ve ark., 2009; Kindler ve ark.,

2000). Bu sebeple bu tez çalışmasında STAI-S, STAI-T, MDAS ve VAS anketleri birlikte kullanılarak daha doğru sonuçlar alınması amaçlanmıştır.

Yapılan bir çalışmada estetik amaçlı meme küçültmesi ve abdominoplasti yapılacak hastaların işlemden önce; sözlü olarak veya yazılı olarak resimler içeren CD-ROM ile bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkisini incelemiştir. Toplam 80 hasta çalışmaya alınmış, gruplar ayrılmadan önce tüm katılımcılara STAI-S testi uygulanmış ve hastalar 40'ar kişiden oluşan 2 gruba randomize edilmiştir. Çalışma grubuna tedavi prosedürü, sonuçları, komplikasyonları ve iyileşmenin farklı dönemlerini gösteren resimler izletilmiştir. Cerrahiden 1 gün önce tüm gruplara STAI-S ölçeği doldurtulmuştur; bununla birlikte katılımcıların bilgi düzeyini ölçmek için bir test de uygulanmıştır. Sonuç olarak her iki grubun da cerrahi günü yaklaştığında anksiyetesinin önemli derecede arttığı; ancak CD-ROM izleyen grubun anksiyete seviyesinin diğer gruptan anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Cerrahinin komplikasyonlarını anlama açısından gruplar arasında fark görülmezken; prosedürün detaylarını ve cerrahinin amacını anlayış skoru, CD-ROM izleyen grupta daha yüksek bulunmuştur (Danino ve ark., 2005). Çalışmamızda STAI-S ölçümleri arasında herhangi bir anlamlı fark izlenmezken STAI-T ölçümleri arasında anlamlı fark izlenmiştir. Sözlü bilgilendirme yapılan grubun STAI-T ölçümleri, yani anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda tedavi öncesi MDAS ölçümleri arasında herhangi bir anlamlı fark izlenmezken tedavi sonrası MDAS ölçümleri ve 10. gün MDAS ölçümleri arasında anlamlı fark izlenmiştir. Sözlü bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası MDAS ölçümleri ve 10. gün MDAS ölçümleri, yani anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.

Preoperatif bilgilendirme hastanın anksiyete seviyesini azaltır ancak bu bilginin ideal verilme yöntemi kesin olarak bilinmemektedir. Yapılan bir çalışmada multimedya ile bilgilendirilen hastalarda lokal anestezinin, anksiyete üzerine etkisini görmek için toplam 110 hasta izlenmiştir. Çalışma grubuna, işlemden 2

hafta önce spinal anesteziyi veya brakiyal pleksus bloğunu gösteren iki ayrı sesli video, yapılacak işlem türüne göre hastalara izletilmiştir. Hasta anksiyetesi STAI testi ve VAS skalası kullanılarak video öncesi ve sonrası; işlemden 1 saat önce ve 8 saat sonra ölçülmüştür. STAI-T'ye, çalışma başında ve sonunda bakılırken; STAI-S ile VAS'a bütün dönemlerde bakılmıştır. Her iki grubun başlangıç STAI-T ölçekleri istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Kontrol grubunda cerrahi öncesi anksiyete artışı izlenmiş; çalışma grubunda ise kontrol grubuna göre daha az bir artış izlenmiştir. Çalışma grubunun anksiyete seviyeleri, işlem sonunda başlangıca oranla, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmacılar, lokal anestezi öncesi bilgilendirmede multimedya kullanımıyla, hasta anksiyetesinin önemli derecede azaltılabileceğini bildirmişlerdir (Jlala ve ark., 2010). Çalışmamızda ise, preoperatif dönem ile postoperatif dönem arasında uzun bir dönem bulunmamaktadır. STAI-T hastanın genel anksiyetesini gösterdiği ve kısa zaman içerisinde değişmediği için STAI-T sadece operasyon öncesi dönemde uygulanırken; STAI-S, MDAS ve VAS her anket uygulandığı dönemde değerlendirilmiştir. Çalışmamızda Jlala'nın yaptığı çalışmanın bir kısmına benzer sonuç elde edilmiş; gruplara göre STAI-T ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Sözlü bilgilendirme yapılan grubun STAI-T ölçümleri, yani anksiyete seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Gruplara göre tedavi öncesi STAI-S, tedavi sonrası STAI-S ve 10.Gün STAI-S ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de sözlü anlatım yapılan gruptaki hastaların sonuçları daha yüksek değerde izlenmektedir. Bununla birlikte görsel bilgilendirme yapılan grupta tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün STAI-S ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştır. Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre tedavi öncesine göre 10. günde görülen azalma anlamlı bulunmuştur. Diğer zamanlar arasında görülen değişimler ise anlamlı bulunamamıştır. Sözlü bilgilendirme yapılan grupta tedavi öncesine göre tedavi

sonrası ve 10. gün STAI-S ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da değerlerde azalma izlenmiştir.

Çalışmamızda gruplara göre tedavi öncesi MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Gruplara göre tedavi sonrası MDAS ölçümleri ve 10. gün MDAS ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sözel bilgilendirme yapılan grubun hem tedavi sonrası MDAS ölçümleri hem de 10. gün MDAS ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre görsel bilgilendirme yapılan hastalarda anksiyete seviyesi daha düşük izlenmiştir. Bununla birlikte hem görsel bilgilendirme yapılan grupta hem de sözlü bilgilendirme yapılan grupta tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve 10. gün MDAS ölçümlerinde görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre tedavi öncesine göre tedavi sonrasında görülen azalma ve tedavi öncesine göre 10. günde görülen azalma anlamlı bulunmuştur. Tedavi sonrasına göre 10. günde görülen değişim ise anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre her iki grupta da bilgilendirmeden bağımsız olmak üzere tedavi sonrası anksiyete seviyesinde azalma olduğunu; bu azalmanın görsel bilgilendirme yapılan grupta anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda gruplara göre tedavi öncesi VAS, tedavi sonrası VAS 1. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Gruplara göre 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Sözel bilgilendirme yapılan grubun 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Gruplarda 1., 3. ve 10. gün ağrı takibi verileri incelendiği zaman her iki grupta da 1. güne göre 3. gün ve 10. gün ağrı takibi ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili zaman karşılaştırmalarına göre 1. güne göre 3. günde görülen değişim, 1. güne göre 10. günde görülen değişim ve 3. güne göre 10. günde görülen değişim anlamlı bulunmuştur. Yani her iki grupta da bilgilendirmeden

bağımsız olarak ağrı değerleri zaman geçtikçe anlamlı şekilde azalmaktadır ancak bu azalma yalnızca tedavi sonrası 3. gün ve 10. gün değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı olmuştur, yani görsel bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası dönemde anksiyete seviyesinin daha az olduğu gösterilmiştir.

Bununla birlikte hem görsel bilgilendirme yapılan grupta hem de sözlü bilgilendirme yapılan grupta tedavi öncesi ve tedavi sonrası VAS değerlerinde görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yani her iki grupta da bilgilendirmeden bağımsız olarak VAS değerlerinde azalma izlenmektedir. Gruplar arasında bu azalma miktarı açısından herhangi bir fark izlenmemiştir.

Anksiyete sırasında baş dönmesi, baş ağrısı, kulak çınlaması, çarpıntı, ağız kuruluğu, gastrointestinal şikayetler, nefes darlığı ve kardiyovasküler değişiklikler gibi semptomlar izlenebilir. Hasta üzerinde oluşturulan stres ve anksiyete göz önünde bulundurulduğunda, kardiyovasküler değişiklikler dental tedavilerden normal limitasyonlar dahilinde etkilenmektedir. Bu nedenle vital bulguların takibi önem arz etmektedir. Yapılan bir çalışmada elektif cerrahi geçirecek, spinal anesteziye uygun genel cerrahi, üroloji ve ortopedi hastalarına anksiyeteyi azaltmak amacıyla işlem sırasında ortam gürültüsü, beyaz gürültü ve müzik dinletilmiştir. Müzik dinletilen gruptaki hastaların anksiyete seviyeleri diğer gruptaki hastalara göre anlamlı derecede daha az bulunmuştur. Yine bu hastaların oksijen saturasyonu seviyeleri diğer gruptaki hastalara göre anlamlı olmasa da daha yüksek seviyede bulunmuştur (Köylü İlkaya, 2009). Yine yapılan bir çalışmada periodontal tedavi hakkında detaylı bilgilendirmenin dental anksiyete üzerine etkisi araştırılmış ve çalışmada bilgilendirme şeklinin vital bulgular üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre hastalar bilgilendirilme şekillerine göre ayrıldıklarında sözel ve sözel+görsel bilgilendirilen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark sistolik kan basıncı ve nabız değerlerinde saptanmıştır. Sözel+görsel bilgilendirilen hastaların tedavi öncesi ve tedavi bitiminden 30 dakika

sonraki sistolik kan basıncı değerleri sadece sözel bilgilendirilen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yine hem sözel hem de görsel bilgilendirilen hastaların tedavi öncesi tedavi bittiğindeki ve tedavi bitiminden 30 dakika sonraki nabız değerleri sadece sözel bilgilendirilen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olarak saptanmıştır. ($p<0,05$) (Demiralp, 2010).

Çalışmamızda gruplara göre tedavi öncesi ve sonrası sistolik basınç, diyastolik basınç, nabız ve tedavi öncesi satürasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Gruplara göre tedavi sonrası satürasyon ölçümleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Görsel bilgilendirme yapılan grubun tedavi sonrası satürasyon ölçümleri daha yüksek bulunmuştur. Gruplarda tedavi öncesine göre tedavi sonrası sistolik basınç, diyastolik basınç ve nabız ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Ancak her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrası satürasyon ölçümlerinde görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu değişim görsel bilgilendirme yapılan grupta anlamlı derecede daha fazla izlenmiştir. Tedavi öncesi VAS skoru ile hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası sistolik basınç, diyastolik basınç ve satürasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte tedavi öncesi VAS skoru ile hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası nabız değerleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani tedavi öncesi anksiyete seviyesi ne kadar yüksekse tedavi öncesi ve sonrası nabız değerleri de o kadar yüksek olmaktadır. Tedavi sonrası VAS skoru ile hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası sistolik basınç, diyastolik basınç ve satürasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tedavi sonrası VAS skoru ile yalnızca tedavi öncesi nabız değerleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani tedavi sonrası anksiyete seviyesi ne kadar yüksekse tedavi öncesi nabız değerleri de o kadar yüksek olmaktadır.

Çalışmamızda “Tedavi öncesi ve tedavi sonrası anksiyete seviyesi (VAS) daha yüksek olan hastalar mı daha çok ağrı hisseder?” sorusunun cevabı aranmıştır. Tedavi öncesi VAS skoru ile 1. gün, 3. gün ve 10. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu da tedavi öncesi anksiyete seviyesi arttıkça operasyon sonrasında hissedilen ağrı seviyesinin de arttığını göstermektedir. Tedavi sonrası VAS skoru ile 1.gün ve 3. gün ağrı skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Tedavi sonrası VAS skoru ile 10. gün ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlar tedavi sonrası anksiyete seviyesi arttıkça operasyon sonrasında yalnızca 1. ve 3. gün hissedilen ağrı seviyesinin arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda cevap aranan bir diğer soru “Tedavi öncesi ve tedavi sonrası yüksek anksiyete seviyesinin (VAS) vital bulgu değerleri üzerine etkisi var mı?” olmuştur. Veriler incelendiğinde tedavi öncesi VAS skoru ile hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası nabız değerleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani tedavi öncesi anksiyete seviyesi arttıkça nabız değerleri de artmaktadır. Yine tedavi sonrası VAS skoru ile tedavi öncesi nabız değerleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer bakılan vital bulgular ile anksiyete değerleri arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi bulunamamıştır.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda elde edilen veriler ve yapılan değerlendirmeler ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Bu çalışmaya katılan tüm hastalar tedaviye başlamadan önce ağrı hissedeceklerini bildirmiştir.
- Her iki gruptaki hastalarda, tedaviye başlamadan önce bildirdiği ağrı beklentisi ve tedavi sonrası ağrı değerleri karşılaştırıldığında, ortalama VAS değerlerinin her iki grupta da tedavi sonrasında anlamlı derecede azalma gösterdiği belirlenmiştir.
- Görsel bilgilendirme yapılan bireyler, sözlü bilgilendirme yapılan bireylere göre hem tedaviye başlamadan önce daha az ağrı beklentisi, hem de tedavi sonrasında daha az ağrı hissettiklerini bildirmişlerdir.
- Bu çalışmaya katılan tüm hastalar hissettiği en yüksek ağrı miktarını postoperatif 1. günde bildirmişlerdir.
- Her iki gruptaki hastalarda ortalama VAS değerleri ve/veya ağrı değerlerinin postoperatif 3. günde postoperatif 1. güne ve postoperatif 10.günde postoperatif 1. ve 3. günlere göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı görülmüştür.
- Bu çalışmaya katılan sözlü bilgilendirme yapılan bireyler tüm ortalama VAS ağrı değerlerinde klinik olarak daha yüksek seviyede ağrı miktarları bildirmişlerdir.
- Bu çalışmaya katılan sözlü bilgilendirme yapılan bireylerin postoperatif 3. ve 10. gün ortalama VAS ağrı değerlerinin görsel bilgilendirme yapılan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Bu çalışmada tedaviye başlamadan önce ağrı beklentisi ve tedavi sonrası ağrı değerleri ile postoperatif ağrı değerleri arasında pozitif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

- Bu çalışmaya katılan sözlü bilgilendirme yapılan ve görsel bilgilendirme yapılan bireylerin anksiyete değerleri arasında bazı skalalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olsa da sözlü bilgilendirme yapılan bireylerin tüm anksiyete değerlerinde daha yüksek değerlere sahip olduğu görülmüştür.
- Bu çalışmaya katılan tüm hastalar en yüksek durumluk anksiyete değerlerini tedavi öncesinde bildirmiştir.
- Bu çalışmada görsel bilgilendirme yapılan grupta STAI-T anksiyete ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görülmüştür.
- Bu çalışmaya katılan sözlü bilgilendirme yapılan bireyler dental anksiyete ölçümlerinde tedavi sonrası ve 10. günde istatistiksel anlamlı derecede daha yüksek değerler bildirmişlerdir. Yine sözlü bilgilendirme yapılan bireyler dental anksiyete ölçümlerinde tedavi öncesinde de istatistiksel anlamlı olmasa da klinik olarak daha yüksek değerler bildirmişlerdir.
- Bu çalışmada sözlü bilgilendirme yapılan bireylerde dental anksiyete ölçümlerinde 10. günde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı görülmüştür.
- Bu çalışmaya katılan görsel bilgilendirme yapılan bireylerde dental anksiyete ölçümlerinde tedavi sonrasında tedavi öncesine ve 10. günde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı görülmüştür.
- Bu çalışmada oksijen saturasyonu seviyeleri görsel bilgilendirme yapılan grupta anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.
- Bu çalışmada tedavi öncesi yüksek anksiyeteye sahip hastalarda nabız değerleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın limitasyonları dahilinde mukogingival cerrahi uygulanan hastalarda tedavi öncesi ağrı beklentileri, tedavi sonrası ağrı seviyeleri, postoperatif 1., 3., 10. gün ağrı seviyeleri ve tedavi öncesi, tedavi sonrası, 10.gün anksiyete seviyeleri, tedavi öncesi ve tedavi sonrası vital bulguların görsel bilgilendirme ve sözlü bilgilendirmenin bireylerdeki farklılıkları değerlendirildi. Bu konuda ağrıya

ve anksiyeteye etkileyebilecek faktörlerin daha iyi standardize edildiği hasta dağılımlarının yer aldığı daha fazla prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



KAYNAKLAR

- Abed, Himmel, Vormfelde ve Koschack. (2014). Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient education and counseling*, 97(1), 16–22.
- Abrahamsson, Berggren, Hallberg ve Carlsson. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(2), 188–196.
- Agudio, Nieri, Rotundo, Cortellini ve Pini Prato. (2008). Free gingival grafts to increase keratinized tissue: A retrospective long-term evaluation (10 to 25 years) of outcomes. *Journal of periodontology*, 79(4), 587–594.
- Aitken. (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the royal society of medicine*, 62(10), 989.
- Aitkenhead, Smith ve Rowbotham. (2007). *Textbook of anaesthesia*. Elsevier Health Sciences.
- Akhavan, Mehrvarzfar, Sheikholeslami, Dibaj ve Eslami. (2007). Analysis of anxiety scale and related elements in endodontic patients. *Iranian endodontic journal*, 2(1), 29.
- Allen ve Miller Jr. (1989). Coronal positioning of existing gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *Journal of Periodontology*, 60(6), 316–319.
- Amarante, Leknes, Skavland ve Lie. (2000). Coronally positioned flap procedures with or without a bioabsorbable membrane in the treatment of human gingival recession. *Journal of Periodontology*, 71(6), 989–998.
- Appukuttan. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental

- phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 8, 35.
- Archer. (1961). *Oral surgery; a step-by-step atlas of operative techniques*. (3d ed.). Philadelphia: Saunders.
- Armfield. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral health & preventive dentistry*, 8(2).
- Armfield ve Heaton. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian dental journal*, 58(4), 390–407.
- Armfield, J. M., Spencer ve Stewart. (2006). Dental fear in Australia: Who's afraid of the dentist? *Australian Dental Journal*, 51(1), 78–85. doi:10.1111/J.1834-7819.2006.TB00405.X
- Armfield, Jason M, Spencer ve Stewart. (2006). Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian dental journal*, 51(1), 78–85.
- Ay, Özdemir, Öztürk ve Polat. (2002). An assessment of dental anxiety in oral surgery patients. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 395–398.
- Ayer Jr, Domoto, Gale, Joy Jr ve Melamed. (1983). Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 107(1), 18–27.
- Bandura. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Barnett, Crandon, Lindo, Gordon-Strachan, Robinson ve Ranglin. (2008). An assessment of the process of informed consent at the University Hospital of the West Indies. *Journal of medical ethics*, 34(5), 344–347.
- Baygın, Tüzüner, Işık, Arslan ve Tanrıver. (2012). Preoperatif anksiyetenin süt dişi çekimi yapılan çocuklarda ağrı düzeyi ile korelasyonunun değerlendirilmesi.

Istanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 46(1), 32–42.

Bedi ve McGrath. (2000). Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. *Gerodontology*, 17(2), 97–103.

Berggren. (1987). Reduction of fear and anxiety in adult fearful patients. *International dental journal*, 37(2), 127–136.

Bernimoulin. (1973). Covering of gingival recessions by means of coronal transfer surgery. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 28(12), 1222–1226.

Bernimoulin, Lüscher ve Mühlemann. (1975). Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. *Journal of clinical periodontology*, 2(1), 1–13.

Bjorn. (1963). Free transplantation of gingival propria, Sven. *Tandlak Tidskr.*, 22, 684.

Bouchard, Malet ve Borghetti. (2001). Decision-making in aesthetics: Root coverage revisited. *Periodontology 2000*, 27(1), 97–120.

Bozkurt Doğan, Öngöz Dede, Ballı, Atalay ve Durmuşlar. (2015). Concentrated growth factor in the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a split-mouth randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology*, 42(9), 868–875. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpe.12444>

Bringuier, Dadure, Raux, Dubois, Picot ve Capdevila. (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. *Anesthesia & Analgesia*, 109(3), 737–744.

Bruno. (1994). Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 14(2).

Caffesse ve Guinard. (1980). Treatment of localized gingival recessions: part IV.

- Results after three years. *Journal of Periodontology*, 51(3), 167–170.
- Caffesse, Kon, Castelli ve Nasjleti. (1984). Revascularization following the lateral sliding flap procedure. *Journal of periodontology*, 55(6), 352–358.
- Cairo, Pagliaro ve Nieri. (2008). Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *Journal of clinical periodontology*, 35, 136–162.
- Canakci ve Canakci. (2007). Pain levels in patients during periodontal probing and mechanical non-surgical therapy. *Clinical Oral Investigations*, 11(4), 377–383. doi:10.1007/S00784-007-0126-Z
- Caprara, Eleazer, Barfield ve Chavers. (2003). Objective measurement of patient's dental anxiety by galvanic skin reaction. *Journal of endodontics*, 29(8), 493–496.
- Carnio, Camargo, Kenney ve Schenk. (2002). Histological evaluation of 4 cases of root coverage following a connective tissue graft combined with an enamel matrix derivative preparation. *Journal of Periodontology*, 73(12), 1534–1543.
- Carter, AlShwaimi, Boschen, Carter ve George. (2019). Influence of culture change on the perception of fear and anxiety pathways in Endodontics: A pilot proof of concept study. *Australian Endodontic Journal*, 45(1), 20–25.
- Chambrone, Pannuti, Tu ve Chambrone. (2012). Evidence-based periodontal plastic surgery. II. An individual data meta-analysis for evaluating factors in achieving complete root coverage. *Journal of periodontology*, 83(4), 477–490.
- Charman. (2000). *Complementary therapies for physical therapists*. Elsevier Health Sciences.
- Chaubey, Arora, Thakur ve Narula. (2011). Perio-esthetic surgery: Using LPF with frenectomy for prevention of scar. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 15(3), 265.

- Clauser, Nieri, Franceschi, Pagliaro ve Pini-Prato. (2003). Evidence-based mucogingival therapy. Part 2: Ordinary and individual patient data meta-analyses of surgical treatment of recession using complete root coverage as the outcome variable. *Journal of periodontology*, 74(5), 741–756.
- Cohen. (1985). Dental anxiety and DMFS status: association within a US naval population versus differences between groups. *Community dentistry and oral epidemiology*, 13(2), 75–78.
- Cohen ve Ross. (1968). The double papillae repositioned flap in periodontal therapy. *The Journal of Periodontology*, 39(2), 65–70.
- Corah. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*, 48(4), 596.
- Corah, Gale ve Illig. (1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 97(5), 816–819.
- Corah, O’Shea ve Ayer. (1985). Dentists’ management of patients’ fear and anxiety. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 110(5), 734–736.
- Cortellini, GP, DeSanctis, Baldi ve Clauser. (1991). Guided tissue regeneration procedure in the treatment of a bone dehiscence associated with a gingival recession: a case report. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*, 11(6), 460–467.
- Danino, Chahraoui, Frachebois, Jebrane, Moutel, Herve ve Malka. (2005). Effects of an informational CD-ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery: a randomised trial. *British journal of plastic surgery*, 58(3), 379–383.
- De Sanctis ve Zucchelli. (2007). Coronally advanced flap: A modified surgical approach for isolated recession-type defects: Three-year results. *Journal of clinical periodontology*, 34(3), 262–268.
- Del Barrio. (2016). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. The*

Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology.
Washington, DC: American P-sychiatric Anociation. doi:10.1016/B978-0-12-809324-5.05530-9

Demiralp. (2010). Periodontal tedavi hakkında detayli bilgilendirmenin dental anksiyete üzerine etkisi, 1–173.

Dodge, Henderson ve Greenwell. (1998). Root coverage without a palatal donor site, using an acellular dermal graft. *Periodontal Insights*, 5(4), 5–9.

Edirne. (2000). *Ağrı Baş -Boyun ve Orofasiyal Ağrular*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Edirne. (2003). *Ağrı Mekanizmaları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Edward ve N. (2006). “*Crown Lengthening in Periodontal Surgery*”; *Periodontal surgery. A clinical atlas. Cosmetic and periodontal Atlas*. London, Chicago, Berlin, Copenhagen, Tokyo, Paris, Barcelona, Milano, Sao Paulo, New Delhi, Moscow, Prague, Warsow, İstanbul: Quintessence Pub. Co.

Eitner, Wichmann, Paulsen ve Holst. (2006). Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of oral rehabilitation*, 33(8), 588–593.

Ergüven, Kılınç, Delibaşı ve Işık. (2015). Bir diş hekimliği fakültesi ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğine başvuran hastaların dental kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Acta Odontologica Turcica*, 32(1), 7–11.

Facco, Stellini, Bacci, Manani, Pavan, Cavallin ve Zanette. (2013). Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Minerva anesthesiologica*, 79(12), 1389–1395.

Facco, Zanette, Favero, Bacci, Sivoletta, Cavallin ve Manani. (2011). Toward the validation of visual analogue scale for anxiety. *Anesthesia progress*, 58(1), 8–13.

- Firat, Tunc ve Sar. (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract*, 7(3), 75–82.
- Flory ve Emanuel. (2004). Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *Jama*, 292(13), 1593–1601.
- Folkman, Lazarus, Gruen ve DeLongis. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571–579. doi:10.1037//0022-3514.50.3.571
- Folstein ve Luria. (1973). Reliability, validity, and clinical application of the visual analogue mood scale1. *Psychological medicine*, 3(4), 479–486.
- Friedman. (1957). Mucogingival surgery. *Texas Dent J*, 75, 358–362.
- Gagliano. (1988). A literature review on the efficacy of video in patient education. *Journal of medical education*.
- Garip, Abalı, Göker, Göktürk ve Garip. (2004). Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 42(6), 551–554.
- Georgelin-Gurgel, Diemer, Nicolas ve Hennequin. (2009). Surgical and nonsurgical endodontic treatment-induced stress. *Journal of endodontics*, 35(1), 19–22.
- Gottlow, Nyman, Karring ve Lindhe. (1986). Treatment of localized gingival recessions with coronally displaced flaps and citric acid: An experimental study in the dog. *Journal of clinical periodontology*, 13(1), 57–63.
- Greenwell, Fiorellini, Giannobile, Offenbacher, Salkin, Townsend, ... Genco. (2005). Oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. *Journal of periodontology*, 76(9), 1588–1600.

- Grupe. (1966). Modified technique for the sliding flap operation. *The Journal of Periodontology*, 37(6), 491–495.
- Grupe ve Warren Jr. (1956). Repair of gingival defects by a sliding flap operation. *The Journal of Periodontology*, 27(2), 92–95.
- Güldoğuş, Güleç ve Uçkunkaya. (2007). Baş ve yüz ağrıları. *Ankara: Güneş Kitabevi*.
- Hägglin, Hakeberg, Ahlqwist, Sullivan ve Berggren. (2000). Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community dentistry and oral epidemiology*, 28(6), 451–460.
- Hakeberg ve Berggren. (1997). Dimensions of the Dental Fear Survey among patients with dental phobia. *Acta Odontologica Scandinavica*, 55(5), 314–318.
- Hakeberg, Berggren ve Carlsson. (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology*, 20(2), 97–101.
- Hall ve Lundergan. (1993). Free gingival grafts. Current indications and techniques. *Dental Clinics of North America*, 37(2), 227–242.
- Harris. (1992). The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: A predictable method of obtaining root coverage. *Journal of periodontology*, 63(5), 477–486.
- Harris. (1994). The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: The results of 100 consecutively-treated defects. *Journal of Periodontology*, 65(5), 448–461.
- Haukebø, Skaret, Öst, Raadal, Berg, Sundberg ve Kvale. (2008). One-vs. five-session treatment of dental phobia: a randomized controlled study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(3), 381–390.

- Henderson, Greenwell, Drisko, Regennitter, Lamb, Mehlbauer, ... Rebitski. (2001). Predictable multiple site root coverage using an acellular dermal matrix allograft. *Journal of periodontology*, 72(5), 571–582.
- Hornblow ve Kidson. (1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10(4), 339–341.
- Horney. (1993). Nevrozlar ve İnsan Gelişimi: Öz Gerçekleştirme Kavgası. Çev. Selçuk Budak). Ankara.
- Huang, Neiva, Soehren, Giannobile ve Wang. (2005). The effect of platelet-rich plasma on the coronally advanced flap root coverage procedure: a pilot human trial. *Journal of periodontology*, 76(10), 1768–1777.
- Huang, Neiva ve Wang. (2005). Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. *Journal of periodontology*, 76(10), 1729–1734.
- Humphris, Clarke ve Freeman. (2006). Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomised controlled trial with adults in general dental practice. *British dental journal*, 201(1), 33–35.
- Humphris, Dyer ve Robinson. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC oral health*, 9(1), 1–8.
- Humphris, Morrison ve Lindsay. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community dental health*.
- Ibbott, Oles ve Lavery. (1985). Effects of citric acid treatment on autogenous free graft coverage of localized recession. *Journal of Periodontology*, 56(11), 662–665.
- Ilgüy, Ilgüy, Dinçer ve Bayirli. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *Journal of International Medical*

Research, 33(2), 252–259.

Jaakkola, Rautava, Alanen, Aromaa, Pienihäkkinen, Rähkä, ... Sillanpää. (2009). Dental fear: one single clinical question for measurement. *The Open Dentistry Journal*, 3, 161.

Jepsen, Heinz, Halben ve Jepsen. (1998). Treatment of gingival recession with titanium reinforced barrier membranes versus connective tissue grafts. *Journal of Periodontology*, 69(3), 383–391.

Jlala, French, Foxall, Hardman ve Bedfordth. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 104(3), 369–374.

Kanegane, Penha, Munhoz ve Rocha. (2009). Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *Journal of oral science*, 51(4), 515–520. doi:10.2334/josnurd.51.515

Kaplan ve Fishbein. (1988). Integrating the dental phobic into the general dental practice. *Dental Clinics of North America*, 32(4), 771–777.

Kent. (1998). Achieving oral health: The social context of dental care. *Wright*.

Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl ve Scheidegger. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3), 706–712.

Kokaçya. (2019). Rekonstrüktif Cerrahide Sığır Kaynaklı Aselüler Dermal Matriks (MatriDerm®) Kullanımı. *Cukurova Anestezi ve Cerrahi Bilimler Dergisi*, 2(2), 75–81. doi:10.36516/jocass.2019.7

Köylü İlkaya. (2009). Müzik, Beyaz Gürültü ve Ortam Gürültüsünün Spinal Anestezi ile Ameliyat Olan Hastalarda Sedasyon ve Anksiyete Üzerine Etkileri. *Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık*

Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

- Krouse. (2001). Video modelling to educate patients. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 748–757.
- Kruger. (1964). *Textbook of Oral Surgery. Edited by G.O. Kruger, etc. (Second edition.)*. Saint Louis: C.V. Mosby Co.
- Kumar, Bhargav, Patel, Bhati, Balasubramanyam, Duraiswamy ve Kulkarni. (2009). Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *Journal of oral science*, 51(2), 245–254.
- Kvale, Berg ve Raadal. (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 Odontologica Scandinavica*, 56(2), 105–109.
- Lago-Méndez, Diniz-Freitas, Senra-Rivera, Seoane-Pesqueira, Gándara-Rey ve Garcia-Garcia. (2006). Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 64(9), 1404–1408.
- Langer ve Calagna. (1980). The subepithelial connective tissue graft. *The Journal of prosthetic dentistry*, 44(4), 363–367.
- Langer ve Langer. (1985). Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *Journal of periodontology*, 56(12), 715–720.
- Lautch. (1971). Dental phobia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 119(549), 151–158. doi:10.1192/bjp.119.549.151
- Le Compte ve Oner. (1975). A Turkish adaptation and standardizing study of state-trait anxiety inventory. *IX National Psychiatry and Neurological Sciences Congress Works içinde* (ss. 457–462).

- Leal, Abreu ve Frencken. (2009). Dental anxiety and pain related to ART. *Journal of Applied Oral Science*, 17, 84–88.
- Lee, Meraw, Oh, Giannobile ve Wang. (2002). Comparative histologic analysis of coronally advanced flap with and without collagen membrane for root coverage. *Journal of periodontology*, 73(7), 779–788.
- Lins, de Lima ve Sallum. (2003). Root coverage: comparison of coronally positioned flap with and without titanium-reinforced barrier membrane. *Journal of periodontology*, 74(2), 168–174.
- Locker, Liddell, Dempster ve Shapiro. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of dental research*, 78(3), 790–796.
- Loeser ve Melzack. (1999). Pain: an overview. *The lancet*, 353(9164), 1607–1609.
- Luyk, Beck ve Weaver. (1988). A visual analogue scale in the assessment of dental anxiety. *Anesthesia progress*, 35(3), 121.
- Malamed. (1986). Conscious sedation and general anesthesia techniques and drugs used in dentistry. *Anesthesia progress*, 33(4), 176.
- Malamed. (2017). *Sedation-e-book: a guide to patient management*. Elsevier Health Sciences.
- McGuire ve Nunn. (2003). Evaluation of human recession defects treated with coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part 1: Comparison of clinical parameters. *Journal of periodontology*, 74(8), 1110–1125.
- Milgrom, Weinstein ve Getz. (1995). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. University of Washington, Continuing Dental Education.
- Milgrom, Weinstein ve Rubin. (1986). Assessing patients' fears. *Dentistry*, 86, 14–

17.

Miller JR. (1993). Root coverage grafting for regeneration and aesthetics. *Periodontology 2000*, 1(1), 118–127.

Modica, Pizzo, Rocuzzo ve Romagnoli. (2000). Coronally advanced flap for the treatment of buccal gingival recessions with and without enamel matrix derivative. A split-mouth study. *Journal of periodontology*, 71(11), 1693–1698.

Moore, Birn, Kirkegaard, Brødsgaard ve Scheutz. (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community dentistry and oral epidemiology*, 21(5), 292–296.

Moraschini ve Barboza. (2016). Use of platelet-rich fibrin membrane in the treatment of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology*, 87(3), 281–290.

Muğlalı ve Kömerik. (2005). Oral surgery and anxiety. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 8, 83–88.

Nabers. (1966). Free gingival graft. *Periodontics*, 4, 243–245.

Nelson. (1987). The subpedicle connective tissue graft: A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *Journal of Periodontology*, 58(2), 95–102.

Ng ve Leung. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community dentistry and oral epidemiology*, 34(2), 114–122.

Novaes Jr, Pontes, Souza, Grisi ve Taba Jr. (2002). The use of acellular dermal matrix allograft for the elimination of gingival melanin pigmentation: case presentation with 2 years of follow-up. *Practical procedures & aesthetic dentistry: PPAD*, 14(8), 619–623.

- Obled, Melki, Coelho, Coudeyre, Arpurt ve Pouderoux. (2007). Patient information for liver biopsy: impact of a video movie. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 31(3), 274–278.
- Ohnhaus ve Adler. (1975). Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain*, 1(4), 379–384.
- Olivi, Chaumanet, Genovese, Beneduce ve Andreana. (2010). Er, Cr: YSGG laser labial frenectomy: a clinical retrospective evaluation of 156 consecutive cases. *General dentistry*, 58(3), e126-33.
- Öner ve Le Compte. (1998). Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı (2. Baskı). *İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi*.
- Oner ve Lecompte. (1985). Sureksiz durumluk/surekli kaygi envanteri el kitabi. *Bogazici Universitesi, Istanbul*.
- Oosterink, De Jongh ve Hoogstraten. (2009). Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *European journal of oral sciences*, 117(2), 135–143.
- Osborn ve Sandler. (2004). The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesthesia Progress*, 51(2), 46.
- Öst ve Skaret. (2013). *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety*. Wiley Online Library.
- Ozsunay ve Akunal. (1998). Informed consent for medical interventions under Turkish law. *Med. & L.*, 17, 429.
- Paolantonio, Dolci, Esposito, D'Archivio, Lisanti, Di Luccio ve Perinetti. (2002). Subpedicle acellular dermal matrix graft and autogenous connective tissue graft in the treatment of gingival recessions: A comparative 1-year clinical study. *Journal of periodontology*, 73(11), 1299–1307.

- Paolantonio¹, Murro, Cattabriga ve Cattabriga. (1997). Subpedicle connective tissue graft versus free gingival graft in the coverage of exposed root surfaces A 5-year clinical study. *Journal of clinical periodontology*, 24(1), 51–56.
- Pawlicki. (1991). Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. *Anesthesia progress*, 38(4–5), 120.
- Periodontology. (1996). Consensus report on mucogingival therapy. Proceedings of the World Workshop in Periodontics. *Ann Periodontol*, 1, 702–706.
- Periodontology. (2001). Glossary of periodontal terms. *Chicago (IL): The American Academy of Periodontology*.
- Pierce ve Kirkpatrick. (1992). Do men lie on fear surveys? *Behaviour research and Therapy*, 30(4), 415–418.
- Prato, Tinti, Vincenzi, Magnani, Cortellini ve Clauser. (1992). Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. *Journal of periodontology*, 63(11), 919–928.
- Raetzke. (1985). Covering localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. *Journal of periodontology*, 56(7), 397–402.
- Ragnarsson. (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontologica Scandinavica*, 56(2), 100–104.
- Roberts, Curzon, Koch ve Martens. (2010). Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 11(4), 166–174. doi:10.1007/BF03262738
- Roccuzzo, Bunino, Needleman ve Sanz. (2002). Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *Journal of clinical periodontology*, 29, 178–194.

- Rosetti, Marcantonio, Rossa Jr, Chaves, Goissis ve Marcantonio Jr. (2000). Treatment of gingival recession: Comparative study between subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration. *Journal of periodontology*, 71(9), 1441–1447.
- Ruben, Goldman ve Janson. (1975). Biological considerations in laterally repositioned pedicle flaps and free autogenous gingival grafts in periodontal therapy. *Periodontal surgery–biologic basis and technique*, 235.
- Sangiorgio, Neves, Rocha dos Santos, Frana-Grohmann, Casarin, Casati, ... Sallum. (2017). Xenogenous Collagen Matrix and/or Enamel Matrix Derivative for Treatment of Localized Gingival Recessions: A Randomized Clinical Trial. Part I: Clinical Outcomes. *Journal of Periodontology*, 88(12), 1309–1318. doi:<https://doi.org/10.1902/jop.2017.170126>
- Schaible ve Richter. (2004). Pathophysiology of pain. *Langenbeck's archives of surgery*, 389(4), 237–243.
- Schnaubelt. (1998). *Advanced aromatherapy: the science of essential oil therapy*. Healing Arts Press Rochester, VT.
- Schuller, Willumsen ve Holst. (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community dentistry and oral epidemiology*, 31(2), 116–121.
- Schuurs ve Hoogstraten. (1993). Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community dentistry and oral epidemiology*, 21(6), 329–339.
- Scott ve Huskisson. (1976). Graphic representation of pain. *pain*, 2(2), 175–184.
- Seydaoğlu, Doğan, Őükrü, Yazgan iNAN ve elik. (2006). Corah dental anksiyete skalasının Türkçe uyarlamasının geçerlilik-güvenilirliği ve dental anksiyete görölme sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Faköltesi Dergisi*,

7(1), 7–14.

- Sjöling, Nordahl, Olofsson ve Asplund. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient education and counseling*, 51(2), 169–176.
- Sorrell, McNeil, Gochenour ve Jackson. (2009). Evidence-based patient education: knowledge transfer to endodontic patients. *Journal of dental education*, 73(11), 1293–1305.
- Spielberger. (1966). Theory and research on anxiety; in *Anxiety and behavior*. *Spielbergered*, 3–22.
- Spielberger, Gorsuch ve Lushene. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety, Inventory. *Consulting Psychologist*.
- Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg ve Jacobs. (1983). , et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
- Staats. (2002). Bonica's Management of Pain. *Anesthesiology*, 97(2), 530. doi:10.1097/00000542-200208000-00052
- Stabholz ve Peretz. (1999). Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *International dental journal*, 49(2), 90–94.
- Staffileno. (1964). Management of gingival recession+ root exposure problems associated with periodontal disease. *Dental Clinics of North America*, (MAR), 111.
- Sullivan. (1968). Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*, 6, 152–160.
- Sullivan ve Atkins. (1968). Freeutogenous gingival grafts. 1. Principles of successful grafting. *Periodontics*, 6(1), 5–13.

- Sürmeli. (1997). Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. C Güleç, E Köroğlu (eds.): *Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1*, 449–459.
- Tal. (1999). Subgingival acellular dermal matrix allograft for the treatment of gingival recession: A case report. *Journal of periodontology*, 70(9), 1118–1124.
- Tal, Moses, Zohar, Meir ve Nemcovsky. (2002). Root coverage of advanced gingival recession: A comparative study between acellular dermal matrix allograft and subepithelial connective tissue grafts. *Journal of periodontology*, 73(12), 1405–1411.
- Tatakis ve Trombelli. (1999). Adverse effects associated with a bioabsorbable guided tissue regeneration device in the treatment of human gingival recession defects. A clinicopathologic case report. *Journal of periodontology*, 70(5), 542–547.
- Ter Horst ve De Wit. (1993). Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *International dental journal*, 43(3 Suppl 1), 265–278.
- Thomson, Stewart, Carter ve Spencer. (1996). Dental anxiety among Australians. *International dental journal*, 46(4), 320–324.
- Tickle, Milsom, Crawford ve Aggarwal. (2012). Predictors of pain associated with routine procedures performed in general dental practice. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(4), 343–350.
- Tözüm, Keçeli, Güncü, Hatipoğlu ve Şengün. (2005). Treatment of gingival recession: comparison of two techniques of subepithelial connective tissue graft. *Journal of periodontology*, 76(11), 1842–1848.
- Tugnait ve Clerehugh. (2001). Gingival recession—its significance and

- management. *Journal of dentistry*, 29(6), 381–394.
- Tunc, Firat, Onur ve Sar. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(5), 357–362.
- Tvermyr, Hoem ve Elde. (2012). Clinical management of the adult patient with dental anxiety. Universitetet i Tromsø.
- Udoye, Oginni ve Oginni. (2005). Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. *J Contemp Dent Pract*, 6(2), 91–98.
- Uğur. (2000). Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi, İzmir*.
- Vallerand. (1995). Gender differences in pain. *Image--the journal of nursing scholarship*, 27(3), 235–237. doi:10.1111/j.1547-5069.1995.tb00865.x
- Vermaire, De Jongh ve Aartman. (2008). Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(5), 409–416.
- Wang, Modarressi ve Fu. (2012). Utilizing collagen membranes for guided tissue regeneration-based root coverage. *Periodontology 2000*, 59(1), 140–157.
- Wei, Laurell, Geivelis, Lingen ve Maddalozzo. (2000). Acellular dermal matrix allografts to achieve increased attached gingiva. Part 1. A clinical study. *Journal of periodontology*, 71(8), 1297–1305.
- Williams, Morlock ve Feltner. (2010). Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 1–8.
- Wisløff, Vassend ve Asmyhr. (1995). Dental anxiety, utilisation of dental services,

and DMFS status in Norwegian military recruits. *Community Dental Health*, 12(2), 100–103.

Wolf, Rateitschak, Rateitschak, Çağlayan ve Hatipoğlu. (2007). *Periodontoloji: diş hekimliği'nin renkli atlasları*. Palme Yayıncılık.

Yücel. (2004). *Ağrılı hastanın ve ağrı tedavisinin değerlendirilmesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Zabalegui, Sicilia, Cambra, Gil ve Sanz. (1999). Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 19(2).

Zucchelli, Cesari, Amore, Montebugnoli ve De Sanctis. (2004). Laterally moved, coronally advanced flap: A modified surgical approach for isolated recession-type defects. *Journal of Periodontology*, 75(12), 1734–1741.

Zucchelli ve De Sanctis. (2000). Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *Journal of periodontology*, 71(9), 1506–1514.

Zucchelli ve Mounssif. (2015). Periodontal plastic surgery. *Periodontology 2000*, 68(1), 333–368. doi:<https://doi.org/10.1111/prd.12059>

Zuhr, Hürzeler, Hürzeler, Rebele ve Wandrey. (2012). *Plastic-esthetic periodontal and implant surgery: a microsurgical approach*. Quintessence London.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
01.10.2020	20	15.00	203

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2020/ 203

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Varol ÇANAKÇI'nın , KAEK 201 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "**Mukogingival Cerrahi Uygulanan Hastalarda Görsel ve Sözel Bilgilendirmenin Dental Anksiyete ve Ağrı Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2: Anketler

ORAL MUAYENE FORMU

Demografik Bilgiler:

Adı Soyadı:

Telefon No:

Doğum Yılı:

Cinsiyet: E / K Medeni Durumu: Evli () Bekar ()

Öğrenim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Diğer ()

Mesleği:

Aylık Gelir : 0-2000 () 2000-4000 () 4000< ()

Sigara Kullanımı: Kullanmıyor () Bırakmış () Kullanıyor ()adet/gün

Alkol Kullanımı: Yok () Var () Kullanım sıklığı.....,

Sistemik Hastalık: Kalp Hastalığı () Hipertansiyon () Diyabet () Guatr () Hepatit (A/B/C) ()

Alerji ()..... Diğer ().....

Sürekli Kullanılan İlaç: Yok () Var ().....

Genel Olarak Ağız Sağlığını Nasıl Değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Çok Kötü									Çok İyi

Sizce ağız sağlığınıza yönelik tedavi ihtiyacınız var mı? Evet () Hayır ()

Dişhekimine en son ne zaman muayene oldunuz? 0-6 ay önce (); 7-12 ay önce ();

13-24 ay önce (); 24 aydan fazla ()

Dişhekimine en son muayeneye gidiş nedeniniz nedir?

Kontrol () Ağrı () Dişeti kanaması () Çürük () Diş eksikliği () Diş Çekimi () Dişlerde sallanma ()
Dişlerde Çapraşıklık () Diğer ().....

En son ne işlem yapıldı? Dolgu/kanal tedavisi () Diş çekimi () Diştaşı temizliği ()

Cerrahi işlemler () Protetik tedavi () Ortodontik tedavi () Diğer ().....

Dişhekimliğinde yapılan işlemler sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişti mi?

Hayır (); Evet () Ağrı (); Şişlik (); His kaybı (); Kanama (); Senkop (); Alerji (); Diğer ().....

Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? Hayır (); Evet ()

Günde 1 kez (); Günde 2 kez ve daha fazla (); Haftada 1-2 kez (); Aklına gelince ()

Diğer dental hijyen araçlarını kullanıyor musunuz?

Hayır (); Evet () Diş ipi (); Arayüz Fırçası (); Diğer ().....

Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği Skalası (STAI Form TX-1)

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

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

Spielberger Sürekli Kaygı Ölçeği Skalası (STAI Form TX-2)

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

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

MODİFİYE DENTAL ANKSİYETE SKALASI

SORU 1: Yarın diş hekimine gidecek olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz ?

- (1) Oldukça eğlenceli bir deneyim olarak yarın diş hekimine gitmeyi dört gözle beklerim.
- (2) Önemsemem.
- (3) Biraz huzursuz hissederim.
- (4) Acı verici olacağı ve hoş olmayacağı için korkarım.
- (5) Diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur.

SORU 2: Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat hissederim,
- (2) Biraz huzursuz hissederim,
- (3) Oldukça gergin hissederim,
- (4) Çok kaygılı hissederim,
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU 3: Diş hekiminin koltuğuna oturduğunuz ve doktorunuzun dişlerinizin tedavisi için dönen aletlerini hazırlamasını bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat hissederim,
- (2) Biraz huzursuz hissederim,
- (3) Oldukça gergin hissederim,
- (4) Çok kaygılı hissederim,
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU 4: Dişlerinizi temizletmek için koltuğa oturuyorsun, siz beklerken diş hekimini diş taşlarını kazıyan aletleri hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat hissederim,
- (2) Biraz huzursuz hissederim,
- (3) Oldukça gergin hissederim,
- (4) Çok kaygılı hissederim,
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU 5: Diş hekiminiz üst arka dişinin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat hissederim,
- (2) Biraz huzursuz hissederim,
- (3) Oldukça gergin hissederim,
- (4) Çok kaygılı hissederim,
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

VAS

AMELİYATTAN 30 DAKİKA ÖNCE :

Tansiyon:

Nabız:

Oksijen Saturasyonu:

Ağrı düzeyi (P1):



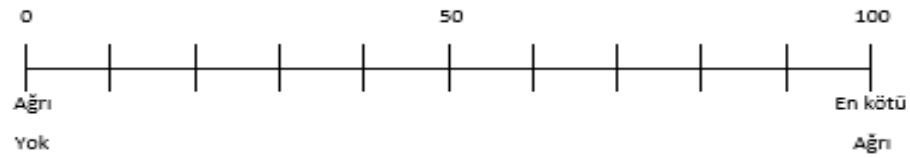
AMELİYATTAN 30 DAKİKA SONRA :

Tansiyon:

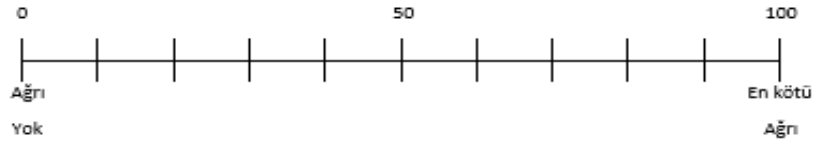
Nabız:

Oksijen Saturasyonu:

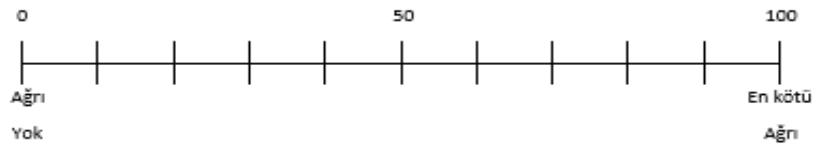
Ağrı düzeyi (P2):



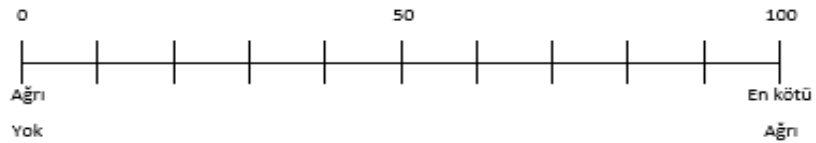
AMELİYATTAN 1 GÜN SONRA AĞRI DÜZEYİ :



AMELİYATTAN 3 GÜN SONRA AĞRI DÜZEYİ :

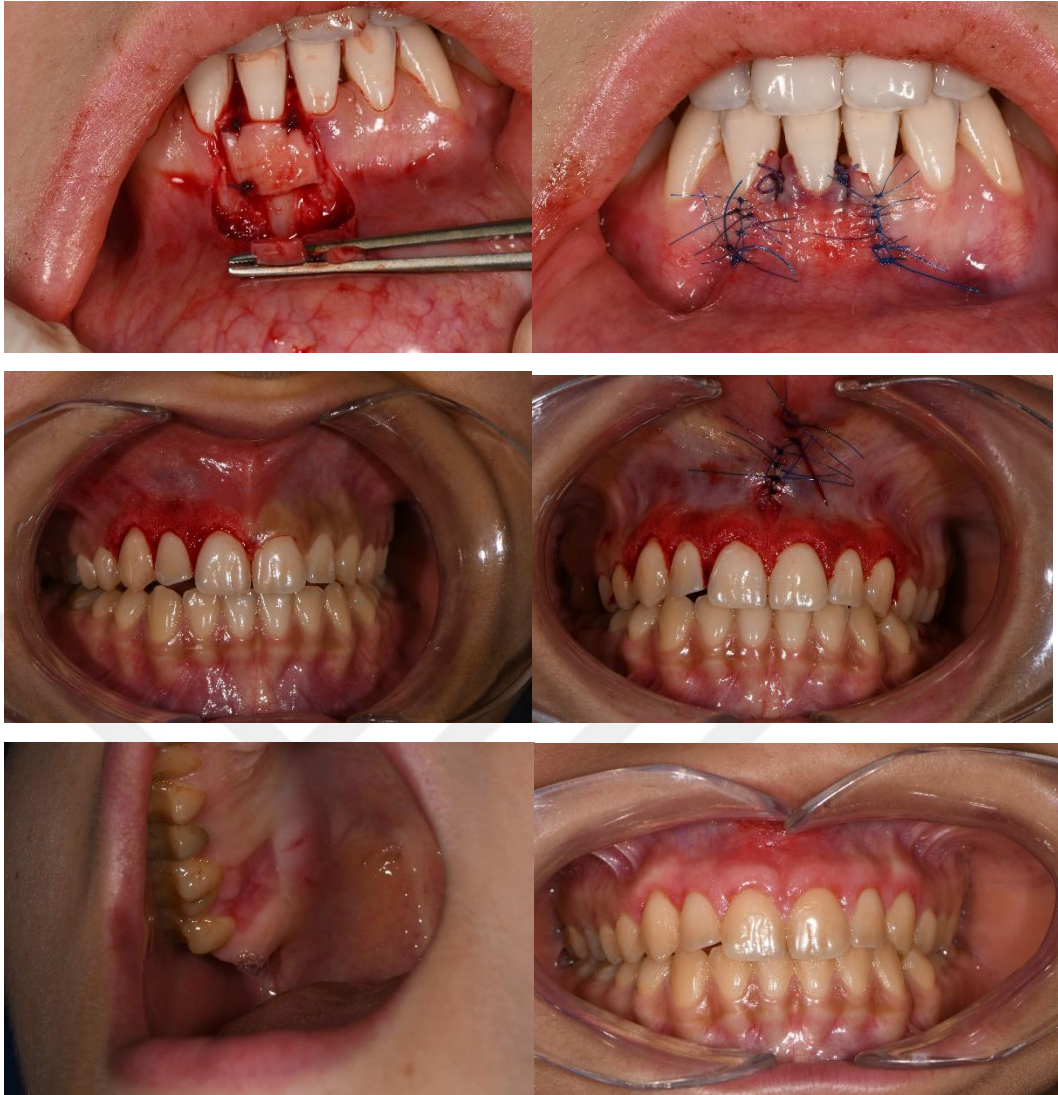


AMELİYATTAN 10 GÜN SONRA AĞRI DÜZEYİ :



EK-3: Görsel Bilgilendirmede Kullanılan Fotoğraflar







ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : EMRE DURMUŞ

Yabancı Dili : İNGİLİZCE

Öğrenim Durumu : YÜKSEK LİSANS

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ	2011-2016

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
ARŞ. GÖR.	ORDU ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PERİODONTOLOJİ ANABİLİM DALI	2018-